

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัว  
ของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพ  
ทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

Relationship among Perceived Burden of Caring Elderly with  
Chronic Illness, Family Relationship, Ability to Perform Activities  
of Daily Living (ADL), and Cognitive Function of Elderly with  
Chronic Illness in the North of Thailand

จุฬาวารี ชัยวงค์นาคพันธ์ พย.ม.\* Chulawaree Chaiwongnakkapun M.N.S.\*  
ปริมล หงษ์ศรี พย.ม.\* Parimon Hongsri M.N.S.\*  
ปิ่นนเรศ กาศอุดม ปร.ด. Pinnarate Gadudom Ph.D.\*\*

Corresponding Authors: chulawaree@gmail.com

Received: 8 Oct 2020, Revised: 2 Nov 2020, Accepted: 3 Dec 2020

### บทคัดย่อ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระหว่างการรับรู้ภาระการดูแล ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือจำนวน 392 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง แบบบันทึกคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบวัดสมรรถภาพของสมอง (TMSE) แบบประเมินการรับรู้ภาระดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล โดยแบบประเมินและแบบวัดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94, 0.93, 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีอายุเฉลี่ย 77.30 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.15 มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก (mean=13.79, SD=7.01) และมีความบกพร่องทางสมองระดับปานกลาง (mean=20.58, SD=8.84) ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.94 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 73.97 เดือน และมีจำนวนชั่วโมง

\* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

\* Nursing Instructor of Boromrajonani College of Nursing, Phrae

\*\* ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

\*\* Director of Boromrajonani College of Nursing, Phrae

ในการดูแลเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมงต่อวัน มีการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง (mean=49.88 SD=10.76) และมีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง (mean=52.46 SD=11.56) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบ การรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุ ( $r=-0.16-0.28$ ,  $p<.01$ )

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล โดยส่งเสริมให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งจะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสี่ยงของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลง และช่วยให้กระบวนการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีคุณภาพเกิดความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

**คำสำคัญ:** การรับรู้ภาระการดูแล สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพทางสมอง

### Abstract

Caring elderly with chronic illness for long time may lead to care burden among caregivers. This descriptive study aimed to investigate the relationship among perceived burden of caring elderly with chronic illness, family relationship, ability to perform activities of daily living (ADL), and cognitive function of elderly with chronic illness, in the North of Thailand. The sample were 392 caregivers, recruited by a multi-stage random sampling. Research instruments were record forms obtaining information about elderly with chronic illness and care characteristics, ADL performance ability scale, Thai mental status Examination (TMSE), family relationship questionnaire, and care burden questionnaire. The last four instruments were tested their internal reliability and Cronbach's alpha coefficient were report with 0.94, 0.93, 0.89, and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and correlation analysis. The findings revealed that, regarding elderly with chronic illness, there have an average man age of 77.30, and about 70.15% of those were female. The three most chronic illness reported were hypertension, diabetes mellitus, and muscle and skeletal diseases. While there was a high level of the ability to perform ADL (mean=13.79, SD=7.01), cognitive function was reported at a moderate level (mean=20.58, SD=8.84). Regarding caregivers, most of those were female (71.94%), and the mean average period of experience as caregiver was 73.97 months and 14.68 hours per day. The caregivers reported a moderate level of care burden (mean=49.88 SD=10.76), and of family relationship (mean=52.46 SD=11.56). Correlation analysis revealed that perceived care

burden among caregivers had negative relation to family relation, ability to perform ADL, and cognitive function ( $r=-0.16-0.28, p<.01$ ).

Conclusion, the findings can be used to reduce the perceived burdens of family caregivers by promoting good relationships among the family members of family caregivers, allowing the elderly to participate in activities, which will motivate the elderly toward improving ADL performance ability and delay age-related cognitive degeneration among elderly patients with chronic illness. In addition, to contribute the quality and sustainable process of providing care for elderly patients with chronic illness with quality and long-term sustainability.

**Keywords:** perceived family caregiver burden, family relationship, ability to perform activities of daily living, cognitive functional abilities

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรซึ่งมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในพ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ.2583 ทั้งนี้สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด เป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ<sup>1</sup>

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการชราภาพ ถือเป็น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา<sup>2</sup> โรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มี 6 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ อัมพาต/อัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือดในสมองตีบ และโรคเมะเร็ง โดยกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) มีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี)

และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายพบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์สูง ซึ่งจากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าร้อยละ 69.3 ของประชากรในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคเรื้อรัง โดยพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น และเพิ่มเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป มีการพยากรณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จำนวนถึง 499,837 คน, 741,766 คน และ 1,103,754 คน ตามลำดับ<sup>3</sup>

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลบางครั้งอาจเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความพยายามอย่างต่อเนื่อง หากไม่สามารถปรับบทบาทหรือเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้ ผู้ดูแลจะรับรู้ว่ามีภาระการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังได้ ซาริท (Zarit) ได้ให้ความหมายของภาระการดูแล (burden) ว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับ อารมณ์ จิตใจ สุขภาพร่างกาย ชีวิตในสังคมและเศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระจากการดูแลแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างบุคคลในการรับรู้หรือเผชิญปัญหา ทักษะการดูแล ความรู้ที่ถูกต้องของ

ผู้ดูแลในเรื่องโรคของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ และด้านผู้ป่วย ได้แก่ พฤติกรรมและอาการของผู้ป่วย รวมทั้งความยาวนานและความรุนแรงของผู้ป่วย<sup>4</sup> ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังภายใต้วัฒนธรรมไทย สามารถจำแนกได้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เนื่องจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีระยะเวลายาว ต้องดูแลใกล้ชิดเกือบ 24 ชั่วโมงเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลขาดโอกาสพักผ่อน เกิดอาการเหนื่อยล้าและเกิดปัญหาสุขภาพตามมา 2) ด้านจิตใจ ก่อให้เกิดภาวะเครียดเกิดจากผู้ดูแลมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับและให้การดูแลเพียงลำพัง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกเครียดจนนำไปสู่การทำร้ายตนเองและผู้สูงอายุ 3) ด้านสังคม ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนและแหล่งสนับสนุนลดลง ทำให้ขาดโอกาสทางสังคมและอาจเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องได้ 4) ด้านเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อรายได้และหนี้สินผู้ดูแลจะมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลมีการแสวงหาการรักษาสูงขึ้น เสียโอกาสในการประกอบอาชีพตนเอง และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลมากที่สุด โดยมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจ และ สังคม<sup>5</sup>

จากการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังพบว่า การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลงเมื่อสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ดูแล ครอบครัว และผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลจะพยายามให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังอย่างดีที่สุด และในครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพอันแน่นแฟ้น สมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ จะให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังด้วย และเมื่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลจะลดลง ซึ่งหากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีข้อจำกัดหรือมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือมากขึ้น ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดและรับรู้ถึงภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>6</sup> การรับรู้ภาระการดูแลจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อสมรรถภาพทางสมองของ

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลดลง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับสูงจะมีความต้องการในการดูแลเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 49.06 รับรู้ว่ามีภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม เฉลี่ย 3.6 ปี และให้การดูแลมากกว่า 70 ชั่วโมงต่อสัปดาห์<sup>7</sup>

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ คุณลักษณะพื้นฐานและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังและนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนให้แก่ นักศึกษาพยาบาลต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะพื้นฐาน และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

### คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือเป็นอย่างไร
2. คุณลักษณะพื้นฐาน และลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือเป็นอย่างไร
3. การรับรู้ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง หรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการดูแลของซาริต (Zarit) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การรับรู้การดูแลจะสัมพันธ์กับด้านผู้ดูแลและด้านผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ โดยมีความ

การรับรู้การดูแล

สัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ สมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ดังแผนภาพที่ 1

### แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### วิธีดำเนินการวิจัย

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล  
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน  
สมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ คุณลักษณะพื้นฐานและลักษณะการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ โดยผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan)<sup>8</sup> ได้จำนวน 380 คน โดยจะเก็บข้อมูลเพิ่มจากจำนวนที่ต้องการร้อยละ 10 เพื่อลดปัญหาการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 418 คน โดยกำหนด คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

#### ผู้ดูแล

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ และสามารถตัดสินใจเองได้
2. เป็นผู้ดูแลหลักโดยไม่ได้รับค่าจ้างและมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังฉันทน์เครือญาติ
3. เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังหลักรับผิดชอบดูแลอย่างใกล้ชิด มีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน
4. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
5. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือเป็นภาวะเสื่อมตามวัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีบุคคลอื่นคอยดูแลช่วยเหลือ
3. มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตภาคเหนือและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ผู้สูงอายุ

ป่วยเรื้อรังอยู่ในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย หัวใจ หรือ โรคทางจิตเวช เป็นต้น หรือ กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อ

**การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** แบบแผนการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน<sup>9</sup> มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัดในเขตภาคเหนือมีทั้งสิ้น 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง แพร่ น่าน พะเยา และ แม่ฮ่องสอน โดยการสุ่มแบบกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง แพร่ และ พะเยา

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอและตำบลจากจังหวัดที่สุ่มได้ ซึ่งกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดเป็นร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 418 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างของจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง พะเยา และ แพร่ จำนวน 105, 105, 104 และ 104 คน ตามลำดับ

ขั้นที่ 3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง พะเยา และ แพร่ ได้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 97, 99, 96 และ 100 คน ตามลำดับ และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนรวมทั้งสิ้น จำนวน 26 คน จึงไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นผู้ดูแล จำนวน 392 คน และผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง จำนวน 392 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ข้อมูลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคที่เจ็บป่วย เพศ อายุ การรักษาที่ได้รับ และการพึงอุปกรณ์ทางการแพทย์

1.2 คุณลักษณะของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังและศาสนา และ

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่รับผิดชอบดูแล ประสิทธิภาพการดูแล เหตุผลการดูแล กิจกรรมการดูแล ผู้ช่วยในการดูแล ความเกี่ยวข้องของผู้ช่วยในการดูแล และปัญหาในการดูแล ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแล

2. แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล ใช้แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้สูงอายุของปีนเรศ กาศอุดม<sup>10</sup> ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) ของซาริท (Zarit) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ภาระการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 0-4 (ไม่เคยเลย = 0 ค่ะแนน นาน ๆ ครั้ง = 1 ค่ะแนน บางครั้ง = 2 ค่ะแนน บ่อยครั้ง = 3 ค่ะแนน และประจำ = 4 ค่ะแนน) มีจำนวน 22 ข้อ ค่ะแนนเต็ม 88 ค่ะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

ค่ะแนน 0-20 หมายถึง ไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล

ค่ะแนน 21-40 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับน้อย

ค่ะแนน 41-60 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับปานกลาง

ค่ะแนน 61-88 หมายถึง รู้สึกมีภาระในการดูแลระดับมาก

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นการประเมินรับรู้ถึงความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ประเมินได้จากการได้รับการตอบสนองจากสมาชิกในครอบครัว ในด้านการแสดงความรัก ความผูกพัน ความรักใคร่ปรองดองกัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของริชาร์ด ซีแครนเดล (Crandall) อ้างในปีนเรศ กาศอุดม<sup>11</sup> เป็นแบบประมาณค่าตั้งแต่ 1-5 (ไม่เคยเลย = 1 ค่ะแนน นาน ๆ ครั้ง = 2 ค่ะแนน บางครั้ง = 3 ค่ะแนน บ่อยครั้ง =

4 คะแนน และประจำ = 5 คะแนน) มีจำนวน 16 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 16-37 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย

คะแนน 38-58 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง

คะแนน 59-80 คือกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADLs) ซึ่งใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล เอดีแอล (Barthel ADL Index) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>12</sup> ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม แบ่งค่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-4 คือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำที่สุดหรือพึ่งพาทั้งหมด

คะแนน 5-8 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำหรือพึ่งพามาก

คะแนน 9-11 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางหรือพึ่งพาน้อย

คะแนน 12 ขึ้นไป คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูงหรือพึ่งพาน้อย หรือไม่พึ่งพาเลย

5. แบบวัดสมรรถภาพทางสมอง สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ศิริราชพยาบาล เป็นฉบับผู้สูงอายุ หรือ TMSE (Thai Mental State Examination)<sup>13</sup> มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 0-17 คือ กลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจในระดับรุนแรง

คะแนน 18-23 คือ กลุ่มที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง

คะแนน 24-30 คือ กลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปกติ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่

1.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในฉบับภาษาไทย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.94

1.2 แบบวัดสมรรถภาพทางสมองของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง ซึ่งได้ผ่านการหาความตรงด้านเนื้อหาและมีการปรับปรุงแก้ไขจนเป็นมาตรฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในฉบับภาษาไทย โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.93

2. แบบประเมินการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นญาติผู้ดูแล ในเขตอำเภอสูงเม่นและอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ จำนวน 30 คน ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.88 ตามลำดับ

#### ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำ

นักวิจัย ซึ่งผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้ผ่านการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยในการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จนมีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลแล้ว โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือถึงสาธารณสุขจังหวัดเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่แต่ละจังหวัด
2. ประสานกับสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ที่สุ่มได้ และนัดหมายวัน เวลา ในการรวบรวมข้อมูล
3. ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแบบยกเว้น จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เอกสารเลขที่ 005/2561 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2561

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถขอลอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 392)

ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
Mean =13.79, S.D.=7.01, range = 4-16		
1. ระดับต่ำที่สุดหรือพึ่งพาทั้งหมด	62	15.82
2. ระดับต่ำหรือพึ่งพามาก	114	29.08
3. ระดับปานกลางหรือพึ่งพาน้อย	99	25.26
4. ระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก	117	29.85

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การการดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation)

#### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง

โรคที่เจ็บป่วย/อาการที่พบในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 71.94, 39.76 และ 22.70 ตามลำดับ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.15 เพศชาย ร้อยละ 29.85 มีอายุเฉลี่ย 77.30 ปี (range= 60-97, SD = 8.50) ยังคงได้รับการรักษาอยู่ ร้อยละ 84.44 การรักษาที่ได้รับเกือบทุกคน คือ ยารับประทาน ร้อยละ 87.31 และไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 85.71

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ ระดับต่ำสุดหรือพึงพาทั้งหมด ร้อยละ 29.08, 25.26 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพา และ 15.82 ตามลำดับ มีคะแนนความสามารถ น้อยมาก ร้อยละ 29.85 รองลงมาเป็นระดับระดับต่ำ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 13.79 (range = 4-16, หรือพึ่งพามาก ปานกลางหรือพึ่งพากลาง และ SD=7.01) อยู่ในระดับสูงหรือพึ่งพาน้อยมาก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังจำแนกตามระดับสมรรถภาพทางสมอง (n = 392)

ระดับสมรรถภาพทางสมอง	จำนวน	ร้อยละ
Mean = 20.58, S.D.= 8.84, range = 17-29		
1. มีความบกพร่องในระดับรุนแรง	57	19.64
2. มีความบกพร่องในระดับปานกลาง	214	54.59
3. อยู่ในระดับปกติ	101	25.77

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความบกพร่องทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.59 รองลงมาในระดับปกติ และระดับรุนแรง ร้อยละ 25.77 และ 19.64 ตามลำดับ มีคะแนนสมรรถภาพทางสมองเฉลี่ย 20.58 (range=17-29, S.D.=8.84) อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณลักษณะและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.94 มีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี (range 24-67, S.D. = 14.19) ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในฐานะเป็นบุตร ร้อยละ 43.11 รองลงมาเป็น คู่สมรส แบ่งเป็นภรรยา ร้อยละ 17.35 สามี ร้อยละ 10.71 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.39

กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ให้แก่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ คือ การให้กำลังใจปลอบใจ ร้อยละ 66.33 มีจำนวนผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 75.51 เหตุผลการดูแลที่พบมากที่สุด คือ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล ร้อยละ 78.06 ผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์การดูแล ร้อยละ 85.71 และไม่มีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 64.29 ความเกี่ยวข้องของผู้ช่วยในการดูแลที่พบมากที่สุด คือ บุตร ร้อยละ 48.57 รองลงมา คือ พี่น้อง ร้อยละ 27.14 และพบว่ามีปัญหาในการดูแล ร้อยละ 77.55 ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเฉลี่ย 73.97 เดือน และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมงต่อวัน

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะในการดูแล (n = 392)

ระดับการรับรู้ภาวะในการดูแล	จำนวน	ร้อยละ
Mean = 49.88, S.D.= 10.76, range = 35-71		
1. ไม่รู้สึกมีภาวะในการดูแล	11	2.82
2. รู้สึกมีภาวะในการดูแลระดับน้อย	100	25.51
3. รู้สึกมีภาวะในการดูแลระดับปานกลาง	262	66.84
4. รู้สึกมีภาวะในการดูแลระดับมาก	19	4.85

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.84 รองลงมา เป็นระดับน้อย ระดับมาก และไม่รู้สึกมีภาระในการดูแล ร้อยละ 25.51, 4.85 และ 2.82 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาระในการดูแลเฉลี่ย 49.88 (range = 35-71, S.D.= 10.76) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง (n = 392)

ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
Mean =52.46, S.D.=11.56, range = 31-70,		
1. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับน้อย	80	20.41
2. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	251	64.03
3. สัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับมาก	61	15.56

จากตารางที่ 4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.03 รองลงมา เป็นระดับน้อยและระดับมาก ร้อยละ 20.41 และ 15.56 ตามลำดับ มีคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเฉลี่ย 52.46 (range = 31-70, S.D.=11.56) อยู่ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมอง

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	- 0.280	0.000
2. ความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	- 0.159	0.000
3. สมรรถภาพทางสมอง	- 0.145	0.001

จากตารางที่ 5 พบว่าการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.280, p < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.159, p < 0.001$ ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.159, p = 0.001$ )

#### การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ

การศึกษาพบว่า โรค/อาการที่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพ และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงรายพบว่า โรคที่ผู้สูงอายุป่วย

เรื้อรัง 3 อันดับแรกของชุมชน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง<sup>14</sup> สัมพันธ์กับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้สูงอายุตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุช่วง 60-69 ปี (อายุเฉลี่ย 71ปี)<sup>15</sup> และข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในส่วนขนาดและโครงสร้างของประชากรที่จำแนกตามอายุ เพศ และจังหวัดในเขตภาคเหนือ พ.ศ. 2562 พบว่าเพศหญิงมีอายุยืนยาวและมีจำนวนมากกว่าเพศชายซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้เพศหญิงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังได้มากกว่า<sup>16</sup> และการศึกษาในครั้งนี้พบว่าสูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ยังคงได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาและไม่มีการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค บางคนมีมากกว่าหนึ่งโรค การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่ จะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีการพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์<sup>17</sup>

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาน้อย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มีความบกพร่องของสมองอยู่ระดับปานกลาง ดังนั้น จึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองสูงพึ่งพาผู้ดูแลน้อย

ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความบกพร่องทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง และมีอายุอยู่ในช่วง 71-80 ปี โดยภาวะสมองเสื่อมนี้จะสัมพันธ์กับอายุที่สูงขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง จึงพบว่ามีความบกพร่องของสมอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสที่มีภาวะสมองเสื่อมสูงกว่า 2.2 เท่า

ของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า โดยโอกาสที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมนี้จะสัมพันธ์ตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>18</sup>

2. คุณลักษณะและการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังของผู้ดูแลในเขตภาคเหนือ

การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์โดยเกี่ยวข้องเป็นบุตร และนับถือศาสนาพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมืองเชียงราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 81.82<sup>14</sup> เมื่อคณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลของประเทศไทยพบว่า ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดมักเกี่ยวข้องเป็นบุตร นับถือศาสนาพุทธ และเป็นเพศหญิง ทั้งนี้ การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลอาจเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้สำหรับเพศหญิงเนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝัง ค่านิยมวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล<sup>19</sup> สัมพันธ์กับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่าความกตัญญูตเวที เป็นค่านิยมและความเชื่อร่วมของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวของสังคมไทยพุทธ ซึ่งถูกผูกไว้กับวัฒนธรรมความเชื่อเรื่องของความกตัญญูตเวที เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ผู้มีพระคุณ โดยถือเป็นความเชื่อและปฏิบัติสืบต่อกันมา เป็นหน้าที่ของครอบครัวต้องจัดการด้วยตนเอง ส่วนที่เหลือเป็นการดูแลโดยการจ้าง พบในครอบครัวฐานะดีและมักพบอยู่ในเขตเมือง<sup>5</sup>

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมาก่อน ไม่มีผู้ช่วยในการดูแล และพบว่ามีปัญหาในการดูแลกิจวัตรประจำวัน สัมพันธ์กับการศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง ดูแลเพียง

ลำพัง ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ การดูแลสูงและผู้ดูแลในครัวเรือนไม่สามารถให้การ ดูแลได้ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพาระยะยาวได้<sup>5</sup> จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลในการดูแลว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และเป็น การตอบแทนบุญคุณ/ความกตัญญู ซึ่งมี กิจกรรมการดูแล แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่

- 1) ด้านอารมณ์ คือ ให้กำลังใจ ปลอบใจ
- 2) ด้านพฤติกรรม คือ ฝึกลูกอาการเปลี่ยนแปลง
- 3) ด้านร่างกาย กิจกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การรับประทานอาหาร ยารับประทาน/ ยาเหน็บ และการออกกำลังกาย ฟึนฟูสุขภาพ

4) ด้านสังคม คือ กิจกรรมทางสังคม มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 73.97 เดือน (S.D. = 77.94) และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.68 ชั่วโมง/วัน (S.D. = 7.79) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ดูแลวัยสูงอายุ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นบุตร โดยถือว่าการดูแลผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหน้าที่ของลูกต้องปฏิบัติต่อพ่อแม่ หาก ลูกคนไหนไม่ปฏิบัติดูแลพ่อแม่จะถูกตีตราจากสังคม ว่าเป็นคนเนรคุณ ออกตัญญู โดยกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง มีดังนี้

1) ด้านร่างกาย กิจกรรมที่ปฏิบัติสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การพาไปตรวจ การบริหารยา และ ให้อาหารทางยาง

2) ด้านจิตใจและอารมณ์ กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ติดเตียง อยู่เป็นเพื่อนรับฟังความรู้สึก และ สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุที่ติดเตียง และ

3) ด้านสังคม ที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การพา สมาชิกในครอบครัวเข้ามาพบปะ พูดคุย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงเฉลี่ย 27.40 เดือน (S.D. = 39.90) จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลทั้งวันตั้งแต่ 6 – 16 ชั่วโมง เฉลี่ย 10.06 ชั่วโมง/วัน (S.D. = 2.04)<sup>19</sup> ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้และการศึกษาที่ผ่านมา

วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร อาศัยอยู่ใน บ้านเดียวกัน จึงทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ป่วยเรื้อรังได้เกือบตลอดทั้งวันตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย โดยถือเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ

การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแล จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะการดูแลระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแล ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ภาวะในการดูแลระดับปานกลาง ซึ่งภาวะในการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย การดูแลเฉพาะโรค การทำธุระแทนผู้ป่วย การจัดการปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย หากสามารถปรับตัวให้ดำรงบทบาทการดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยบทบาทใหม่ได้ จะทำให้ผู้ดูแลมั่นใจ ในบทบาทการดูแล อีกทั้ง สามารถยอมรับและเผชิญ ปัญหาจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้อย่าง เหมาะสม ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบจากการดูแลน้อย และมีการรับรู้ภาวะการดูแลน้อยลงได้<sup>20</sup>

ระดับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว จากการศึกษา พบว่า มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลาง โดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว คือ ความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคยสนิทสนมระหว่างบิดา มารดา และ บุตร รวมถึงเครือญาติและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ที่อาศัยในครัวเรือนนั้น ๆ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกัน ด้วยความรัก ความอบอุ่นและเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้ เกิดครอบครัวเข้มแข็ง โดยมีการช่วยเหลือซึ่งกันและ กันร่วมคิด ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยกัน<sup>21</sup> ซึ่งจากการ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไทย โดยทำการศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไทย ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่

1) การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของ สมาชิกในครอบครัว

2) การพูดคุย ปรีกษาหารือ และการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ

3) การแสดงออกซึ่งความรักความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ และ

4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม ของสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สัมพันธภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ครอบครัวของคนที่อยู่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีแนวโน้มมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าภาคอื่น<sup>22</sup>

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคเหนือ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัว ( $r = -0.280, p < 0.001$ ) อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ผู้ดูแลถือเป็นการตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณซึ่งถือปฏิบัติสืบต่อกันมา อีกทั้งสังคมไทยเป็นสังคมของการเกื้อกูล ญาติพี่น้องจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนกันดี จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้การดูแลลดลงสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร การดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 60.19 ปี (S.D. = 7.99) โดยมากกว่าครึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 50.6 พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ( $r = -0.349, p < .01$ ) ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นที่พึ่งหลักและมักไม่มีผู้ช่วยในการดูแล แต่เต็มใจที่จะให้การดูแลให้ดีที่สุดด้วยความรัก เนื่องจากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้ดูแลจะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเป็นอย่างดีทั้งด้านการเงินและกำลังใจ ผู้ดูแลจึงรับรู้การดูแลลดลง<sup>23</sup>

การรับรู้การดูแลของผู้ดูแล มีความ

สัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $r = -0.159, p < 0.001$ ) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาผู้ดูแลน้อยมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงมีอายุเฉลี่ย 70.84 ปี (S.D. = 8.44) ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระของผู้ดูแลชาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก ผู้ดูแลจะมีภาระในการดูแลน้อยลง ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง ผู้ดูแลจะมีภาระในการดูแลมากขึ้น ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี จะมีความต้องการในการดูแลเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังแค่บางอย่าง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่แบกรับหน้าที่ในการดูแลที่หนักจนเกินไป จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาระในการดูแล<sup>24</sup>

การรับรู้การดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังประจำวัน ( $r = -0.159, p = 0.001$ ) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีความบกพร่องของสมองในระดับปานกลาง แต่โดยส่วนใหญ่แล้วสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระดับสูงหรือพึ่งพาผู้ดูแลน้อยมาก จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยในผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 73.40 ปี (SD = 8.5) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับเขาวัวปัญญาต่ำหรือมีสมรรถภาพทางสมองต่ำ การดูแลผู้ป่วยภาวะสมอง

เสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแล จึงทำให้ผู้ดูแล มีการรับรู้ภาระการดูแลมากขึ้น โดยมีผลกระทบด้าน เวลาของผู้ดูแลมากที่สุด<sup>25</sup>

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ควรมีการเสริมสร้างให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ให้ผู้สูงอายุ

1. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังลง ซึ่งจะช่วยลดการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแล

2. จากผลการวิจัย ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านหน่วยงาน ให้คำปรึกษาหรือชมรมผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาการดูแลและได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ดูแลเกิด

กำลังใจในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น รถพยาบาลหรือหน่วยดูแลฉุกเฉินในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังอาศัยอยู่ เป็นต้น

3. การประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการด้านการศึกษาพยาบาล ควรดำเนินการสอนแบบองค์รวมให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพจริงของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลในชุมชนเพื่อให้นักศึกษามีประสบการณ์และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ พร้อมปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society)

4. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มเติมในเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังเพื่อลดการรับรู้ภาระในการดูแล

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา; 2556.
2. ปะราลี โอภาสนันท์. การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21. พะเยา: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา; 2559.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมการดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
4. Suvanayos, C. & Thapinta, D. Role of nurse in decrease caregiving burden with dementia patients [online]. Nursing Journal. 2018; 45(4): 229-339.
5. Srihaphak, S., Chuengsathiansap, G., and Tengrang, K. Research report on Impact and burden of long-term care for the elderly under thai culture [online]. 2014 [cited 2020/09/10]. Available from: <http://164.115.27.97/digital/files/original/eccae20356e5df62398430c430a17b43.pdf>
6. Hanh, P. T., Jullamate, P. & Piphatvanitcha, N. Factors related to caregiver burden among family caregivers of older adults with stroke in Hai Duong, Vietnam [online]. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 4(3): 45-62.

7. Mougias, A. A., Politis, A., Mougias, M. A., Kotrotsou I., Skapinakis, P., Damigos, D. & Mavreas, V.G. The burden of caring for patients with dementia and its predictors [online]. *Psychiatriki*. 2015; 26(1): 27-36.
8. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
9. Neuman, W. L. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
10. Gadudom, P. The relationships between perceptions of burden of family care givers and abilities to perform activities of daily living and cognitive functional abilities of the elderly with chronic illness in eastern region of Thailand. *Phrapokklao Nursing College*; 2004a. (in Thai)
11. Gadudom, P. Evidence, problems, needs and powers of family care givers of chronic illness at home. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 2004b; 15(2): 32-42. (in Thai)
12. สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
13. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือและมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
14. Sareeso, P., Praisson, P., Thohinung, U., Umsrewaing, W., & Fongrat. N. The situation, health problems and care need of older persons with chronic illness: Chiangrai municipality [on line]. *Journal of Nursing Science & Health*. 2017; 40(2): 85-95. (in Thai)
15. Tinamas, P., Jongkae, P., & Sengpanich, T. Accident prevention behaviors among older adults Donkeaw, Maerim District, Chiangmai Province. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office* [online]. 2018; 24(2): 72-82. (in Thai)
16. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ [ออนไลน์]. 2562 [cited 2020/09/12]. Available from: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
17. Saendaeng, N. & Potisupsuk, C. Effect of drug use behaviors promotion program in Elderly patients with non-communicable diseases Khemarat District Ubonratchatani Province [online]. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018; 36(3): 33-41. (in Thai)
18. Panakorn, L., Nanthamongkolchai, S., Pitikultung, S., Munsawaengsub, C., & Teachaboonsermsak, P. Factors influencing dementia in elderly women in Lumphun province [online]. *Journal of Public Health*. 2010; 45(2): 197-209. (in Thai)
19. Longphasuk, N., Monkong, S., & Sirapo-ngam, Y. Health Conditions and Self-Care Activities of Older Caregivers Caring for Bedridden Older Adults [online]. *Thai Journal of Nursing Council*. 2018; 33(2): 97-109. (in Thai)

20. Boonchoo, D., Somboontanont, W., Thongcharoen, V., & Wattanakitkriear, D. The relationships between age, caregiving burden social support, and adaptation of caregivers of older persons with chronic obstructive pulmonary disease [online]. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2015; 35(2): 71-78. (in Thai)
21. Wannasiri, T. & Pratakkulvongsa, S. The development of relationship between adolescent and elders in their families in Prongmadeur community [online]. *Area Based Development Research Journal*. 2016; 8(1): 100-115. (in Thai)
22. Suthisukon, K., Chompikul, J., & Thamma-Aphiphol, K. Factors affecting relationships in Thai Families [online]. *Local Administration Journal*. 2017; 10(2): 151-168. (in Thai)
23. Khatta, N., Hanprasitkam, K. & Siripitayakunkit, A. Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis [online]. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2018; 24(2): 109-129. (in Thai)
24. Udonsat, S., Julmette, P., & Phiphatwanicha, N. Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors [online]. The 3rd national conference. 2018 [cited 2020/09/19]. Available from: <http://Users/WindowX/Downloads/57306-Article%20Text-133539-1-10-20160521.pdf>
25. Mekawichai, P. & Saetang, S. Caregiver burden among Thai dementia patients' caregivers [online]. *Journal of Psychiatric Association of Thailand*. 2013; 58(1): 101-110. (in Thai)