

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอบึงพิกุล จังหวัดมหาสารคาม

เพ็ญวิภา แก้วพิภพ¹, ชนัญญา จิระพรกุล², เนาวรัตน์ มณีนิล³

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ประจำ สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบึงพิกุล จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 106 ราย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2560 โดยใช้แบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ($OR_{adj}=3.71$; 95%CI=1.34-10.27) ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ($OR_{adj}=5.35$; 95%CI=2.01-14.23) ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{adj}=3.23$; 95%CI=1.21-8.61) และผู้สูงอายุติดเตียงที่มีสภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลง ($OR_{adj}=4.52$; 95%CI=1.69-12.14)

เจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประเมินติดตามสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตลอดจนให้กำลังใจ สร้างภาคีเครือข่าย ให้การช่วยเหลือสนับสนุน แก่ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวและดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ช่วยให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าภาระการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระสำหรับตัวเอง โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีสภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลง มีการส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัว ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมากขึ้น สนับสนุนและดูแลสภาพจิตใจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ สุขภาพจิต/ ผู้สูงอายุติดเตียง

Factors Related to Mental Health of Caregiver in Bed – Bound Elders in Wapipathum District, Mahasarakham Province.

Penwipa Kaewpipob¹, Chananya Jirapornkul², Naowarat Maneenin³

¹ Master student of Public Health in Epidemiology, Khon Kaen University.

² Advisor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Lecturer, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Abstract

This cross-sectional analytical study aims to investigate factors related to the mental health of caregivers of bed-bound elders in Wapipathum District, Mahasarakham Province. The participant consisted of 106 caregivers of bed-bound elders. Data collection periods from March 1 until April 30, 2017 and were collected by interview and analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

According to the results of the study, factors related to the mental health of caregivers for bed-bound elders included having a chronic disease ($OR_{adj}=3.71$; 95%CI=1.34-10.27), feeling burdened ($OR_{adj}=5.35$; 95%CI=2.01-14.23), the time period for which one has been caring for elders ($OR_{adj}=3.23$; 95%CI=1.21-8.61), and the emotional instability of the elders for whom one is caring ($OR_{adj}=4.52$; 95%CI=1.69-12.14).

Therefore, staff and related agencies should attend to the mental health of caregivers by evaluating and following up on their mental health, as well as by providing encouragement and creating caregivers networks for emotional support, especially, caregivers with chronic illness and care for the elderly for more than 8 hours per day. For caregivers do not feel that caring for the elderly is a burden for themselves, especially, who care for bed-bound elders with mood changes. Moreover, they should encourage more family members to take a larger role in helping care for elders, instead of leaving the task to one person, support and take care of the mind of caregivers for bed-bound elders.

Keywords: Caregivers/ Mental Health/ Bed-Bound Elders

บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ช่วงอายุของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ วัยต้นอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี วัยกลาง อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี และวัยปลายอยู่ในช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป จากการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ถึงร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด¹ ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว และอายุของประชากรมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ² ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรัง ร่วมกับความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวัน และกำลังใจจากครอบครัว ในการทดแทนความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย³ ดังนั้นผู้ดูแลจึงได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและสังคม และด้านเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งของภาวะสุขภาพองค์รวม ซึ่งการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายหรือจิตใจย่อมเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยได้⁴

อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2559 ทั้งหมด 17,238 คน หรือร้อยละ 15.9 ของประชากรทั้งหมด⁵ นับว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอวาปีปทุมแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับความสามารถ

ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบทดสอบ Barthel Activities of Daily Living คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 15,930 คน (ร้อยละ 97.4) กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 316 คน (ร้อยละ 1.9) และกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 112 คน (ร้อยละ 0.7)⁶ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงจะได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวอำเภอวาปีปทุม ตามปัญหาที่พบ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีการศึกษาเป็นส่วนน้อย ซึ่งอาจถูกละเลยหรือไม่ได้ให้ความสำคัญ เนื่องจากมุ่งเน้นที่ตัวผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยศึกษาในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งชุมชนส่วนมากมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการติดตามและช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีปัญหาสุขภาพจิต และเป็นแนวทางในการนำมาวางแผนให้การสนับสนุนตามความต้องการในการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Research) ประชากร คือ บุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุติดเตียง มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเครือญาติอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว และการดูแลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลที่ไม่อยู่ในพื้นที่ในช่วงระหว่างเก็บข้อมูล มีความบกพร่องทางร่างกายที่ไม่สามารถให้ข้อมูลกับผู้เก็บข้อมูลได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณตามวิธีของ Hsieh และคณะ⁷ ตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Research) โดยใช้สถิติวิเคราะห์พหุถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ดังนี้

$$n_1 = [Z_{1-\alpha/2} \{P(1-P)/B\}^{1/2} + Z_{1-\beta} \{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)/B\}^{1/2}]^2 / [(P_1-P_2)^2(1-B)]$$

$$\text{เมื่อ } P = (1-B)P_1 + BP_2$$

โดยที่ P คือ สัดส่วนของสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตโดย P มีค่าอยู่ระหว่าง 0-1

P_1 คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ที่มีความรู้สึกไม่เป็นภาระหนักและมีปัญหาสุขภาพจิต ($X=0$ $Y=1$) มีค่าเท่ากับ 0.11⁸

P_2 คือ สัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ที่มีความรู้สึกเป็นภาระหนักและมีปัญหาสุขภาพจิต ($X=1$ $Y=1$) มีค่าเท่ากับ 0.47⁸

B คือ สัดส่วนของสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในญี่ปุ่น ที่มีความรู้สึกเป็นภาระหนักทั้งหมดมีค่าเท่ากับ 0.40⁸

$Z_{1-\alpha/2}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดค่า $\beta = 0.02$ เท่ากับ 0.842

จากนั้น แทนค่าต่างๆในสมการ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ต้องการตัวอย่าง จำนวน 80 ราย

จากนั้นทำการปรับค่าขนาดตัวอย่าง ตามการวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression โดยใช้สูตรของ Hsieh และคณะ⁷ ดังนี้

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - \rho_{1.23...p}^2)}$$

เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันไม่ควรสูงเกินไปจนทำให้เป็นปัญหาการมีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจศึกษา (Multicollinearity) และความเป็นไปได้ของการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ จึงเลือกใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุที่ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 106 คน จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุของอำเภอวาปีปทุม พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงทั้งหมด 112 คน แต่มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกของการศึกษานี้ จำนวน 106 คน ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรทั้งหมด คือ จำนวน 106 คน

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านผู้สูงอายุติดเตียง ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม และข้อมูลด้านสุขภาพจิต ใช้แบบสัมภาษณ์สุขภาพทั่วไป ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ)⁹ เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนามาจาก General Health Questionnaire (GHQ) ของโกลด์เบิร์ก^{10, 11} ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในพื้นที่อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 คน โดยค่าความเที่ยงที่คำนวณได้มีค่า 0.92

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง 30 เมษายน 2560 งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หมายเลข HE602053 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้
การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA 10.1 (ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และมีวิธีการวิเคราะห์ทางสถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) นำเสนอด้วยค่าแจกแจงตามความถี่ ร้อยละ กรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องแจกแจงปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนกรณีเป็นข้อมูลต่อเนื่องแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่

2.1) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละหนึ่งตัวแปร (Univariable analysis) โดยใช้สถิติ Chi-square test นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Crude OR กับค่า 95% Confident Interval ของ Crude OR และค่า p ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนในกรณีที่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Chi-square test กรณีที่พบว่า ร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมดมีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 จะใช้สถิติ Fisher's exact test แทน

2.2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression Analysis) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination procedure) โดยการนำตัวแปรเข้าไปใน Regression Model นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted OR และ 95% confident interval ของค่า Adjusted OR

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปข้อมูลด้านปัจจัยผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 29.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.3 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.6 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.6 มีรายได้วันละน้อยกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 52.0 รายได้ส่วนใหญ่มิได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.0 มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 50.0 มีความรู้สึกไม่เป็นการระในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 56.6 ไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในอดีต

ร้อยละ 59.4 มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 94.3 กลุ่มที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับแหล่งความรู้มาจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่มสุขภาพ ร้อยละ 41.4 และความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 41.5

ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 80.2 ในกลุ่มที่เบิกค่ารักษาพยาบาลไม่ได้ ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลัก ร้อยละ 51.8 มีระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 33.0 มีระยะเวลาการนอนติดเตียงน้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 59.4 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 50.9 ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มีภาวะข้อติด ร้อยละ 25.6 และผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจ อาละวาด ไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 52.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 106)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต	63	59.4
มีปัญหาสุขภาพจิต	43	40.6

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอลำปาง จังหวัดมหาสารคาม โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ($OR_{\text{ crude}} = 2.72$; 95%CI=1.52-8.54) โรคประจำตัว ($OR_{\text{ crude}} = 3.34$; 95%CI=1.38-8.07) ความรู้สึกเป็น

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าร้อยละ 52.8 เป็นครอบครัวขยาย และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 91.5 ในกลุ่มที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลมีความสัมพันธ์เป็น พี่น้อง มากที่สุด ร้อยละ 36.2

ปัจจัยด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care) จากบุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 98.1 และได้รับคำแนะนำคอยให้ความช่วยเหลือ กำลังใจ จากครอบครัว เพื่อน ญาติ ร้อยละ 96.2

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 59.4 และมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 40.6 ดังตารางที่ 1

ภาระในการดูแล ($OR_{\text{ crude}} = 5.60$; 95%CI=2.40-13.07) ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในอดีต ($OR_{\text{ crude}} = 3.00$; 95%CI=1.25-7.22) ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{\text{ crude}} = 4.01$; 95%CI=1.66-9.68) ระยะเวลาการนอนติดเตียง ($OR_{\text{ crude}} = 2.92$; 95%CI=1.26-6.77) ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{\text{ crude}} = 3.15$; 95%CI=1.35-7.36) และสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{\text{ crude}} = 4.96$; 95%CI=1.99-12.32) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 106)

ปัจจัย	มีปัญหาสุขภาพจิต (N=43)		ไม่มีปัญหา สุขภาพจิต (N=63)		OR _{Crude}	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล						
เพศ						
ชาย	9	20.9	15	23.8	1	
หญิง	34	79.1	48	76.2	1.18	0.46-3.01
อายุ (ปี)						
≤ 50	14	32.6	40	63.5	1	
> 50	29	67.4	23	36.5	2.72	1.52-8.54
สถานภาพสมรส						
คู่ (สมรส)	33	76.7	50	79.4	1	
โสด (หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)	10	23.3	13	20.6	1.17	0.46-2.97
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาขึ้นไป	18	41.9	26	41.3	1	
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	25	58.1	37	58.7	0.98	0.44-2.15
อาชีพหลัก						
มีอาชีพ	34	79.1	55	87.3	1	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	20.9	8	12.7	1.82	0.64-5.17
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)						
> 5,000	21	48.8	34	54.0	1	
≤ 5,000	22	51.2	29	46.0	1.23	0.56-2.68
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	6	13.9	19	30.2	1	
ไม่เพียงพอ	37	86.1	44	69.8	2.66	0.94-7.53
โรคประจำตัว						
ไม่มี	22	51.2	49	77.8	1	
มี	21	48.8	14	22.2	3.34	1.38-8.07

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 106) ต่อ

ปัจจัย	มีปัญหาสุขภาพจิต (N=43)		ไม่มีปัญหา สุขภาพจิต (N=63)		OR _{Crude}	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (ต่อ)						
ระยะเวลาการนอนหลับ (ชั่วโมงต่อวัน)						
≥8	23	53.5	30	47.6	1	
<8	20	46.5	33	52.4	0.79	0.36-1.73
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล						
รู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแล	14	32.6	46	73.0	1	
รู้สึกเป็นภาระในการดูแล	29	67.4	17	27.0	5.60	2.40-13.07
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุในอดีต						
มี	11	25.6	32	50.8	1	
ไม่มี	32	74.4	31	49.2	3.00	1.25-7.22
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง						
มี	40	93.0	60	95.2	1	
ไม่มี	3	7.0	3	4.8	1.50	0.29-7.88*
ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุติดเตียง						
สิทธิการรักษาพยาบาล						
มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล	14	32.6	12	19.0	1	
ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล	29	67.4	51	81.0	0.48	0.19-1.21
ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (ชั่วโมงใน 1 วัน)						
< 8	13	30.2	40	63.5	1	
≥ 8	30	69.8	23	36.5	4.01	1.66-9.68
ระยะเวลาการนอนติดเตียง (ปี)						
≤ 3	19	44.2	44	69.8	1	
> 3	24	55.8	19	30.2	2.92	1.26-6.77
ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดเตียง						
ไม่มี	14	32.6	38	60.3	1	
มี	29	67.4	25	39.7	3.15	1.35-7.36

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (n = 106) ต่อ

ปัจจัย	มีปัญหาสุขภาพจิต (N=43)		ไม่มีปัญหา สุขภาพจิต (N=63)		OR _{Crude}	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยด้านตัวผู้สูงอายุติดเตียง (ต่อ)						
สภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง						
ไม่มี	13	30.2	43	68.3	1	
มี	30	69.8	20	31.7	4.96	1.99-12.32
ปัจจัยด้านครอบครัว						
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวขยาย	20	46.5	30	47.6	1	
ครอบครัวเดี่ยว	23	53.5	33	52.4	1.05	0.48-2.28
ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง						
มีผู้ช่วยเหลือ	38	88.4	59	93.7	1	
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	5	11.6	4	6.3	1.94	0.48-7.78 *
ปัจจัยด้านสังคม						
ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน						
ได้รับ	41	95.4	63	100.0	1	
ไม่ได้รับ	2	4.6	0	0.0	N/A	N/A *
ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือ						
ได้รับ	41	95.4	61	96.8	1	
ไม่ได้รับ	2	4.6	2	3.2	1.49	0.19-11.11 *

* ค่า p จากค่า Fisher's exact

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบางปะปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยคำนึงถึงผลกระทบของปัจจัยอื่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ และนำเสนอค่าเป็น Adjusted OR โดยพิจารณาตัวแปรต่างๆ เข้าสมการที่ระดับ

นัยสำคัญ 0.25 พบตัวแปรที่เข้าตามเกณฑ์ 10 ตัวแปร คือ อายุ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุติดเตียงในอดีต สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ระยะเวลาการนอนติดเตียงภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุติดเตียง และสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง

จากผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญ $p < 0.05$ มี 4 ปัจจัยด้วยกัน คือ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแล ($OR_{adj} = 5.35$; 95%CI=2.01-14.24) ซึ่งเป็นปัจจัยที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับปัจจัยอื่น ๆ รองลงมา

คือ สภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{adj} = 4.52$; 95%CI=1.69-12.14) ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ($OR_{adj} = 3.23$; 95%CI=1.21-8.61) และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแล ($OR_{adj} = 3.71$; 95%CI=1.34-10.27) ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต	OR_{Crude}	95%CI (Crude)	OR_{Adj}	95%CI (Adjusted)	p of OR_{Adj}
โรคประจำตัว					
ไม่มี	1		1		
มี	3.34	1.44 - 7.76	3.71	1.34 - 10.27	0.011
ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล					
รู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแล	1		1		
รู้สึกเป็นภาระในการดูแล	5.60	2.40 - 13.07	5.35	2.01 - 14.24	0.001
ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (ชั่วโมงใน 1 วัน)					
<8	1		1		
≥8	4.01	1.66 - 9.68	3.23	1.21 - 8.61	0.019
สภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง					
ไม่มี	1		1		
มี	4.96	1.99 - 12.32	4.52	1.69 - 12.14	0.003

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอบางปะปทุม จังหวัดมหาสารคาม มีดังนี้

ปัจจัยโรคประจำตัว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว เป็น 3.71 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการ

นอนหลับที่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งจะส่งผลรบกวนต่อเวลาพักผ่อนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า^{12,13} สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โรคประจำตัวของผู้ดูแล สุขภาพทางกายของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายทรุดลง ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีความเครียดกับการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย¹⁴ ดังนั้น ควรสนับสนุนให้มีการ

ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกลุ่มนี้ จากครอบครัวหรือชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัยความรู้สึกรู้สึกเป็นภาระในการดูแลพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีความรู้สึกไม่เป็นภาระในการดูแลเป็น 5.35 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง มีสถานภาพคู่ ที่ต้องรับบทบาทหลักเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งบทบาทในการเป็นแม่บ้านดูแลครอบครัว สามี และบุตร ในการทำกิจกรรมงานบ้านต่างๆ ในครอบครัว^{12,15,16,17,18} และมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากการเจ็บป่วยต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น^{13,19} และผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายหลักคือ ตัวผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระที่ต้องดูแล และรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาในญี่ปุ่นพบว่า ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความสัมพันธ์กับการเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด ร่วมกับมุมมองของผู้ดูแลที่รู้สึกว่าปัญหานั้นใหญ่เป็นภาระมาก จนไม่สามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือมีปัญหากับการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันเป็นภาระในการดูแล และเกี่ยวข้องกับการลดลงทางด้านจิตใจ⁸

ปัจจัยระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ให้การดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียงมากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงใน 1 วัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงน้อยกว่า 8 ชั่วโมงใน 1 วัน เป็น 3.23 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะเร่งด่วนทางนรีเวชในโรงพยาบาลพบว่า ญาติผู้ดูแลมักไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และใช้เวลาเกือบ 24 ชั่วโมงต่อวัน ในการดูแลถือเป็นบทบาทภาระหน้าที่ที่หนักเกิน ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้²¹ อย่างไรก็ตาม พบว่าระยะเวลาการดูแล บ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแล ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความรู้ ทักษะ ความชำนาญและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และลดความรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบากลงได้ ทำให้ไม่เกิดความเครียด เบื่อหน่ายท้อแท้¹⁶ และยังพบว่า การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลในการแบ่งเบาภาระการทำงานที่ดูแลช่วยเหลือ จะช่วยลดภาระในการดูแล ความตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจ และลดความเหนื่อยล้าจากการทำหน้าที่ได้^{16,22,24}

ปัจจัยด้านสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลง จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีสภาพอารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็น 4.42 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่มีระยะเวลาการนอนติดเตียงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี และมีภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ ต้องนอนติดเตียงเป็นระยะ

เวลานาน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ หรือแอลกอฮอล์¹³ เมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาความเสื่อมทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งตัวผู้ดูแล มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และกำลังใจ จากครอบครัวเป็นอย่างมาก เพื่อให้ตนเองสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม²³ นอกจากนี้ถ้าผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง หรือดูแลได้ไม่ดีเท่าที่ควรจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่พอใจ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุได้²⁴ ในขณะที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ถูกคาดหวังจากญาติในครอบครัวในการดูแล อีกทั้งตัวผู้ดูแลไม่สามารถระบายความรู้สึกได้^{22,25,26,27} กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียใจ ทำให้ต้องเก็บความรู้สึกของตนเอาไว้ และใช้ความอดทนและพยายามอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย ในบางครั้งเมื่อถึงที่สุดผู้ดูแลอาจมีอาการที่รุนแรง ขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือญาติในครอบครัวได้ง่าย ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้²¹

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 40.6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีปัญหาสุขภาพจิตควรมีการศึกษา ติดตาม เฝ้าระวัง วัดผลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลและให้ความช่วยเหลือต่อไป
2. โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลควรมีการตรวจสุขภาพประจำปี พร้อมทั้งบุคลากรสาธารณสุขควรมี

การแนะนำส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

3. ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขควรมีการวางแผนช่วยเหลือด้านความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล โดยมีการประเมินติดตามสุขภาพจิต ให้กำลังใจ สร้างภาคีเครือข่าย ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าดูแลเป็นภาระสำหรับตัวเอง

4. ระยะเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลมากขึ้น เช่น กระตุ้นให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งด้านกำลังใจ แรงงาน การเงิน การอำนวยความสะดวกต่างๆ และให้ครอบครัวได้เห็นความสำคัญของผู้ดูแลที่ได้เสียสละตนเอง ดังนั้นครอบครัวควรเพิ่มการเอาใจใส่ผู้ดูแล แบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่ตัวผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักผ่อน ผ่อนคลายอารมณ์เหนื่อยล้า และไม่ตึงเครียดเกินไป

5. สภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และหน่วยงาน หรือบุคลากรสาธารณสุขควรมีการวางแผนออกติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตัวเองและรู้สึกมีคุณค่า ให้ความรู้กับผู้ดูแลในการตอบสนองต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. สุชาติ ทวีสิทธิ์, สวริย์ บุญमानนท์, บรรณาธิการ. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2553.
3. บุขรา ศรีสุพัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการจำหน่าย. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
4. ทรงลักษณ์ เกตุอังกุล. ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
5. ฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. จำนวนประชากรอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2559. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล; 2559.
6. เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวาปีปทุม. ข้อมูลการสำรวจโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับชุมชนอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม. สำนักงาน; 2559.
7. Hsieh FY, et al. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statist Med 1998; 17: 1623-1634.
8. Honda A, et al. Caregiver burden mediates between caregiver's mental health condition and elder's behavioral problems among Japanese family caregivers. Aging and Mental Health 2014; 18(2): 248-254.
9. ธนา นิลชัยโกวิท, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ความเชื่อถือได้และความมั่นคงของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(1): 2-17.
10. Goldberg DP. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, England: NFER-NELSON Publishing Co. Ltd; 1978.
11. Goldberg, DP. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor, England: NFER-NELSON Publishing Co. Ltd; 1988.
12. Choi KS, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factors Affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2005; 86(5): 1043-1048.
13. รรณรดี ภาคภากร. ความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
14. เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.

15. ธงชัย คูเพ็ญวิจิตตระการ. บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านปลวกแดง อำเภอลวกแดง จังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
16. วราภรณ์ จิธานนท์. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
17. Barreto Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases* 2002; 39(4): 805–812.
18. Cameron JI, et al. Stroke survivors behavioral and psychologic symptoms are associated with informal caregivers experiences of depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2006; 87(2): 177–183.
19. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2539; 41(3): 191–202.
20. Ana Soto-Rubio, et al. Frail elderly with and without cognitive impairment at the end of life: their emotional state and the wellbeing of their family caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*; 2017.
21. สมพร ปานผดุง, กิตติกร นิลมานันต์ และ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวชระยะลุกลาม ในโรงพยาบาล. *บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4*; 2556.
22. Okamoto K, Harasawa Y. Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009; 49(1): 138–141.
23. จินตนา ทองสุขนอก, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามิ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ขมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. *วารสารสุขศึกษา* 2551; 110: 107-123.
24. รัชณี ปภังกร. ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
25. สลิลพร กองทองมณีโรจน์. คุณภาพการนอนหลับและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแผนกการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
26. Billy A Caceres, Mayu O Frank, Jin Jun , Melissa T Martelly, Tina Sadarangani, Paloma Cesar de Sales. Family caregivers of patients with frontotemporal dementia: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 2016; 55: 71–84.
27. Stajduhar KI. Factors influencing family caregivers' ability to cope with providing end of life cancer care at home. *Cancer Nursing* 2008; 31(1): 77-85.