Factors Predicting Depressive Symptoms among Caregivers of Dependent Elderly*

Maneerat Chawbol, RN, MNS[1], Virapun Wirojratana, RN, PhD[1], Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS[1]

Abstract

Purpose: To investigate predicting factors of caregivers' preparedness, caregiver role strain, and rewards of caregiving on depressive symptoms among caregivers of dependent elderly.

Design: Correlational predictive design.

Methods: Participants were 116 primary caregivers who had been taking care of dependent elderly receiving treatment at a tertiary hospital, Bangkok. Data were collected by using questionnaires including demographic data, caregivers' preparedness, caregiver role strain, rewards of caregiving, and Center for Epidemiologic Studies-Depression scale. Descriptive statistics, Spearman rank correlation, and multiple regression analysis were employed to analyze data.

Main findings: The study findings revealed that most caregivers were female with an average age of 51.72 years and 75% were adult children of the dependent elderly. Depressive symptoms were found 18.1% in caregivers. The study factors including preparedness for family care, caregiver role strain, and reward of caregiving could together explain 45% of the variance of depressive symptoms among the caregivers (adjusted R^2 = .45. The factors predicting depressive symptoms with statistical significance were role strain from economic burden (β = .31, t = 3.63, p < .001) and caregivers' preparedness (β = - .30, t = -3.18, p = .002).

Conclusion and recommendations: The results suggest that nurses should assess caregivers' preparedness and economic burden in caring for the dependent elderly. An intervention should be provided to reduce caregivers' depressive symptoms so that they would be competent to care for the dependent elderly effectively.

Keywords: caregivers, depressive symptoms, elderly, functional dependence

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104

Corresponding Author: Associate Professor Virapun Wirojratana, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Received: 18 October 2021 / Revised: 6 December 2021 / Accepted: 21 February 2022

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

มณีรัตน์ ชาวบล, พย.ม.[1] วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, PhD[1] ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 116 ราย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 51.72 ปี ร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.1 โดยพบว่าปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 45 (adjusted R^2 = .45 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ (β = .31, t = 3.63, p < .001) กับความพร้อมของผู้ดูแล (β = - .30, t = -3.18, p = .002)

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการวิจัย พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลอย่างครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งประเมินภาระของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ภาวะพึ่งพิง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] *คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

วันที่รับบทความ: 18 ตุลาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 ธันวาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 21 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการทางการแพทย์และนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรรวม 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด[1] จากจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของประชาชนจากโรคติดต่อแบบเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อม นำมาซึ่งมาการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ จากการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2558 พบว่าร้อยละ 21 (1.3 ล้านคน) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคมในระยะยาว ซึ่งคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือมีปัญหาในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ผู้สูงอายุดังกล่าวต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน อาจต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้การพยาบาล บริการด้านสังคมและการจัดสวัสดิการ มีความต้องการการตอบสนองในส่วนที่ตนเองไม่สามารถปฏิบัติได้ และคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุกลุ่มนี้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต[2]

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทหน้าที่สำคัญ โดยทำหน้าที่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำ เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลสุขวิทยา การขับถ่าย รวมไปถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล[3-4] นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล เช่น อาการเหนื่อย เมื่อยล้า ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น โอกาสพบปะเพื่อนน้อยลง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เกิดความเครียด ความวิตกกังวล เหนื่อยล้าและท้อแท้[5] ส่งผลต่อเนื่องต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และหากเกิดเรื้อรังก็จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลลดลง[6]

ในต่างประเทศมีการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทุพพลภาพ ร้อยละ 37 ถึง 61.1[7-8] สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง แต่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง พบตั้งแต่ร้อยละ 8 ถึง 27[9-11]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมที่ดี จะช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล[12] จากการศึกษาของ บุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ[10] พบว่าความพร้อมในการดูแลมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูงจะมีภาวะซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้ ในการที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนมากอยู่กับผู้สูงอายุ เกิดความยุ่งยากลำบาก ขาดอิสระ อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายในการดูแล และรู้สึกเป็นภาระ จึงส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้านลบจากการดูแลหรือความตึงเครียดในบทบาทการดูแลขึ้น[13] จากการศึกษาของ Lotus Shyu และคณะ[14]

พบว่าความตึงเครียดในบทบาทการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งหากญาติผู้ดูแลมีทัศนคติในการดูแลด้านลบ ก็จะรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้รางวัลสำหรับการดูแล เป็นมุมมองด้านบวกของผู้ดูแลเป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทการดูแล และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[15] จากการศึกษาของ Quinn และ Toms[16] พบว่ารางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าและภาระที่ลดลงของผู้ดูแล

จะเห็นได้ว่าความพร้อมในการดูแลที่ดี และรางวัลจากการดูแล สามารถลดความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลและสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแล ผลการศึกษาของตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทยการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีน้อย อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ดูแลในกลุ่มโรคที่เฉพาะเจาะจง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็งเนื้องอกในสมอง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น[9-11,16-17] ซึ่งผู้ป่วยบางรายยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในบางกิจกรรม และสามารถฟื้นฟูร่างกายได้ แต่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะรวมโรคที่เจ็บป่วยในหลากหลายระบบและมีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างในด้านของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล อีกทั้งสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงตลอดเวลาร่วมกับการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (functional decline) มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพมากขึ้น และการดำเนินของโรคต่างๆ ก็จะมีความรุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงที่จะเกิดความพิการหรือมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลกลุ่มนี้ และการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัว (the family care model) ของ Archbold และคณะ[15] ที่กล่าวถึงปรากฏการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของคนไทย เริ่มจากปัจจัยกระทบที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล ประกอบด้วย 1) ปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา 2) ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล และ 3) ความพร้อมของผู้ดูแล ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปริมาณกิจกรรมในการดูแล 2) ปริมาณการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3) ความสามารถในการทำนายการดูแล ทำให้ผู้ดูแลตอบสนองต่อบทบาทการดูแลทั้งในด้านบวก คือ รางวัลสำหรับการดูแล และด้านลบ คือ ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล ทั้งหมดนี้ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์จากการดูแล คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะปัจจัยกระทบที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแล คือ ความพร้อมของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยนี้มีผลต่อการตอบสนองในบทบาทของผู้ดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบ คือ รางวัลจากการดูแล และความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล โดยจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์จากการดูแล คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดนี้ ผลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ด้านเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงปัญหาและหาทางช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล รวมทั้งนำผลการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดี และมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สมมติฐานการวิจัย

ความพร้อมของผู้ดูแล ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแล และรางวัลจากการดูแล สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคุณสมบัติมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เป็นญาติสายตรงหรือเครือญาติ ใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด และไม่ได้รับค่าจ้างประจำเดือนในการดูแล ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 เดือน และไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน 2) ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีอาการคงที่ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมีค่าคะแนน Barthel ADL index ที่ประเมินได้อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน 3) สามารถเข้าใจและใช้ภาษาไทยในการสื่อสารได้ ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องไม่มีการรู้คิดบกพร่อง (จากการคัดกรองด้วย mini-cog ฉบับภาษาไทย โดยได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ)

เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ดูแลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรุนแรง ได้แก่ โรคมะเร็งระยะลุกลาม โรคไตวาย หัวใจล้มเหลว ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 คนในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล และ/หรือภาวะเครียดที่กำลังได้รับการรักษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G *power สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา 5 ตัวแปร กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ค่า α = .05 อำนาจการทดสอบ (power) = .90 กำหนดขนาดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้เป็นระดับกลาง (medium effect size) เท่ากับ .15[18] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) สร้างขึ้นโดย Mahoney และ Barthel แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภัคสินี กมลรัตนกุล และ Ebrahim[19] มีข้อคำถามจำนวน 10 กิจกรรม ค่าคะแนนอยู่ 0-11 คะแนน หมายถึงมีภาวะพึ่งพิง (จากคะแนนรวม 20 คะแนน) และแบ่งระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงสูง 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง 2) แบบวัดความบกพร่องในการรู้คิดแบบสั้น (mini-cog) สำหรับคัดกรองและประเมินความบกพร่องในการรู้คิด ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เครื่องมือนี้พัฒนาโดย Borson และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ[20] โดยผู้ที่ได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการดูแล เวลาที่ใช้ในการดูแล กิจกรรมที่ให้การดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล หน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอื่นในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ การได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว แหล่งประโยชน์อื่นๆ และความช่วยเหลือที่ได้รับ รวมทั้งภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และโรคร่วม ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

2) แบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ[13] ฉบับภาษาไทยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[12] จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-32 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง แปลผลโดยใช้การแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น ค่าคะแนน 0-10 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนน 11-21 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 22-32 หมายถึง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับสูง

3) แบบสอบถามความเครียดในบทบาทผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ[13] แปลดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[12] ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบ การศึกษาในครั้งนี้เลือกมาศึกษา 3 องค์ประกอบ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมเป็นปรากฏการณ์การตอบสนองของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยบทบาทของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยตรงทั้งหมด ทำให้เกิดความรู้สึกยากลำบาก เหนื่อยล้า และรู้สึกมีภาระ ร่วมกับในแต่ละวันผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จึงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาที่สูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และอาจต้องออกจากงานมาเพื่อให้การดูแล ทำให้ขาดรายได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินและมีภาระด้านเศรษฐกิจ และเกิดความเครียดที่เกิดจากความกดดันจากความรับผิดชอบในการดูแลในเรื่องโดยรวมทั่วๆ ไปได้[3-4,12,15] แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 99 ข้อ แบ่งออกเป็น

- แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง มีข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ ถ้าเลือกตอบว่า “ไม่” จะไม่นับคะแนนในข้อนั้น แต่ถ้าตอบว่า “ใช่” ต้องตอบในส่วนที่ 2 ต่อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

- แบบสอบถามความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

- แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยรวม มีข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-16 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน

แปลผลคะแนนด้วยสถิติความเบ้ (skewness) ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ

4) แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล พัฒนาโดย Archbold และคณะ[15] ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ (back-translation) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยโดย วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์[12] ประกอบคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-104 คะแนน ใช้สถิติความเบ้ (skewness) ในการแปลผลคะแนน ค่าคะแนนความเบ้ <0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ซ้าย ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับจากการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านสูง ค่าคะแนนความเบ้ >0 แสดงว่าข้อมูลเบ้ขวา ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ

5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression scale, CES-D) พัฒนาโดย Radloff ฉบับภาษาไทยแปลโดย วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน[21] จำนวน 20 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือพฤติกรรมในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามากจากนั้น วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล และพนม เกตุมาน[21] ได้แบบประเมินนำมาใช้เป็นแบบทดสอบวัดภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยซึมเศร้าจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช พบว่าค่ามาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าในคนไทย มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 ความความไว (sensitivity) เท่ากับ 93.33 และความไวจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 94.20 ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ได้รับการพัฒนาเป็นที่ยอมรับมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงหาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามความพร้อมของผู้ดูแล แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยตรง แบบสอบถามความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ แบบสอบถามความเครียดจากการดูแลโดยรวม แบบสอบถามรางวัลสำหรับการดูแลของผู้ดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .97, .83, .81, .91 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2021/586.0501) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (COA No. 226/2021) ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นจะทำการทำลายข้อมูลภายในระยะเวลา 5 ปี

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกเป็นผู้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำผู้ดูแลที่สนใจเข้าร่วมการวิจัยต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่าง

ยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดกรองภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน และผู้ดูแลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะต้องไม่มีการรู้คิดบกพร่องจากการคัดกรองด้วยแบบวัด mini-cog ฉบับภาษาไทย โดยได้คะแนน 3-5 คะแนน ถือว่ามีการรู้คิดปกติ หากคัดกรองผ่าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลที่เข้าร่วมการวิจัยด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด จำนวนรวมทั้งสิ้น 177 ข้อ ใช้ระยะเวลาประมาณ 60-80 นาที โดยแบ่งเวลาให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-35 นาที พัก 10 นาที และตอบแบบสอบถามต่อจนครบ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลในการส่งต่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตดูแลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรต้นต่อตัวแปรตามด้วยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรตามอยู่ในมาตรวัด interval ขึ้นไป มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรตามและตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ และค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.5) อายุเฉลี่ย 51.72 ปี (SD = 12.51) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.6) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 56.9) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.4) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 28.5) เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 43.1) มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 71.6) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 75) จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 15.79 ชั่วโมง/วัน อยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 44.8) และส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1-5 ปี (ร้อยละ 48.3) กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก ได้แก่ การเตรียมอาหาร (ร้อยละ 92.2) รองลงมาคือการรับประทานยา (ร้อยละ 88.8) และการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 78.4) ผู้ดูแลทั้งหมดพักอยู่กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุอื่น (ร้อยละ 83.6) แต่ก็ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ เช่น ทีมเยี่ยมบ้านอาสาสมัครชุมชน (ร้อยละ 81.9) โดยส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง (ร้อยละ 81.1) ให้การช่วยเหลือโดยร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ/ผลัดเปลี่ยนกัน (ร้อยละ 57.9)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.7) อายุเฉลี่ย 79.58 ปี (SD = 9.41) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 48.3) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94) ครึ่งหนึ่งมีสิทธิการรักษาข้าราชการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจมากที่สุด (ร้อยละ 39.7) รองลงมาคืออัมพาตหลอดเลือดสมองและปัญหาเกี่ยวกับความจำ

(ร้อยละ 31) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.82 ปี (SD = 8.69) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคร่วมอื่นๆ (ร้อยละ 84.5) โรคร่วมที่พบมากสุด 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง, เบาหวานและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 82.7, 50 และ 48 ตามลำดับ และผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้มีระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel ADL index) เฉลี่ย 5.46 คะแนน (SD = 4.69) ถือว่ามีภาวะพึ่งพิงในระดับสูง และผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.7) มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด โดยมี Barthel ADL index อยู่ในระดับน้อยกว่า 4 คะแนน

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 20.39, SD = 5.04) ระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรงค่อนไปทางด้านต่ำ ($\overline{X}$ = 59.59, SD = 33.54, skewness = .40) ระดับความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจค่อนไปทางด้านต่ำ ($\overline{X}$ = 5.86, SD = 3.65, skewness = .35) ระดับความเครียดโดยรวมค่อนไปทางด้านต่ำ ($\overline{X}$ = 5.91, SD = 3.16, skewness = .18) ระดับความรู้สึกดีที่ได้รับจากการดูแลหรือรางวัลจากการดูแลส่วนใหญ่ค่อนไปทางด้านต่ำ ($\overline{X}$ = 78.77, SD = 9.52, skewness = .46) คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 12.24 คะแนน (SD = 5.93) และมีผู้ดูแลที่มีคะแนนจากการประเมินภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเบ้ ของตัวแปรที่ศึกษา (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (SD)	Skewness[1]	การแปลผล
ความพร้อมของผู้ดูแล	0-32	10-32	20.39 (5.04)	.24	ระดับปานกลาง
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	0-364	0-161	59.59 (33.54)	.40	ค่อนไปทางด้านต่ำ
ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	0-17	0-17	5.86 (3.65)	.35	ค่อนไปทางด้านต่ำ
ความเครียดโดยรวม	0-16	0-14	5.91 (3.16)	.18	ค่อนไปทางด้านต่ำ
รางวัลจากการดูแล	0-104	62-104	78.77 (9.52)	.46	ค่อนไปทางด้านต่ำ

[1]standard error = .23

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าคะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	$\overline{X}$	SD
ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล			0-60	0-25	12.24	5.93
- ไม่มีภาวะซึมเศร้า	95	81.9	0-18	0-18	10.06	3.98
- มีภาวะซึมเศร้า	21	18.1	19-60	19-25	22.09	1.92

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ความพร้อมของผู้ดูแลและรางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52, p < .01$, $r = -.41, p < .01$ ตามลำดับ) และความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39, p < .01$, $r = .55, p < .01$ และ $r = .46, p < .01$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6
1. ความพร้อมของผู้ดูแล	1					
2. ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	- .44*	1				
3. ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	- .40*	.33*	1			
4. ความเครียดโดยรวม	- .54*	.46*	.53*	1		
5. รางวัลจากการดูแล	.55*	- .28*	- .36*	- .49*	1	
6. ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	- .52*	.39*	.55*	.46*	- .41*	1

*p < .01 (2-tailed)

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ (β = .31, p < .05) และความพร้อมของผู้ดูแล (β = - .30, p < .05) โดยตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 45 (R^2 = .48, adjusted R^2 = .45) สำหรับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง ความเครียดโดยรวมและรางวัลจากการดูแลไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (p = .123, p = .791, p = .171 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple regression) ระหว่างปัจจัยทำนายกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 116)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE_b	β	t	p-value	95%CI	VIF
Constant	20.79	4.50		4.62	< .001	11.87, 29.71	
ความพร้อมของผู้ดูแล	- .36	.11	- .30	-3.18	.002	- .58, - .14	1.91
ความเครียดจากการดูแลโดยตรง	.02	.02	.13	1.56	.123	- .01, .05	1.47
ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ	.51	.14	.31	3.63	< .001	.23, .79	1.56
ความเครียดโดยรวม	.05	.18	.03	.27	.791	- .31, .41	1.93
รางวัลจากการดูแล	- .08	.05	- .12	-1.38	.171	- .18, .03	1.58

R = .69, R^2 = .48, adjusted R^2 = .45, F = 19.92, p < .001

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะซึมเศร้า 21 รายคิดเป็นร้อยละ 18.1 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศ[7-8] อาจเนื่องจากการในศึกษาของต่างประเทศนั้น ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดร้อยละ 77.8 ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายร้อยละ 60 ซึ่งทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิด

การแยกตัวจากสังคม และมีเวลาส่วนตัวน้อย นอกจากนี้ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียม การแสดงออกทางด้านความคิดและความรู้สึก และโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน โดยอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตกเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งทำให้ชีวิตของคนมีความไม่มั่นคงมากขึ้น ส่วนในสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่และอยู่กันอย่างใกล้ชิด มีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกัน ทำให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีญาติพี่น้องมาช่วยดูแลและผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบมากกว่าครึ่ง ผู้ดูแลจึงรู้สึกไม่มีภาระในการดูแลเพียงลำพัง และมีที่พึ่งเมื่อเกิดปัญหา นอกจากนี้ในด้านความแตกต่างทางศาสนา ชาวไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องบุญกรรม การกระทำความดี และมีค่านิยมวัฒนธรรมที่ว่าการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่บุตรหลานพึงกระทำ เปรียบเสมือนหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูกตเวทีต่อผู้มีพระคุณ ได้ทดแทนบุญคุณ ได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำในฐานะเป็นสามี/ภรรยา หรือเป็นลูกหลาน และเป็นการตอบแทนคุณความดี อีกทั้งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ดีขึ้นอีกด้วย[3]

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมค่อนไปทางด้านต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในครั้งนี้ระยะเวลาเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 7.82 ปี ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาทักษะและสามารถวางแผนจัดการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม กับสถานการณ์การดูแลร่วมกับผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 81.9 ไม่ว่าจะเป็นการร่วมดูแลหรือผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้สูงอายุ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายด้านการเงิน บริการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพ หรือได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระต่างๆ ในการดูแล จากปัจจัยดังกล่าวจึงทำให้ผู้ดูแลมีระดับความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความเครียดโดยรวมต่ำ

ส่วนระดับรางวัลจากการดูแลของกลุ่มตัวอย่างค่อนไปทางด้านต่ำ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบทบาททางสังคมน้อยกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว โดยเป็นบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.4) จึงได้รับมอบหมายในการเป็นผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถปฏิเสธและจำยอมในการรับบทบาทผู้ดูแล ผู้ดูแลร้อยละ 83.6 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และมีจำนวนชั่วโมงในการดูแลอยู่ในช่วง 17-24 ชั่วโมงต่อวัน ถึงร้อยละ 44.8 ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาส่วนตัวน้อย การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง อีกทั้งผลการศึกษาพบว่า คะแนนรางวัลจากการดูแลจะช่วยฐานะการเงินของผู้ดูแลในอนาคตอยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ =1.44, SD = 1.01) ถึงแม้สิทธิการรักษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการ และประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็ไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งค่าอาหาร และวัสดุสิ้นเปลืองต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกพึงพอใจกับการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้รางวัลจากการดูแลอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้การศึกษาของภาวดี เหมทานนท์[22] ที่พบว่าอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับมุมมองเชิงบวกต่อการดูแล ($r = -.13$, $p < .05$) ซึ่งผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 51.72 ปี (SD = 12.51) เป็นช่วงอายุวัยกลางคน ทำให้ร่างกายขาดพลังและมีความสมบูรณ์ของร่างกายลดลง จึงอาจมีผลต่อการมีความรู้สึกได้รับรางวัลจากการดูแลที่ลดลงได้ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกนึกคิดที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือเกิดประสบการณ์ที่ดีที่เกิดขึ้นจากการทำบทบาทการดูแลค่อนไปทางด้านต่ำ

ความพร้อมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.52$, $p < .01$) และมีอิทธิพลในการทำนาย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta = -.30$, $p < .05$) แสดงให้เห็นว่าหากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความพร้อมในการดูแลมากขึ้น จะมีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลครอบครัวของ Archbold และคณะ[15] ที่ว่าความพร้อมในการดูแล ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lotus Shyu และคณะ[14] ที่พบว่าความพร้อมของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .20$, $p < .05$) และการศึกษาของ บุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ[10] ที่พบว่าความพร้อมในการดูแลมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.42$, $p < .001$) อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.39$, $SD = 5.04$) และส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมานานกว่า 1-5 ปี ทำให้มีความเข้าใจในการดูแล และปัจจุบันมีระบบการเตรียมความพร้อมญาติผู้ดูแล มีการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีศูนย์ฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เปิดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงวัย รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมบ้านของทางโรงพยาบาล อีกทั้งความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ทางอินเตอร์เน็ต ไม่ว่าจะเป็นสื่อออนไลน์และแอปพลิเคชันต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้โดยง่าย และมีการติดต่อสื่อสารและติดตามพูดคุยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้กำลังใจผู้ดูแลจากทีมสุขภาพ จึงส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมีความรู้ในการดูแล มีแรงจูงใจและมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดการปรับตัวต่อบทบาทที่ได้รับ สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในระหว่างที่ต้องรับบทบาททำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าลดลง ผลการศึกษาจึงพบว่าความพร้อมของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลพบว่า ความเครียดจากการดูแลโดยตรง ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจและความเครียดโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39$, $p < .01$, $r = .55$, $p < .01$ และ $r = .46$, $p < .01$ ตามลำดับ) และความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจ มีอิทธิพลทางบวกในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($\beta = .31$, $p < .05$) อธิบายได้ว่า จากการศึกษานี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท และมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวเพิ่มขึ้น เช่น เป็นสามีหรือภรรยา เป็นบิดามารดา จึงต้องรับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอื่นๆ ในครอบครัวของตนร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายโดยการจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า เป็นต้น ย่อมมีค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนนอกเหนือจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งหากไม่เพียงพอก็อาจเกิดการขัดสนเกิดหนี้สินได้ และอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ดังนั้นความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจจึงมีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กล่าวคือหากผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎี การดูแลครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของรสรณ์รดี ภาคภากร, บุรณี กาญจนถวัลย์ และนิจศรี ชาญณรงค์[23] ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 4.20 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ (OR = 4.20, 95%CI = 1.31, 3.39) และการศึกษา

ของ Lee และ Kim[24] พบว่าเศรษฐานะที่ต่ำ (low economic status) มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า (β = .11, t = 1.99, p = .047) เช่นกัน ส่วนความเครียดจากการดูแลโดยตรงและความเครียดโดยรวม ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่งได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ของครอบครัว โดยร่วมกันดูแล/ผลัดเปลี่ยนกัน ซึ่งการที่ญาติผู้ดูแลหลักมีผู้ให้การช่วยเหลือในการดูแลอาจช่วยแบ่งเบาและลดความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล อีกทั้งกิจกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างทำเหมือนเดิมในแต่ละวัน และกระทำต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลจึงสามารถวางแผนการทำงานได้ และมีความเคยชินกับกิจกรรมการดูแลที่ได้ทำและมีการพัฒนาทักษะในการดูแล ทำให้ความตึงเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากการดูแลโดยตรง และความเครียดโดยรวมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

รางวัลจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - .41, p < .01) แต่รางวัลจากการดูแลไม่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจมีสาเหตุจากตัวแปรต้นที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันเองในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดจากภาระเศรษฐกิจและความพร้อมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพึง (r = - .55, p < .01, r = - .52, p < .01 ตามลำดับ) มากกว่ารางวัลจากการดูแล (r = - .41, p < .01) เมื่อนำตัวแปรต้นทั้งหมดเข้าสมการถดถอย จึงทำให้อิทธิพลของรางวัลจากการดูแลที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลลดลง ดังนั้นรางวัลจากการดูแลจึงไม่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล แม้จะมีความสัมพันธ์ก็ตาม

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดจากภาระด้านเศรษฐกิจและความพร้อมของผู้ดูแล สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาทางการพยาบาล ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรมีการประเมินภาระของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะ เพื่อช่วยในการวางแผนช่วยเหลือให้คำแนะนำ จัดหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในครัวเรือน รวมทั้งควรประเมินความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือในด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลทางด้านต่างๆ เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลในระดับสูง และความเครียดจากภาระทางด้านเศรษฐกิจน้อย จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าลดลง

ด้านการวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือพัฒนาโปรแกรมเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วยลดความเครียดจากภาระทางด้านเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับผู้ดูแลที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน เพื่อให้การดูแลเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2020 [Internet]. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2021 [cited 2021 Sep 25]. Available from: http://thaitgri.org/?wpdmpro. (in Thai).

2. National Health Security Office (NHSO). Manual management support long-term health care service system for the elderly with dependence on the national health insurance system. Bangkok: National Health Security Office; 2016. 86 p. (in Thai).
3. Sasat S. Gerontological nursing: common problems and caring guideline. 4th ed. Bangkok: CU Print; 2020. 332 p. (in Thai).
4. de Oliveira AMS, Pedreira LC. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. Acta Paulista de Enfermagem. 2012;25 Special 1: 143-9. doi: 10.1590/S0103-21002012000800022.
5. Sihapark S, Chuengsatiansup K, Tengrung K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Bangkok: Health Systems Research and Development Institute, Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, Policy and Strategy Division, Ministry of Public Health; 2013. 198 p. (in Thai).
6. Kim D. Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. Occup Ther Int. 2017; 2017:1686143. doi: 10.1155/2017/1686143.
7. Arican B, Guney M, Akbal N, Demiral BH, Nadir A, Kokar IK, et al. Determining depression level of caregivers providing home healthcare services. North Clin Istanb. 2016;3(2):118-23. doi: 10.14744/nci.2016.65487.
8. Del-Pino-Casado R, Palomino-Moral PA, Pastor-Bravo MDM, Frías-Osuna A. Determinants of depression in primary caregivers of disabled older relatives: a path analysis. BMC Geriatrics. 2017;17(1):274. doi: 10.1186/s12877-017-0667-1.
9. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4-5 Medical Journal. 2016; 35(1):14-27. (in Thai).
10. Hiransaroj B, Wirojratana V, Vongsirimas N, Senanarong V. Factors influencing depressive symptoms in caregivers of older adults with dementia. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(2):85-98. (in Thai).
11. Lamliangpon P. Anxiety-depression and quality of life in dementia caregivers. Journal of Mental Health of Thailand. 2015;23(2):112-24. (in Thai).
12. Wirojratana V. Development of the Thai family care inventory [dissertation]. Portland, OR: Oregon Health & Science University; 2002. 262 p.
13. Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990;13(6):375-84. doi: 10.1002/nur.4770130605.
14. Lotus Shyu Y-I, Yang C-T, Huang C-C, Kuo H-C, Chen S-T, Hsu W-C. Influences of mutuality, preparedness, and balance on caregivers of patients with dementia. J Nurs Res. 2010;18(3): 155-63. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181ed5845.

15. Archbold PG, Stewart BJ, Harvath TA, Lucus SA. New measures of concepts central to and understanding of a caregiving [unpublished manuscript]. Portland, OR: Oregon Health & Sciences University; 1986. 35 p.
16. Quinn C, Toms G. Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: a systematic review. Gerontologist. 2019; 59(5):e584-e96. doi: 10.1093/geront/gny168.
17. Henriksson A, Arestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: a correlational, cross-sectional study. Palliat Med. 2013;27(7):639-46. doi: 10.1177/0269216313486954.
18. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2017. 814 p.
19. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97-101. doi: 10.1093/ageing/23.2.97.
20. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int. 2015;15(5): 594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
21. Kuptniratsaikul V, Pekuman P. The study of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) in Thai people. Siriraj Med J. 1997;49(5):442-8. (in Thai).
22. Hamtanon P. Factors related to positive aspects in caregiving patients with dementia: a study with family caregivers. The Southern Collage Network Journal of Nursing and Public Health. 2019;6(2):163-75. (in Thai).
23. Pakpakorn R, Kanchanatawan B, Charnnarong N. Prevalence and associated factors of depression in caregivers of patients with stroke at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chulalongkorn Medical Journal. 2015;59(4):457-69. (in Thai).
24. Lee HS, Kim C. Factors affecting family caregivers' burden and depression in home-based long-term care service under the long-term care insurance system. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing. 2018; 29(4):530-8. doi: 10.12799/jkachn.2018.29.4.530.