

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

ณัฐนรี ฉันทวานิช, พบ.

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลเลิดสิน, กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ณัฐนรี ฉันทวานิช, พบ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลเลิดสิน,
กรุงเทพมหานคร 10500,
ประเทศไทย
Email: cha.natnaree@gmail.
com

Received: August 27, 2023;

Revised: September 21, 2023;

Accepted: October 10, 2023

บทคัดย่อ

ที่มา: กระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่พบได้มากขึ้นในเวชปฏิบัติ ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) เกิดได้และเพิ่มความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งหรือถูกทำร้าย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลจะทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แบบวิจัย: งานวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง

วัสดุและวิธีการ: เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 118 คน ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแล และคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทย 22 ข้อ ประเมินผลด้วยสถิติการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีผลต่อภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพา คะแนนความปวดมากกว่า 3 จำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากกว่า 1 คน ปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และไม่มีสมาชิกในบ้านผลัดเวรดูแลผู้ป่วย

สรุป: ควรมีการพัฒนาเชิงระบบเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก เช่น รูปแบบการดูแลเพื่อลดภาวะพึ่งพา การเข้าถึงสวัสดิการสังคม เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: ภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ปัจจัย ครอบครัว กระดูกข้อสะโพกหัก

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Family Caregiver Burden in Elderly Patients with Hip Fracture: A Cross-Sectional Study

Natnaree Chanthavanich, MD.

Department of Family Medicine, Lerdsin Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Natnaree Chanthavanich, MD.,
Department of family medicine,
Lerdsin Hospital, Bangkok
10500, Thailand
Email: cha.natnaree@gmail.com

Received: August 27, 2023;

Revised: September 21, 2023;

Accepted: October 10, 2023

ABSTRACT

Background: The incidence of hip fractures in the elderly has been increasing in medical practice. Caregiver burden can occur and increase the risk of patients being neglected or abused. Studying the factors associated with caregiver burden can help Family Medicine physicians and multidisciplinary teams enhance patient care quality.

Design: A cross-sectional analytical study

Methods: Data was collected from a sample group of 118 caregivers of patients with hip fractures a questionnaire. The questionnaire included basic information about the patients, caregivers, and the 22-item Thai version Zarit Burden Interview. The collected data was analyzed using univariate analysis.

Results: Statistically significant factors ($p < 0.05$) that are associated with caregiver burden are patients in the dependent group, pain score exceeding 3, caring for more than one patient, financial problems, and not having alternate caregivers at home.

Conclusion: Suggested enhancing holistic care model by developing of system to reduce factors associated with caregiver burden in elderly patients with hip fracture, such as a caring model to maximize patient's functional status, enhance access to social welfare benefits, and create a strong supportive community networks.

Keywords: caregiver burden, factors, family, hip fracture

บทนำ

กระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่พบได้มากขึ้นในเวชปฏิบัติ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูก มีปัญหาสุขภาพช่องปากและได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อมวลกระดูก ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและปัญหาการทรงตัว ทำให้กระดูกหักได้ง่ายเมื่อได้รับแรงกระแทก มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักมากถึง 2.6 ล้านรายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568¹ เช่นเดียวกับข้อมูลของประเทศไทย ที่คาดการณ์ว่าผู้สูงอายุชาวไทยจะมีความชุกของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักมากขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร เป็น 450-750 ต่อแสนประชากร² หากผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสมจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเอง การดูแลกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางกายดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดภาวะฟุ้งฟิงติดเตียงและเป็นภาระในการดูแลตามมา³

เนื่องจากลักษณะครอบครัวในประเทศไทยนิยมการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ไม่ดูแลในสถานพักฟื้น ภาระการดูแลผู้ป่วยจึงตกอยู่ที่สมาชิกในครอบครัวนั้น ๆ โดยผู้ดูแลมักจะเป็นญาติที่สนิทและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ การเงิน และการวางแผนตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกับปัญหาส่วนตัวของผู้ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพ การบริหารจัดการเวลา สูญเสียหน้าที่การทำงาน ปัญหาด้านการเงินเศรษฐกิจ และปัญหาความสัมพันธ์กับครอบครัว นำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (caregiver burden) เกิดภาวะหมดไฟ (caregiver burn-out) ตามมา ผู้ป่วยจึงมีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง เพิกเฉย หรือถูกทำร้ายได้⁴

เคยมีการศึกษาโดยการติดตามความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่โรงพยาบาล พบว่ามีความชุกของความเหนื่อยล้าในระดับสูงมากถึงร้อยละ 46.0 และเมื่อติดตามไปที่ 1 3 และ 12 เดือนพบว่าความเหนื่อยล้าลดลงเป็นร้อยละ 50.0 36.0 และ 26.0 ตามลำดับ⁵ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังกระดูกหัก ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัด อายุของผู้ป่วย

และผู้ดูแล คะแนนความปวด ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายและการมีสมาชิกในครอบครัวพลัดเวรดูแล ซึ่งความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลจะลดลงหากได้รับการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เนื่องจากโรงพยาบาลเลิดสินเป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิของกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเป็นเลิศด้านศัลยกรรมกระดูก มีผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักในความดูแลจำนวนมากและมีโครงการที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างดี การทราบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักจึงมีประโยชน์ต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโครงการ นำไปสู่การแก้ไขเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและพัฒนาเชิงระบบร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ช่วยลดความกดดันและตึงเครียดของผู้ดูแล เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยทำให้อาการดีขึ้นในทุกมิติต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

วัตถุประสงค์รอง เพื่อศึกษาคะแนนภาระการดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน (Zarit Burden interview) ฉบับภาษาไทย 22 ข้อ ในผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytical study) โดยใช้แบบสอบถาม Zarit burden interview 22 ข้อของ Steven H. Zarit, Judy M. Zarit แปลภาษาไทยโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha 0.92)⁶ และผ่านการขออนุญาตใช้เครื่องมือจาก Mapi Research Trust

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 เลขที่ LH651020

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับการรักษากระดูกข้อสะโพกหักภายในโรงพยาบาลเลิดสิน และส่งตัวกลับ

ไปรักษาต่อที่บ้าน ตามรหัส ICD10 S72 ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเมษายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่

1. อายุระหว่าง 18-75 ปี
2. พักอาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคกระดูกข้อสะโพกหัก และได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเลิดสิน ตั้งแต่มกราคม พ.ศ. 2563 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2565

3. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

4. สามารถอ่าน สื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดเลือกออก ได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือที่อยู่ในประเภทลูกจ้างหรือผู้ถูกจ้าง
2. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 เดือน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยอ้างอิงจากสูตรคำนวณของ Green SB.7 ขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุด คือ 115 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือแบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทย 22 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ SPSS Version 25 ด้วยเทคนิค Kolmogorov-Smirnov test (K-S test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มแบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) ที่ 95% confidence interval

ผลการศึกษา

คัดเลือกผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกข้อสะโพกหัก รักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน และมีรายชื่อเข้าระบบเยี่ยมบ้าน ตั้งแต่มกราคม 2563 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 216 คน คัดเลือกผู้ดูแลเข้างานวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าและไม่ตรงกับเกณฑ์คัดเลือกออก จำนวน 118 คน แบบสอบถามทุกฉบับสมบูรณ์

สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล ดังแผนภูมิที่ 1

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 79.01 ± 8.56 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.9 การศึกษาสูงสุดระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.8 กระดูกหักข้างซ้ายร้อยละ 48.3 ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลร้อยละ 41.5 และความปวดอยู่ในระดับต่ำ 0-3 คะแนนร้อยละ 79.6

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 55.95 ± 10.59 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.7 การศึกษาสูงสุดระดับชั้นปริญญาตรีร้อยละ 45.8 มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 62.7 ระยะเวลาในการดูแล 3-12 เดือนร้อยละ 62.7 มีผู้ป่วยในความดูแลคนเดียวร้อยละ 86.4 ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายร้อยละ 74.6 และมีสมาชิกในบ้านช่วยผลิตเวรดูแลผู้ป่วยร้อยละ 78.0 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแลในตารางที่ 1

แบบสอบถามคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Zarit burden interview) ฉบับภาษาไทย 22 ข้อ มีคะแนนเต็ม 88 คะแนน ใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver burden) แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ

0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล
21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในระดับน้อย

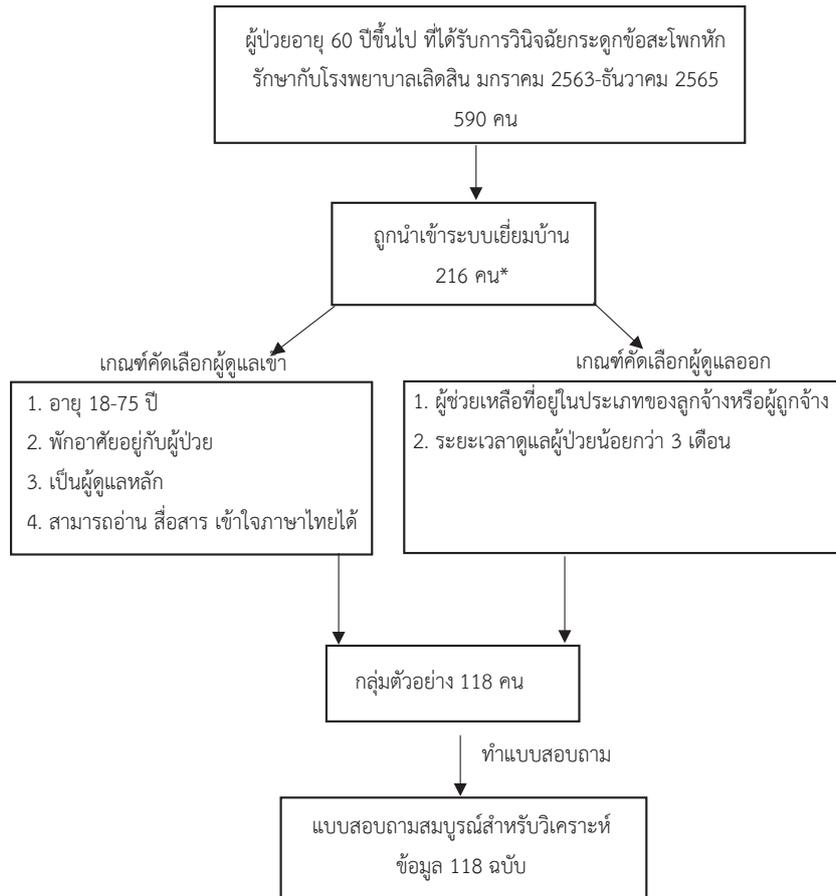
41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในระดับปานกลาง

61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในระดับมาก

พบว่าในกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนอยู่ในระดับไม่เหนื่อยล้า ร้อยละ 62.7 ระดับน้อยร้อยละ 26.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 7.6 และระดับมากร้อยละ 3.4 เฉลี่ย 18.49 ± 17.04 คะแนน

จากการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองอยู่ในกลุ่มพึ่งพา และคะแนนความปวดที่มากกว่า 3 คะแนน ส่วนปัจจัยอายุ เพศ ระดับการศึกษา และบริเวณกระดูกข้อสะโพกหัก ไม่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ดังตารางที่ 2

ปัจจัยของผู้ดูแลที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งส่วนมากเป็นบุตรของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



แผนภูมิที่ 1. แนวทางการดำเนินวิจัย

*ผู้ป่วยที่ถูกนำเข้ารระบบเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยที่พักอาศัยในเขตจตุจักร สวนหลวง ดินแดง อนุบุรี บางคอแหลม สาทร ยานนาวา คลองสาน ราชเทวี พญาไท ปทุมวัน และบางรัก จังหวัดกรุงเทพฯ

ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากกว่า 1 คน การมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และการไม่มีสมาชิกในบ้านผลัดเวรดูแลผู้ป่วย ส่วนปัจจัยอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์และระยะเวลาในการดูแลไม่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional analytical study) โดยการใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่น้อยและต้องพึ่งพาผู้ดูแล การคุมอาการปวดได้ไม่ดี จำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากกว่า 1 คน การมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และการไม่มีสมาชิกในบ้านผลัดเวรดูแล

ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao และ Zhou ที่พบว่าระดับการช่วยเหลือตนเอง คะแนนความปวด และปัญหาด้านค่าใช้จ่ายมีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล⁸ Diameta และคณะพบว่าระดับการช่วยเหลือตนเองและปัญหาการเงินมีผล⁹ ขณะที่การศึกษาของ Li และคณะ พบว่าปัญหาการเงินมีผลต่อความเหนื่อยล้า¹⁰ ส่วน Souza และคณะ พบว่าการไม่มีสมาชิกในบ้านช่วยผลัดเวรดกันดูแลผู้ป่วยมีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล¹¹

การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม (holistic care) เป็นหลักการสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน¹² ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในงานวิจัยนี้จึงอภิปรายเป็นมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

ตัวแปร	ผู้ป่วย n=118 (ร้อยละ)	ผู้ดูแล n=118 (ร้อยละ)
อายุ	79.01 (±8.56)	55.95 (±10.59)
เพศ		
ชาย	32 (27.1)	31 (27.3)
หญิง	86 (72.9)	87 (73.7)
การศึกษา		
ประถมศึกษา	54 (45.8)	10 (8.5)
มัธยมศึกษา	18 (15.3)	30 (25.4)
อนุปริญญา	8 (6.8)	16 (13.6)
ปริญญาตรี	12 (10.2)	54 (45.8)
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	8 (6.8)
ไม่ได้เรียน	17 (14.4)	0 (0.0)
ไม่ทราบ	9 (7.6)	0 (0.0)
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล	N/A	
สามี/ภรรยา		13 (11.0)
บุตร		74 (62.7)
พี่น้อง		14 (11.9)
หลาน		9 (7.6)
อื่น ๆ		8 (6.8)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	N/A	
3-12 เดือน		55 (62.7)
1-2 ปี		33 (28.1)
มากกว่า 2 ปี		30 (25.3)
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล	N/A	
1 คน		102 (86.4)
2 คน		15 (12.7)
มากกว่า 2 คน		1 (0.8)
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย	N/A	
ไม่มีปัญหา		88 (74.6)
มีปัญหาเล็กน้อย		21 (17.8)
มีปัญหามาก		9 (7.6)
มีสมาชิกในบ้านพลัดเวรดูแลผู้ป่วย	N/A	
ใช่		92 (78.0)
ไม่ใช่		26 (22.0)
บริเวณที่หัก		N/A
ชาย	57 (48.3)	
ขวา	51 (43.2)	
ทั้ง 2 ข้าง	10 (8.5)	
ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง		N/A
ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด	30 (25.4)	
พึ่งพาผู้ดูแลบางส่วน	39 (33.1)	
ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล	49 (41.5)	
คะแนนความปวด		N/A
0-3 คะแนน	94 (79.6)	
4-6 คะแนน	10 (8.5)	
มากกว่า 7 คะแนน	14 (11.9)	

NA, not available

มิติด้านร่างกาย ภาวะขาดสารอาหารและมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับการช่วยเหลือตนเองลดลงและเกิดภาวะฟุ้งพา^{13,14} ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน โปรตีน แร่ธาตุและวิตามินอย่างเพียงพอตามหลักโภชนบำบัด ร่วมกับเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม^{15,16} เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้าสถานพักฟื้น อัตราการเสียชีวิต¹⁷ และลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลโรงพยาบาลควรมีนักกำหนดอาหารและนักกายภาพบำบัดเข้ามาเป็นหนึ่งในสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วย

การควบคุมอาการปวดไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เรียกว่าผู้ดูแลมากขึ้น และก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ดูแลได้ การควบคุมอาการปวดด้วยวิธีการปรับยาแก้ปวด ทำให้ลดอาการเพื่อลดปวด¹⁸ รวมถึงการดูแลเยียวยาทางจิตใจเพื่อลดอาการปวดที่มาจากจิตใจจึงมีความสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ควรเฝ้าระวังและให้การรักษาภาวะปวดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอย่างเหมาะสม

มิติด้านจิตใจ มีข้อมูลว่าหากผู้ดูแลเป็นคนไม่ยึดหยุ่นจะส่งผลโดยตรงต่อความเหนื่อยล้า บุคลากรทางการแพทย์จึงควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹⁹ เพิ่มคุณค่าในตนเอง และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจตามมาหลังดูแลผู้ป่วย²⁰

มิติด้านสังคม การดูแลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีภาวะฟุ้งฟิงติดเตียงมีค่าใช้จ่ายมากกว่าดูแลผู้สูงอายุทั่วไป เช่น ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง เวชภัณฑ์ที่จำเป็น และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ²¹ ทำให้ผู้ดูแลประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกิดความเครียดและเหนื่อยล้าตามมา ดังนั้นสวัสดิการสังคม เช่น สิทธิผู้พิการและกองทุนช่วยเหลือต่าง ๆ จึงมีความสำคัญในการลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล นักสังคมสงเคราะห์มีส่วนร่วมสำคัญในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้รับ

จำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากกว่า 1 คน และการไม่มีสมาชิกในบ้านพลัดเวรดูแลผู้ป่วย ทำให้ระยะเวลาในการดูแลยาวนานเกินไปจนเกิดความเครียดต่อผู้ดูแล ควรเสริมทักษะให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพื่อให้ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยลดลง แนวทางการจัดการอารมณ์ตนเองเมื่อ

ตารางที่ 2. ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

ตัวแปร	ZBI 0-20	ZBI 21-40	ZBI 41-60	ZBI 61-88	p-value
อายุ	77.85±8.88	80.74±7.55	83.89±7.77	76.25±7.81	> 0.05
เพศ					> 0.05
ชาย	19 (25.7)	8 (25.8)	5 (55.6)	0 (0.0)	
หญิง	55 (74.3)	23 (74.2)	4 (44.4)	4 (100.0)	
การศึกษา					> 0.05
ประถมศึกษา	32 (43.2)	13 (41.9)	6 (66.7)	3 (75.0)	
มัธยมศึกษา	9 (12.2)	8 (25.8)	0 (0.0)	1 (25.0)	
อนุปริญญา	4 (5.4)	4 (12.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปริญญาตรี	8 (10.8)	2 (6.5)	2 (22.2)	0 (0.0)	
ไม่ได้เรียน	14 (18.9)	3 (9.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ไม่ทราบ	7 (9.5)	1 (3.2)	1 (11.1)	0 (0.0)	
บริเวณที่หัก					> 0.05
ซ้าย	35 (47.3)	16 (51.6)	3 (33.3)	3 (75.0)	
ขวา	34 (45.9)	10 (32.3)	6 (66.7)	1 (25.0)	
ทั้ง 2 ข้าง	5 (6.8)	5 (16.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง					< 0.05
ไม่ต้องพึ่งพา	42 (56.8)	6 (19.4)	1 (11.1)	0 (0.0)	
อื่น ๆ	32 (43.3)	25 (80.6)	8 (88.8)	4 (100.0)	
คะแนนความปวด					< 0.05
0-3	67 (90.5)	23 (74.2)	4 (44.4)	0 (0.0)	
มากกว่า 3	7 (9.5)	8 (25.8)	5 (55.5)	4 (100.0)	

เกิดความเครียด นำผู้ป่วยและครอบครัวเข้าระบบเยี่ยมบ้านติดตามต่อเนื่อง ประสานหน่วยงานสาธารณสุขระดับชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน นักบริบาลชุมชน และเพื่อนบ้านบริเวณใกล้เคียง ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลมีหลายสาเหตุ จำเป็นต้องอาศัยการร่วมมือกันของทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล และระบบการดูแลต่อเนื่องทั้งจากโรงพยาบาลและการประสานส่งต่อกับชุมชนและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีความสุข เข้มแข็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือมีจำนวนประชากรมากเพียงพอ มีระบบเยี่ยมบ้านที่เก็บข้อมูลครบถ้วนและต่อเนื่อง จึงได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยอาจมีโรคร่วมอื่น ๆ เช่น สมองเสื่อม หลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับการดูแลตนเอง ทำให้เป็นตัวกวนในการเพิ่มภาระการดูแล

ของคนในครอบครัว ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลน้อย ความเหนื่อยล้าเป็นความเห็นในเชิงอัตวิสัย (subjective) ที่แปลผลแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเป็นการศึกษาเฉพาะในเขตเมืองหลวง หากศึกษาในภูมิภาคอาจได้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลควรมีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก และมีระบบการประสานส่งต่อกับทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม
2. หากต่อยอดงานวิจัย การศึกษาแบบ continuous comparative จะเพิ่มความน่าเชื่อถือในงานวิจัยมากขึ้น เนื่องจากการเก็บข้อมูลแบบ cross-sectional จะมีผู้ดูแลบางส่วนที่มีความเหนื่อยล้าแต่สามารถจัดการได้ ทำให้คะแนนความเหนื่อยล้าในภาพรวมออกมาน้อยขณะเก็บข้อมูล

ตารางที่ 3. ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

ตัวแปร	ZBI 0-20	ZBI 21-40	ZBI 41-60	ZBI 61-88	p-value
อายุ	53.99±10.94	59.48±9.24	60.78±8.07	54.00±11.52	> 0.05
เพศ					> 0.05
ชาย	21 (28.4)	9 (29.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	
หญิง	53 (71.6)	22 (71.0)	8 (88.9)	4 (100.0)	
การศึกษา					> 0.05
ประถมศึกษา	5 (6.8)	4 (12.9)	0 (0.0)	1 (25.0)	
มัธยมศึกษา	23 (31.1)	3 (9.7)	4 (44.4)	0 (0.0)	
อนุปริญญา	10 (13.5)	6 (19.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปริญญาตรี	32 (43.2)	15 (48.4)	4 (44.4)	3 (75.0)	
สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	0 (0.0)	
ไม่ได้เรียน	4 (5.4)	3 (9.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					> 0.05
สามี/ภรรยา	8 (10.8)	3 (9.7)	2 (22.2)	0 (0.0)	
บุตร	43 (58.1)	21 (67.7)	6 (66.7)	4 (100.0)	
พี่น้อง	9 (12.2)	5 (16.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	
หลาน	9 (12.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
อื่น ๆ	5 (6.8)	2 (6.5)	1 (11.1)	0 (0.0)	
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย					> 0.05
3-12 เดือน	37 (50.0)	12 (38.7)	3 (33.3)	3 (75.0)	
1-2 ปี	17 (23.0)	11 (35.5)	4 (44.4)	1 (25.0)	
มากกว่า 2 ปี	20 (27.0)	8 (25.8)	2 (22.2)	0 (0.0)	
จำนวนผู้ป่วยที่ดูแล					< 0.05
1 คน	68 (91.9)	26 (83.9)	6 (66.7)	2 (50.0)	
มากกว่า 1 คน	6 (8.1)	5 (16.1)	3 (33.3)	2 (50.0)	
ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย					< 0.05
ไม่มีปัญหา	68 (91.9)	16 (51.6)	3 (33.3)	1 (25.0)	
มีปัญหา	6 (8.1)	15 (48.4)	6 (66.6)	3 (75.0)	
มีสมาชิกผลัดเวรดูแลผู้ป่วย					< 0.05
ใช่	64 (86.5)	22 (71.0)	4 (44.4)	2 (50.0)	
ไม่ใช่	10 (13.5)	9 (29.0)	5 (55.6)	2 (50.0)	

3. แนะนำศึกษาต่อยอดถึงสาเหตุของกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีภาวะเหนื่อยล้าแม้จะมีปัจจัยเสี่ยง เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เหมาะสมก่อนกลับบ้าน พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและฟื้นฟู รวมถึงระบบเยี่ยมบ้าน เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

ระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพาผู้ดูแล การคุมอาการปวดได้ไม่ดี จำนวนผู้ป่วยในความดูแลมากกว่า 1 คน การมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย และการไม่มีสมาชิกในบ้านผลัดเวรดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากทีมดูแลรักษาพบว่าผู้ดูแลของผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและเสริมศักยภาพของผู้ดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ให้การดูแลทางจิตใจอย่างเหมาะสม และมีระบบติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สมสิทธิ์ ชุมนทร์ศรี คณาจารย์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเลิดสินที่เกี่ยวข้อง และผู้แปลแบบสอบถาม Zarit burden interview ภาษาไทย 22 ข้อที่นำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- พัชรพร ตาใจ, บุญญภัคดิ์ เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ : บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเทียมน. 2563;26:116-28.
- จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของคหที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2562; 38:39-49.
- Haddad BI, Abu Ali M Jamos D, Alnaser I, Qambar O, et al. Quality of life after hip fracture surgery in the elderly: a cross sectional study. Cureus. 2024; 16:52631.
- วังนา ลีลาพัฒนา, สายพิณ หัตถิรัตน์. เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว (Working with caregiver burnout) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer23/article_4
- Ariza-Vega P, Ortiz-Piña M, Kristensen MT, Castellote-Caballero Y, Jiménez-Moleón JJ. High perceived caregiver burden for relatives of patients following hip fracture surgery. Disabil Rehabil. 2019;41:311-8.
- ชญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2554;1:62-75.
- Green S. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res. 1991;26: 499-510.
- Xiao P, Zhou Y. Factors associated with the burden of family caregivers of elderly patients with femoral neck fracture: a cross-sectional study. J Orthop Surg Res. 2020;15:234. PubMed PMID: 32576212
- Diameta E, Adandom I, Jumbo SU, Nwankwo HC, Obi PC, Kalu ME. The burden experience of formal and informal caregivers of older adults with hip fracture in Nigeria. SAGE Open Nurs. 2018;4:1-10.
- Li C, Miao J, Gao X, Zheng L, Su X, Hui H, et al. Factors associated with caregiver burden in primary caregivers of patients with adolescent scoliosis: a descriptive cross-sectional study. Med Sci Monit. 2018;24:6472-9.
- Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, Nogueira DJ, Barbosa MA. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 2017;17:353. PubMed PMID: 29070012
- พัฒนศรี ศรีสุวรรณ. หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับเวชปฏิบัติ. ใน: พัฒนศรี ศรีสุวรรณ, อุษา ตันติแพทย์กฤษ, ดุสิต จันทยานนท์, บุญเต็ม แสงดิษฐ์, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. 2564. หน้า 4-5.
- Ramírez-García E, García de la Torre GS, Rodríguez Reyes EJ, Moreno-Tamayo K, Espinel-Bermudez MC, Sánchez-García S. Factors associated with recovered functionality after hip fracture in non-institutionalized older adults: A case-control study nested in a cohort. Clin Interv Aging. 2021;16:1515-25.
- García Lázaro M, Montero Pérez-Barquero M, Carpintero Benítez P. The role of malnutrition and other medical factors in the evolution of patients with hip fracture. An Med Interna. 2004;21:557-63.
- ปณิตา ลิ้มปะพัฒนะ. ภาวะเปราะบางและภาวะมวลงล้มหมอน้อย. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียนหอม, นิตกุล ทองนวม, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาอาการสูงวัย (Geriatric syndromes). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560. หน้า 39-51.
- Rom O, Kaisari S, Aizenbud D, Reznick AZ. Lifestyle and sarcopenia-etiology, prevention, and treatment. Rambam Maimonides Med J. 2012;3(4):e0024. PubMed PMID: 23908848
- Steihaug OM, Gjesdal CG, Bogen B, Kristoffersen MH, Hufthammer O, Ranhoff AH. Does sarcopenia predict change in mobility after hip fracture? a multicenter observational study with one-year follow-up. BMC Geriatrics. 2018;18:65. PubMed PMID: 29506481
- Min K, Beom J, Kim BR, Lee SY, Lee GJ, Lee JH, et al. Clinical practice guideline for postoperative rehabilitation in older patients with hip fractures. Ann Rehabil Med. 2021;45:225-59.
- Tan KP, Ang JK, Koh EBY, Pang NTP, Mat Saher Z. Relationship of Psychological Flexibility and Mindfulness to Caregiver Burden, and Depressive and Anxiety Symptoms in Caregivers of People with Dementia. Int J Environ Res Public Health. 2023;20: 4232. PubMed PMID: 36901243
- Van de Ree CLP, Ploegsma K, Kanters TA, Roukema van de Ree CLP, Ploegsma K, Kanters TA, et al. Care-related quality of life of informal caregivers of the elderly after a hip fracture. J Patient Rep Outcomes. 2017;2:23. PubMed PMID: 29757312
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชระคุปต์. ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลและค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว. ใน: วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, ยศ วัชระคุปต์, บรรณาธิการ. ระบบประกันการดูแลระยะยาว : ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย; 2560. หน้า 39-50.