

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ

เรณูกา จันทรเพ็ญ, พ.บ.,¹ พรเทพ อมรฤทธิวิช, พ.บ., วว.อนุสาชาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด²¹กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว, ²หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

เรณูกา จันทรเพ็ญ, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลตำรวจ 492/1
ถ.พระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
10330, ประเทศไทย
Email: Renuga.re@gmail.
com

Received: October 1, 2024;

Revised: November 15, 2024;

Accepted: January 27, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้มีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจำนวนเพิ่มขึ้น นำไปสู่ภาระผู้ดูแล (caregiver burden) การศึกษานี้ต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่า 1 เดือน ที่เข้ามารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน เมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 70 คน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียง ร่วมกับแบบสอบถามแบบวัดภาระผู้ดูแล ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติกส์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไม่น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา: ความชุกของภาระผู้ดูแลร้อยละ 21.40 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ คือ การทำแผลกดทับของผู้ป่วย (adjusted odd ratio (OR) = 6.13, p = 0.017) และอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้สูงอายุติดเตียง (adjusted OR = 6.99, p = 0.032)

สรุป : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ คือ การทำแผลกดทับของผู้ป่วย และอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ควรใส่ใจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

คำสำคัญ: ภาระผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ติดเตียง

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Related to Burden of Caregivers for Bed-Bound Elderly in Police General Hospital

Renuga Junpen, M.D.,¹ Porntep Amornritvanich, M.D. Diplomate, Thai Board of Cardiology²

¹Department of Family Medicine, ²Cardiovascular Unit, Department of Internal Medicine, Police General Hospital, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Renuga Junpen, M.D.,
Department of Family Medicine
Police General Hospital
492/1 Rama I Rd, Pathum
Wan, Bangkok 10330, Thailand
Email: Renuga.re@gmail.com

Received: October 1, 2024

Revised: November 15, 2024;

Accepted: January 27, 2025

ABSTRACT

Background: In 2023, Thailand became a complete-aged society. This increase in the elderly bed-bound, has led to caregiver burden. This study aimed to find the prevalence and factors related to the burden of caregivers for the elderly bed-bound in Police General Hospital.

Design: A cross-sectional study collected data from 70 caregivers, aged 18 years or older, for elderly bed-bound patients over 60 years old for more than one month in the Outpatient Department at the Police General Hospital from April-August 2024.

Methods: The questionnaire consisted of three parts, including general information about the caregiver and their elderly bedbound, plus the Thai Zarit caregiver burden interview. Multivariable logistic regression analysis was used to examine factors related to the burden of caregivers for the elderly bed-bound in Police General Hospital at a significance level of 0.05.

Results: The prevalence of caregiver burden was 21.40%. Factors related to the burden of caregivers for the elderly bed-bound in Police General Hospital were dressing pressure sore (adjusted odd ratio (OR) = 6.13, $p = 0.017$) and Sadness of the elderly bed-bound (adjusted OR = 6.99, $p = 0.032$).

Conclusions: Factors related to the burden of caregivers for the elderly bed-bound in Police General Hospital were dressing pressure sores and sadness of the elderly bed-bound. Medical professionals should be aware of caregivers who have risk factors as above to prevent caregiver burden and improve the quality of life of caregivers and the elderly bed-bound.

Keywords: burden of caregivers, elderly, bed-bound

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20.00 ของประชากรโลกทั้งหมด¹ สำหรับประเทศไทยในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งประเทศ¹ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คนต่อปี) ซึ่งตามคาดการณ์ประมาณประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศไทย ซึ่งถือว่ามีส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงมากกว่าร้อยละ 20.00 หรือเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์²

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงวัย ส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจ การทำงาน³ และการศึกษาของประเทศและที่สำคัญ คือ ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (elderly bedridden)⁴ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในเรื่องการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานอื่น ๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่⁵

การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยดัชนีบาร์เธล-เอดีแอล (Barthel ADL index) แบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ADL ตั้งแต่ 12) กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ADL 5-11 คะแนน) และกลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง คือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (ADL 0-4 คะแนน)⁶ จากรายงานการ

ประเมินและคัดกรองสุขภาพจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 72.42 ติดบ้านร้อยละ 1.91 และติดเตียง ร้อยละ 0.46 ยังไม่ได้คัดกรอง ร้อยละ 25.21⁷

ผู้ดูแลหมายถึงบุคคลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านกิจกรรมต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ใช่คนในครอบครัวก็ได้⁸⁻¹⁰ สำหรับประเทศไทยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความผูกพันทางเครือญาติกับผู้ป่วย⁸⁻¹¹ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาระดูแลสูง ต้องการผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยอาจแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (basic activities of daily living; bADLs) และกิจวัตรประจำวันโดยใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL; iADLs) 2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เช่น การให้ยารักษาอาการ การปรับตัวกับปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ การให้การพยาบาลอาทิเช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ 3) การจัดการดูแลทั่วไป เช่น การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุ 4) การให้การดูแลในมิติที่จับต้องไม่ได้ เช่น การให้ความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัย บทบาทของผู้ดูแลแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ขึ้นกับปัจจัยด้านผู้สูงอายุเองและด้านผู้ดูแล ส่งผลให้บทบาทของผู้ดูแลมีความยากง่ายต่างกัน¹²

สุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักเพราะหากผู้ดูแลเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จนเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้นเรื่อย ๆ และในที่สุดย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เช่น ภาวะเครียดเรื้อรัง อาการซึมเศร้า การขาดการดูแลโรคประจำตัวของตัวเอง เมื่อปล่อยเวลาให้ผ่านไปความเหนื่อยล้าอาจสะสมจนเกินกำลัง จนเกิดภาวะหมดไฟ (burnout) และไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป

ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) เป็นภาวะที่ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคมและการเงิน ส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ มักมีภาวะทุพพลภาพด้านร่างกายและ/หรือด้านจิตใจ จนต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและจะพบมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีความสมบูรณ์แบบมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วยที่นอนติดเตียง และผู้ป่วยโรคมะเร็ง¹²

จากข้อมูลที่กำลังข้างต้นในปี พ.ศ. 2566 นี้ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาระการดูแลสูงทำให้ผู้ดูแลเสี่ยงต่อภาระของผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งหากไม่ได้รับการคัดกรองและแก้ไขย่อมส่งผลเสียต่อผู้ดูแลในทุกมิติ และสุดท้ายย่อมส่งผลร้ายต่อผู้สูงอายุติดเตียงเองที่จะขาดผู้ดูแลไปในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในผู้ป่วยประเทศไทยมีน้อย โดยพบการศึกษาภาระของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยพิการทางการมองเห็น ซึ่งแต่ละงานวิจัยทำการศึกษาในปัจจัยที่แตกต่างกัน ได้ผลลัพธ์แตกต่างกันออกไป ส่วนภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในประเทศไทยมีการศึกษาน้อยมาก พบการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพียง 4 งานวิจัย^{11, 13-15} ซึ่งทำในบริบทของต่างจังหวัด 4 พื้นที่ (อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่, อ.บ้านโฮ้ง จ.ลำพูน, อ.เมือง จ.มหาสารคาม และ อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี) ยังไม่พบการศึกษาในโรงพยาบาลในเมือง เช่น กรุงเทพฯ โดยเฉพาะโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะคือ 1) เป็นสถาบันการแพทย์ตำรวจขึ้นตรงกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ 2) เป็นโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิ มีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยได้ 650 เตียง 3) ให้การรักษาพยาบาลข้าราชการตำรวจ บุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่¹⁶ ดังสถิติการให้บริการผู้ป่วยนอกเดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งพบประเภผู้ป่วยนอกที่เป็นข้าราชการ

ตำรวจและครอบครัวตำรวจถึง 1 ใน 2.5 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด¹⁷ อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยนอกเดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2559 แยกตามสิทธิการรักษา พบใช้สิทธิกรมบัญชีกลาง 1 ใน 2.4 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด¹⁸ ในขณะที่การจำแนกสิทธิหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย¹⁹ เดือนพฤศจิกายน ปี พ.ศ. 2567 พบสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเพียง 5.385 ล้านคน (ร้อยละ 8.02) จากจำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ 67.153 ล้านคน ซึ่งจากลักษณะเฉพาะข้างต้นคาดว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงโรงพยาบาลตำรวจเป็นกลุ่มประชากรที่จำเพาะพิเศษ เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายและมีคุณภาพสูง อีกทั้งมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ และความมั่งคั่ง สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วไป ในการศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล เพื่อส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่น้อยกว่า 1 เดือน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือน เมษายน-สิงหาคม พ.ศ. 2567 งานวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ (เลขที่โครงการวิจัย วจ22/2567) มีการประชาสัมพันธ์โครงการถึงผู้มารับบริการโดยพยาบาลประจำคลินิก การคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าสัดส่วน (estimating an infinite population proportion)¹¹ และได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน (non response rate) ร้อยละ 10.00 จากการคำนวณโดยใช้สูตรปรับ ตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยติดเตียง
3. ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
4. ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอลไม่เกิน 4 คะแนน
5. ระยะเวลาเริ่มดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 1 เดือน

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. ผู้ที่มีคะแนนแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอลไม่เกิน 4 คะแนนที่อยู่ในระยะ intermediate care
3. ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคทางจิตเวช โรคพิษสุราเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพประจำ รายได้ผู้ดูแลต่อเดือน สถานภาพทางการเงิน (self report) โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาเฉลี่ยที่เริ่มดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่เพื่อดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน มีบุคคลอื่นที่อยู่ภายใต้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ได้นอนต่อวัน อาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วย
2. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยนอนติดเตียง โรคประจำตัวอื่น ๆ โรคที่เป็นสาเหตุของการติดเตียง หัตถการที่ต้องทำในแต่ละวัน (self report จากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยเป็นหัตถการที่ผู้ดูแลต้องทำในแต่ละวัน ไม่แยกความถี่หรือระดับความยากในแต่ละหัตถการ ดังนี้ ให้อาหารทางสายยาง การพลิกตัว การดูดเสมหะทางปาก การดูแลสายสวนปัสสาวะ และการทำแผลกดทับ) อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย (self report จากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยเป็นอาการที่ผู้ดูแลพบระหว่างดูแลผู้สูงอายุ โดยคำถามปลายปิดมีอาการหรือไม่ โดยไม่แยกระดับความรุนแรง

ดังนี้ หลงลืม (memory problem) ภาวะสับสน (delirium) การใช้ภาษาผิดปกติ (abnormal language) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (agitation) ก้าวร้าวรุนแรง (aggressive) เศร้าเสียใจ (sadness) นอนหลับยาก (insomnia) ซึ่งผู้สอบถามจะอธิบายความหมายของอาการต่าง ๆ ตามนิยามทางการแพทย์ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้นทำการประเมินผู้ป่วย ซึ่งแต่ละอาการของผู้ป่วยนิยามดังนี้

1) หลงลืม: มีปัญหาความจำล่าสุด (recent memory) เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว หรือมีปัญหาความจำระยะยาว (long term memory) เช่น จำอดีตชีวิตประวัติตัวเองไม่ได้ อ้างอิงตามนิยามของ dementia

2) สับสน: ตาม confusion and assessment method ดังนี้ ระดับสมาธิ เปลี่ยนแปลงไปฉับพลันและขึ้น ๆ ลง ๆ ร่วมกับการคิดที่กระจัดกระจายหรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป

3) การใช้ภาษาผิดปกติ: มีปัญหาในเรื่องความสามารถในการพูด (expressive language) การรับฟัง (receptive language) การใช้ไวยากรณ์และคำเชื่อมอย่างถูกต้อง (grammar and syntax) และความเข้าใจภาษา (comprehension) ตัวอย่างเช่น นึกคำหรือชื่อไม่ออก อ้างอิงตามนิยามของ dementia

4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย: อาการอยู่ไม่เป็นสุขที่แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ การไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติมีอาการระแวงระว่างมากกว่าปกติ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ง่ายกว่าปกติ อ้างอิงตามนิยามของจิตเวชศาสตร์

5) ก้าวร้าวรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย ก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง เช่น ทำร้ายตัวเองรุนแรง ดึงผม โขกศีรษะ เป็นต้น ก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก เช่น หยาบคาย คุกคาม เตะผู้อื่น และก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน เช่น ขว้างปาสิ่งของ อ้างอิงตามนิยามของ Overt Aggression Scale for objective rating of verbal and physical aggression (OAS)

6) เศร้าเสียใจ: อ้างอิงตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q นั่นคือ (1) หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือ (2) เบื่อ ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน

7) นอนหลับยาก: ผู้ป่วยมีการใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการนอน

3. แบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทย ของชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ²⁰ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 โดยแบบวัดภาระในการดูแลฉบับภาษาไทยดังกล่าวพัฒนามาจาก Zarit burden interview (ZBI) ที่ใช้ในการวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ยอมรับเป็นสากลทั่วโลก โดยคะแนนรวมจะมีช่วงระหว่าง 0-88 คะแนน ถ้าคะแนนรวม ≤ 20 แปลว่าไม่มีภาระผู้ดูแล ถ้าคะแนนรวม > 20 แปลว่ามีภาระผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงวิเคราะห์และนำเสนอด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดย ตัวแปรต่อเนื่อง รายงานด้วย mean, median และ SD ตัวแปรกลุ่ม รายงานด้วย proportion

2. ความชุกของภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง รายงานด้วย สัดส่วน (proportion) หรือ ร้อยละ (percent)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ วิเคราะห์และนำเสนอความแตกต่างของข้อมูล 2 กลุ่มโดยใช้ univariable logistic regression โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล (เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน การอาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืน มีบุคคลอื่นที่อยู่ภายใต้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ได้นอนต่อวัน อาการปวดเมื่อย การจ้างผู้ดูแล) ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียง (เพศ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระยะเวลาที่ติดเตียง โรคประจำตัว สาเหตุที่ติดเตียง หัตถการที่ต้องทำในแต่ละวัน อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย) โดยปัจจัยที่มีความแตกต่างใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) และปัจจัยที่มีความสำคัญทางคลินิกจะนำไปคำนวณค่าขนาดอิทธิพลที่ส่งผลต่อภาระผู้ดูแลโดยใช้ multivariable logistic regression analysis

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA version 15 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและภาระผู้ดูแล

ผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 70 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.86 อายุของผู้ดูแลเฉลี่ย 50.67 ± 15.12 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพร้อยละ 83.00 ผู้ดูแลมีค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 20,000 บาท มีปัญหาการเงินร้อยละ 18.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.57 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 42.86 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานเฉลี่ย 2 ปี ระยะเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวันส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีการอาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืน ส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลอื่นที่อยู่ภายใต้การดูแล จำนวนชั่วโมงที่ได้นอนต่อวัน 6.46 ± 1.80 ชั่วโมง ส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วย โดยครึ่งหนึ่งมีการจ้างผู้ดูแล ดังแสดงในตารางที่ 1

พบความชุกของภาระผู้ดูแลร้อยละ 21.40 แบ่งเป็นระดับน้อยถึงปานกลางร้อยละ 17.14 ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 4.29 ระดับรุนแรงร้อยละ 0.00 และไม่พบภาระผู้ดูแลร้อยละ 78.57 ค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI score 12.69 ± 11.16

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงและภาระผู้ดูแล

ผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 70 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 79.24 ± 10.31 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสและมีระยะเวลาที่ติดเตียงมากกว่า 2 ปี โรคที่เป็นสาเหตุของการนอนติดเตียงส่วนใหญ่คือ cardiovascular disease ร้อยละ 37.14 ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการในแต่ละวันดังนี้ ให้อาหารทางสายยางร้อยละ 64.29 การพลิกตัวร้อยละ 57.00 การดูดเสมหะทางปากร้อยละ 41.43 การดูแลสายสวนปัสสาวะร้อยละ 40 การทำแผลกดทับร้อยละ 37.14 มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยติดเตียงมีอาการหลงลืม ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ

ไม่พบปัจจัยด้านผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลมีความแตกต่างของภาระผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบปัจจัยด้าน

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและภาระดูแลของผู้ดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=70	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=55) จำนวน (ร้อยละ)	มี (ZBI > 20) (n=15) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศหญิง	38 (82.86)	45 (81.82)	13 (86.67)	0.195 ^b
อายุ (ปี), mean±SD	50.67±15.12	51.6±15.03	47.27±15.47	0.329 ^a
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) mean±SD	30.20±39.90	31.59±44.93	25.13±4.91	0.582 ^a
สถานภาพ				0.659 ^b
โสด	25 (35.71)	18 (32.73)	7 (46.67)	
หย่าร้าง	2 (3.64)	2 (3.64)	0 (0.00)	
หม้าย	1 (1.43)	1 (1.82)	0 (0.00)	
สมรส	42 (60)	34 (61.82)	8 (53.33)	
ระดับการศึกษา				0.772 ^b
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (5.71)	2 (3.64)	2 (13.33)	
ประถมศึกษา	15 (21.43)	13 (23.64)	2 (13.33)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	10 (14.29)	8 (14.55)	2 (13.33)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (10.00)	6 (10.91)	1 (6.67)	
ปวช./ปวส.	7 (10.00)	6 (10.91)	1 (6.67)	
ปริญญาตรี	19 (27.14)	14 (25.45)	5 (33.33)	
สูงกว่าปริญญาตรี	8 (11.43)	6 (10.91)	2 (13.33)	
อาชีพ				0.749 ^b
รับจ้าง	9 (12.86)	7 (12.73)	2 (13.33)	
รับราชการ	15 (21.43)	12 (21.82)	3 (20.00)	
ธุรกิจส่วนตัว	8 (11.43)	5 (9.09)	3 (20.00)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (24.29)	13 (23.64)	4 (26.67)	
ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้าง	21 (30.00)	18 (32.73)	3 (20.00)	
รายได้ต่อเดือน, mean±SD	24,435.71±20,992.39	23,154.55±18,604.03	29,133.33±28,404.9	0.3318 ^a
สถานภาพทางการเงิน				0.446 ^b
ไม่มีปัญหา	52 (74.29)	42 (76.36)	10 (66.67)	
มีปัญหา	18 (25.71)	13 (23.64)	5 (33.33)	
โรคประจำตัว				0.467 ^b
ไม่มี	43 (61.43)	35 (63.64)	8 (53.33)	
มี	27 (38.57)	20 (36.36)	7 (46.67)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.485 ^b
สามีภรรยา	12 (17.14)	10 (18.18)	2 (13.33)	
บุตร	30 (42.86)	21 (38.18)	9 (60.00)	
หลาน	3 (4.29)	2 (3.64)	1 (6.67)	
พี่น้อง	4 (5.71)	4 (7.27)	0 (0.00)	
ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง	21 (30.00)	18 (32.73)	3 (20.00)	
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน				0.520 ^b
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง	38 (54.29)	30 (54.55)	8 (53.33)	
ตั้งแต่ 12-18 ชั่วโมง	4 (5.71)	4 (7.27)	0 (0.00)	
มากกว่า 18 ชั่วโมง	28 (40.00)	21 (38.18)	7 (46.67)	

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลและภาระดูแลของผู้ดูแล (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=70	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=55) จำนวน (ร้อยละ)	มี (ZBI > 20) (n=15) จำนวน (ร้อยละ)	
การอาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืน				0.190 ^b
ไม่มี	29 (41.43)	25 (45.45)	4 (26.67)	
มี	41 (58.57)	30 (54.55)	11 (73.33)	
มีบุคคลอื่นที่อยู่ภายใต้การดูแล				0.322 ^b
ไม่มี	54 (77.14)	41 (74.55)	13 (86.67)	
มี	16 (22.86)	14 (25.45)	2 (13.33)	
จำนวนชั่วโมงที่ได้นอนต่อวัน, mean±SD	6.46±1.80	6.47±1.78	6.40±1.92	
อาการปวดเมื่อยจากการดูแลผู้ป่วย				0.282 ^b
ไม่มี	22 (31.43)	19 (34.55)	3 (20.00)	
มี	48 (68.57)	36 (65.45)	12 (80.00)	
การจ้างผู้ดูแล				0.154 ^b
ไม่มี	35 (50.00)	25 (45.45)	10 (66.67)	
มี	35 (50.00)	30 (54.55)	5 (33.33)	

^aIndependent t-test; ^bPearson's chi-squared test; ZBI, Zarit burden interview

ผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลมีความแตกต่างของภาระผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำแผลกตหับ และผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าเสียใจ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

นำปัจจัยที่มีความแตกต่างใน 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) และปัจจัยที่มีความสำคัญทางคลินิกไปคำนวณค่าขนาดอิทธิพลที่ส่งผลต่อภาระผู้ดูแลโดยใช้ multivariable logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำแผลกตหับมีภาระผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ต้องได้รับการทำแผลกตหับ 6.13 เท่า ($p = 0.017$) และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าเสียใจมีภาระผู้ดูแลมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอารมณ์เศร้าเสียใจ 6.99 เท่า ($p = 0.032$) ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในโรงพยาบาลตำรวจ พบความชุกของภาระผู้ดูแลร้อยละ 21.40 ค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI 12.69 ± 11.16 คะแนน ความชุกที่ได้จากการศึกษานี้พบว่าต่ำกว่าการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลที่ผ่านมา^{11,13-15} ซึ่งพบความชุกของภาระผู้ดูแลร้อยละ 25.00-60.00 รายละเอียดดังนี้

การศึกษาของบุญญา อินไทย (2021) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสนป่าตอง จ.เชียงใหม่ จำนวน 136 คู่ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลร้อยละ 80.15 การศึกษาของสาริกข์ พรหมมาร์ตน์ (2016) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงใน อ.บ้านโฮ้ง จ.ลำพูน 66 ราย พบมีภาระดูแล 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.58 การศึกษาของไชย ยงค์ ลุนพิลา (2021) ในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขต อ.เมือง จ.มหาสารคาม จำนวน 40 คน พบภาระดูแลร้อยละ 72.50 การศึกษาของโอภาส

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุติดเตียงและภาระดูแลของผู้ดูแล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) N=70	ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล		p-value
		ไม่มี (ZBI ≤ 20) (n=55) จำนวน (ร้อยละ)	มี (ZBI > 20) (n=15) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศหญิง	42 (60)	33 (60)	9 (60)	1.000 ^b
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) mean±SD	23.54±4.20	23.18±4.44	24.88±2.86	0.165 ^a
สถานภาพ				0.304 ^b
โสด	4 (5.71)	4 (7.27)	0 (0.00)	
หย่าร้าง	2 (2.86)	1 (1.82)	1 (6.67)	
หม้าย	23 (32.86)	16 (29.09)	7 (46.67)	
สมรส	41 (58.57)	34 (61.82)	7 (46.67)	
ระยะเวลาที่ติดเตียง				0.826 ^b
1-6 เดือน	14 (20.00)	11 (20.00)	3 (20.00)	
7-12 เดือน	3 (4.29)	2 (3.64)	1 (6.67)	
1-2 ปี	20 (28.57)	17 (30.91)	3 (20.00)	
มากกว่า 2 ปี	33 (47.14)	25 (45.45)	8 (53.53)	
โรคประจำตัว				0.755 ^b
ไม่มี	1 (1.43)	1 (1.82)	0 (0.00)	
มี	69 (98.57)	54 (98.18)	15 (100.00)	
สาเหตุที่ติดเตียง				0.962 ^b
Cardiovascular disease	26 (37.14)	21 (38.18)	5 (33.33)	
Sepsis	14 (20.00)	10 (18.18)	4 (26.67)	
Musculoskeletal disease	16 (22.86)	13 (23.64)	3 (20.00)	
Noncommunicable disease or medical condition	4 (5.71)	3 (5.45)	1 (6.67)	
Aging/Alzheimer's disease	10 (14.29)	8 (14.55)	2 (13.33)	
หัตถการที่ต้องทำในแต่ละวัน				
การให้อาหารทางสายยาง	45 (64.29)	35 (63.64)	10 (66.67)	0.828 ^b
การพลิกตัว	57 (81.43)	44 (80.00)	13 (86.67)	0.556 ^b
การดูดเสมหะทางปาก	29 (41.43)	21 (38.18)	8 (53.33)	0.291 ^b
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	28 (40.00)	21 (38.18)	7 (46.67)	0.552 ^b
การทำแผลกดทับ	26 (37.14)	17 (30.91)	9 (60.00)	0.039 ^b
อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย				
หลงลืม	38 (54.29)	30 (54.55)	8 (53.33)	0.933 ^b
สับสน	28 (40.00)	22 (40.00)	6 (40.00)	1.000 ^b
สื่อสารผิดปกติ	31 (44.29)	23 (41.82)	8 (53.33)	0.426 ^b
กระวนกระวายสับสน	16 (22.86)	11 (20.00)	5 (33.33)	0.276 ^b
ก้าวร้าวรุนแรง	8 (11.43)	6 (10.91)	2 (13.33)	0.794 ^b
เศร้าเสียใจ	10 (14.29)	5 (9.09)	5 (33.33)	0.017 ^b
นอนหลับยาก	23 (32.86)	18 (32.73)	5 (33.33)	0.965 ^b
ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย				0.181 ^b
บ้าน	57 (81.43)	43 (78.18)	14 (93.33)	
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	13 (18.57)	12 (21.82)	1 (6.67)	

^aIndependent t-test; ^bPearson's chi-squared test; ZBI, Zarit burden interview

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยวิธี multivariable logistic regression analysis

ปัจจัย	OR (95%CI)	P-value
เพศผู้ดูแล	0.33 (0.05-2.29)	0.259
การอาศัยกับผู้ป่วยในเวลากลางคืน	2.17 (0.48-9.86)	0.314
การจ้างผู้ดูแล	0.91 (0.19-4.34)	0.907
ดัชนีมวลกายผู้ป่วย	1.05 (0.89-1.23)	0.568
การทำแผลกดทับ	6.13 (1.39-27.06)	0.017*
อาการเศร้าเสียใจของผู้ป่วย	6.99 (1.18-41.34)	0.032*
ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย	0.38 (0.03-5.03)	0.470

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

อัครโรจน์พงษ์ (2020) ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงใน อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี จำนวน 102 ราย พบร้อยละ 44.10 ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีปัญหาภาระดูแล เป็นที่น่าสังเกตว่าการศึกษาที่ผ่านมาทำในบริบทของต่างจังหวัด 4 พื้นที่ ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นคนในครอบครัว และฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าผู้ดูแลในเมือง โดยการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทชุมชนเมือง (กรุงเทพ) ซึ่งพบว่าร้อยละ 72.29 ของผู้ดูแลไม่มีปัญหาสุขภาพทางการเงิน รวมทั้งพบผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้างถึงร้อยละ 30.00 จึงอาจเป็นสาเหตุที่พบความชุกของภาระผู้ดูแลต่ำกว่างานวิจัยอื่น ๆ

งานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ คือ การทำแผลกดทับของผู้ป่วยและอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้สูงอายุติดเตียง ซึ่งทั้งสองปัจจัยยังไม่เคยพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในการศึกษาที่ผ่านมา^{11,13-15,21} ซึ่งรายงานปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะดังกล่าวคือ ปัญหาสุขภาพผู้ดูแล สถานภาพการจ้างงาน การมีผู้ช่วยดูแล คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาการปวดเมื่อย การได้รับกำลังใจ และคำพูดที่ไม่ดี เป็นต้น

งานวิจัยนี้พบความชุกของผู้ดูแลที่ต้องทำแผลกดทับร้อยละ 37.14 ผู้ดูแลเหล่านี้จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้นถึง 6.13 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ต้องทำแผลกดทับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Alexandre (2016) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ดูแลลดลงและการเกิดภาระผู้ดูแลมากขึ้นตามจำนวนแผลกดทับที่เพิ่มขึ้น²² และ

งานวิจัยของ Huang (2019) ที่ศึกษาภาวะภาระผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ซึ่งพบคะแนน CBI score ระดับปานกลาง โดยพบว่าคะแนน CBI ที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ต้องทำแผลต่อวันเป็นต้น²³

งานวิจัยนี้พบความชุกของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีอารมณ์เศร้าเสียใจร้อยละ 14.29 ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้นถึง 6.99 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่มีอารมณ์ดังกล่าว ซึ่งมีการศึกษาของจากรุณ (2022) พบว่าร้อยละ 2.20 ของผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาระผู้ดูแลระดับปานกลางถึงมาก²⁴ และการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Cham (2022) ซึ่งพบความชุกของภาระผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตสูงถึงร้อยละ 31.67²⁵

บุคลากรทางการแพทย์ควรใส่ใจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีการทำแผลกดทับ และมีอารมณ์เศร้าเสียใจ เป็นพิเศษ ทางที่ดีที่สุดคือ การป้องกันและรักษาไม่ให้เกิดปัจจัยดังกล่าว เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

การศึกษานี้มีข้อเด่นคือ ศึกษาภาระผู้ดูแลในปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งจากตัวผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงเอง ในแง่มุมต่าง ๆ แต่ยังมีข้อจำกัดในบางปัจจัยที่ศึกษา เช่น หัตถการที่ต้องทำในแต่ละวันซึ่งไม่ได้แบ่งแยกถึงความถี่และระดับความยากของหัตถการ อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึ่งใช้ self report จากผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งมีความ subjective สูง ข้อจำกัดเหล่านี้อาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวแตกต่างจากเดิมได้ ข้อ

คือ การศึกษาทำในบริบทของโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่จำเพาะพิเศษ เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่ายและมีคุณภาพสูง อีกทั้งมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (socioeconomic status) สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในโรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วไป ซึ่งผลการศึกษาอาจแตกต่างจากบริบทของชุมชนเมืองอื่น ๆ ได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ และภาระผู้ดูแลได้

การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มการศึกษาในพื้นที่ที่มีวัฒนธรรมและบริบทที่แตกต่างกันไป เพิ่มความละเอียดของการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีข้อจำกัดข้างต้น และควรศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ต่อไป เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย โรคเรื้อรังในเด็ก เป็นต้น

Highlight

1. พบความชุกของภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจร้อยละ 21.40
2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจคือ การทำแผลกดทับของผู้ป่วย และอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้ป่วย
3. บุคลากรทางการแพทย์ควรใส่ใจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในโรงพยาบาลตำรวจ คือ การทำแผลกดทับของผู้ป่วย และอารมณ์เศร้าเสียใจของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ควรใส่ใจผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่มีปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นพิเศษ เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล และผู้สูงอายุติดเตียงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565 โดยกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://](https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962)

- www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962
2. ฌปภา ประยวงษ์. สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. 2565;2:14-25.
3. เทคโนโลยีสารสนเทศกองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมการปกครอง. อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุและอัตราส่วนการเป็นภาระของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://](https://www.dop.go.th/th/know/1/2388)
4. สุมิตรา วิชา, ศิริรัตน์ ศรีภักทรวง, เบญจพร เสาวภา, ธนภุช หมั่นก้อนแก้ว, สุภา ศรีรุ่งเรือง, ณัฏพันธ์ มานพ, และคณะ. การศึกษารูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างห้าว อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. วารสาร มฉก. วิชาการ. 2561;43-44:70-84.
5. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุภิดา ขวณวัน, มนสิการ กาญจนะจิตรา, สุภรณ์ จรัสสิทธิ์, และคณะ. Situation of the thai elderly 2017. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
7. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก [https://](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51)
8. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. In: Hughes RG, editor. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. ย. 341-404.
9. Schulz R, Tompkin CA. Informal caregivers in the United States: prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care. The role of human factors in home health care: National Academies Press (US); 2010.
10. Schulz R, Eden J, National Academies of Sciences E, Medicine. Family caregiving roles and impacts. Families caring for an aging America: National Academies Press (US); 2016.
11. ปุณณิสรา อินทไทย, พิชา เครือเปง, ญาณิ โชคสมงาม, นลินี ยิ่งชาญกุล. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร. 2564; 60:383-94.

12. ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2561.
13. ไชยงค์ ลุนพิลา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18:33-43.
14. สาริกซ์ พรหมมาร์ตน์. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2562;12:57-64.
15. โอบาส อัครโรจน์พงษ์. ความชุกของปัญหาภาระดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอดำรงวิทยะ. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39:35-49.
16. คณะทำงานเพื่อจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลตำรวจ. คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลตำรวจ. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.policehospital.org/content/news.php?ID=13126&dept=7>
17. โรงพยาบาลตำรวจ. ข้อมูลสถิติการให้บริการ. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://www.policehospital.org/content/news.php?ID=13141&dept=7>
18. งานเวชระเบียนและสถิติ 1 โรงพยาบาลตำรวจ. สถิติพื้นฐานประจำเดือน มีนาคม ปี 2559. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.policehospital.org/ckfinder/userfiles/images_pghfiles/PDF/statistics/03MARCH.pdf
19. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. จำนวนประชากรจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล. [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <https://ucinfo.nhso.go.th/ucinfo>
20. ชัญชิตาตุษฏี ทุลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัณ. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา. 2554;4:62-75.
21. Bekdemir A, Ilhan N. Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. The Journal of Nursing Research. 2019;27: -9.
22. Rodrigues AM. Providing informal home care for pressure ulcer patients: how it affects carers' quality of life and burden. The Journal of Clinical Nursing. 2016;25:19-20.
23. Huang Y, Mao BQ. Investigation on the Status and Determinants of Caregiver Burden on Caring for Patients with Chronic Wound. The Journal of Advances in Wound Care. 2018;8:429-37.
24. Pitanupong J. Burden among relatives of individuals with depression in southern Thailand: a university hospital – based cross – sectional survey. The Journal of Health Science and Medical Research. 2023;41:1-13.
25. Cham CQ. Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Health Care. 2022;10:2423.