PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 554-565.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Caregiver Burden Among Caregivers of Bedridden Elderly in Mueang Surin District, Surin Province

Sukanya Sangaroon, M.D., Chayanit Ratanakarn, M.D., Yanisa Somboonterdtana, M.D.

Department of Family Medicine, Surin Hospital, Surin Province, Thailand

Corresponding author :
Sukanya Sangaroon, M.D., Department of Family Medicine, Surin Hospital, 68 Lak Mueang Road, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Surin District, Surin 32000, Thailand
Email: kimcreamsang@gmail.com

Received: August 20, 2025;
Revised: October 20, 2025
Accepted: January 7, 2026

ABSTRACT

Background: Thailand has become an aging society, with the number of bedridden elderly steadily increasing in the Surin Province. Family members, who serve as primary caregivers, frequently experience caregiver burden. However, empirical evidence on this issue in Mueang Surin District remains limited. This study aimed to determine the prevalence and factors associated with caregiver burden among caregivers of bedridden elderly individuals to provide essential baseline information for developing community-based caregiver support programs.

Design: A cross-sectional study

Methods: A cross-sectional study was conducted among caregivers of bedridden elderly individuals in Mueang Surin District, Surin Province, Thailand, between January and May 2025. Data were collected using a structured questionnaire comprising general information, the Zarit Burden Interview-Thai version (ZBI-12), and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). The ZBI-12 total score ranges from 0-48, with scores ≥ 20 indicating high burden, while the PHQ-9 score ranges from 0-27, with scores ≥ 9 indicating depression. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariable logistic regression that controlled for confounding factors such as age, gender, socioeconomic factors of caregivers, and causes of bedridden elderly that had clinical significance.

Results: A total of 150 caregiver-bedridden elderly pairs were included. The prevalence of caregiver burden was 16%, with a mean ZBI score of 11.45 ± 8.20. Factors significantly associated with caregiver burden were caregiver depression (OR = 1.31, 95%CI: 1.15-1.49, p < 0.001) and caring for a bedridden elderly person due to other causes (OR = 9.09, 95%CI: 1.64-50.48, p = 0.012). No significant associations were found between caregiver burden and socioeconomic or elderly characteristics.

Conclusion: Caregiver burden was significantly associated with caregiver depression and bedridden status due to other causes.

Keywords: caregiver burden, dependent elderly, depression, cause of being bedridden

PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 554-565.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

สุกัญญา แสงอรุณ, พ.บ., ชญานิศ รัตนกาญจน์, พ.บ., ญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา, พ.บ.

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ:
สุกัญญา แสงอรุณ, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลสุรินทร์
68 ถ.หลักเมือง ต.ในเมือง
อ.เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์
32000, ประเทศไทย
Email: kimcreamsang@gmail.com

Received: August 20, 2025;
Revised: October 20, 2025;
Accepted: January 7, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยจังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุติดเตียงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวเผชิญภาวะเหนื่อยล้าหลายด้าน แต่ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาการสนับสนุนผู้ดูแลในระดับชุมชน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional analytic study)

วัสดุและวิธีการ: เก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาระในการดูแล Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับภาษาไทย 12 ข้อ (ZBI-12; คะแนนรวม 0–48 คะแนน) โดยกำหนดคะแนน ≥ 20 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการดูแล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; คะแนนรวม 0–27 คะแนน) โดยใช้คะแนน ≥ 9 คะแนน เพื่อจำแนกภาวะซึมเศร้าในการวิเคราะห์เชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการดูแลด้วย multivariable logistic regression โดยใช้คะแนน PHQ-9 เป็นตัวแปรต่อเนื่อง และนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จากการวิเคราะห์ระดับทวิตัวแปร ร่วมกับตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิกหรืออาจเป็นปัจจัยกวนเข้าสู่แบบจำลองเดียวกัน

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 150 คู่ พบว่าความชุกของภาวะเหนื่อยล้าอยู่ที่ร้อยละ 16 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI 11.45 ± 8.20 คะแนน พบว่ามีผู้ดูแลเพียงบางส่วนที่มีภาวะเหนื่อยล้าระดับสูง ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลที่ประเมินด้วย PHQ-9 (OR = 1.31, 95%CI: 1.15-1.49, $p < 0.001$) และสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอื่น ๆ (OR = 9.09, 95%CI: 1.64-50.48, $p = 0.012$) ขณะที่ปัจจัยด้านเศรษฐสังคมของผู้ดูแล สาเหตุการติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองและภาวะสมองเสื่อม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงมีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ: ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้สูงอายุติดเตียง ภาวะซึมเศร้า สาเหตุการติดเตียง

บทนำ

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 1.15 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นกว่า 1.66 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583[1] สอดคล้องกับประเทศไทยซึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา[2,3] การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก

ผู้สูงอายุจำนวนมากในประเทศไทยมีโรคประจำตัวเรื้อรังและภาวะเสื่อมของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคข้อเสื่อม และโรคหัวใจ ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะติดเตียง สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดภาระด้านการดูแลต่อครอบครัวและสังคม[4] เนื่องจากผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบต่อการดูแลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีรายงานว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด ความเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว[5]

จังหวัดสุรินทร์เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2567 โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง พบว่ามีผู้สูงอายุติดเตียงจำนวนกว่า 300 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในระยะยาวโดยสมาชิกในครอบครัวนั้น มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้รับการสนับสนุนทางระบบสุขภาพหรือสังคมอย่างเพียงพอ จึงมีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งอาจนำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

แม้ว่าจะมีการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ซึ่งพบความชุกของภาวะเหนื่อยล้าในการดูแลอยู่ในช่วงร้อยละ 40-80[6,7] แต่ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทของจังหวัดสุรินทร์ ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ เช่น โครงสร้างครอบครัวแบบขยายและความสัมพันธ์ทางเครือญาติที่แน่นแฟ้น อาจมีอิทธิพลต่อระดับความเหนื่อยล้าและกลไกการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในบริบทของชุมชนในพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลในระดับชุมชน ทั้งด้านสุขภาพจิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) ดำเนินการในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากร

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงที่ได้รับการบันทึกในฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 302 คู่

เกณฑ์การคัดเข้า

ผู้ดูแล : ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุติดเตียงมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเป็นระยะเวลา > 3 เดือน เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ บุตร หลาน คู่สมรส พี่ น้องหรือญาติ และต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล

ผู้สูงอายุ : มีอายุ ≥ 60 ปี มีภาวะติดเตียง โดยมีคะแนน Bathel Activities of Daily Living 0-4 คะแนน และไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง ผู้สูงอายุติดเตียงย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิตในระหว่างเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างเบื้องต้น สำหรับความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง จากสูตร Krejcie & Morgan ใช้ค่าความชุกของภาวะเหนื่อยล้าเท่ากับร้อยละ 80.15[6] ค่าระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 135 คู่ และเพื่อรองรับความสูญเสียระหว่างเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นจากเดิมร้อยละ 10.00 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 150 คู่

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

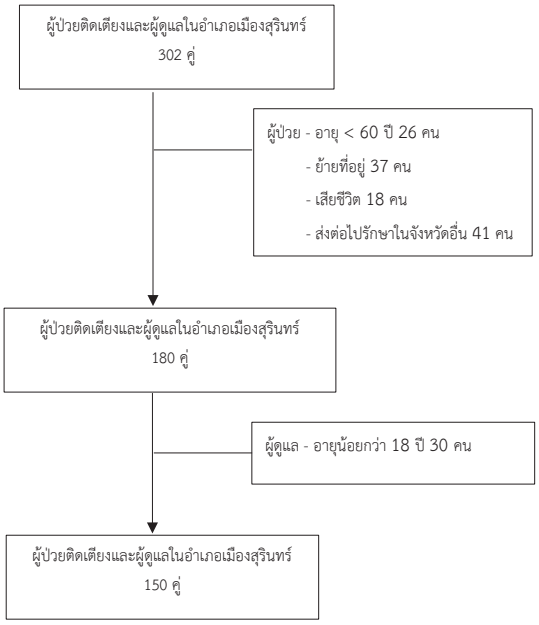
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)[8,9] มีคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน โดยคะแนน ≥ 9 ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview Thai version; ZBI)[10-12] ฉบับภาษาไทย มีคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 48 คะแนน โดยคะแนนที่มีค่า ≥ 20 คะแนน หมายถึงมีภาวะเหนื่อยล้าที่สูง (significant burden)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลสำหรับผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สาเหตุที่ทำให้ติดเตียง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย กิจกรรมการดูแล

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมจัดทำโครงร่างวิจัยและนำเสนอเพื่อพิจารณาตรวจสอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุรินทร์ ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสุรินทร์ เพื่อเข้าไปชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย วัตถุประสงค์ของวิจัย การเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์ในแต่ละหน่วยบริการให้มีความเข้าใจในแบบสอบถามและเป็นผู้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างและการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

แบบสอบถามทั้งหมดที่นำไปใช้สัมภาษณ์ ส่งมอบให้เจ้าหน้าที่เพื่อลงไปเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่อ่านแบบสอบถามให้ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่จะทำการกรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง จากนั้นรวบรวมเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป



แผนภูมิที่ 1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Stata version 18.0 นำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้าและไม่มีภาวะเหนื่อยล้าในการดูแล ใช้สถิติตามชนิดของตัวแปร ได้แก่ Chi-square หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรประเภทกลุ่ม ตัวแปรประเภทกลุ่มที่มีมากกว่าสองระดับได้รับการทดสอบด้วย Fisher's exact test แบบ omnibus โดยพิจารณาการกระจายของทุกระดับของตัวแปรพร้อมกัน และ independent t-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ กำหนดค่า $p < 0.05$ เป็นระดับนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ระดับทวิตัวแปร (bivariate analysis) ที่ $p < 0.05$ ร่วมกับปัจจัยที่มีความสำคัญทางคลินิกจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐสังคมของผู้ดูแล (สถานภาพโสด ความสัมพันธ์เป็นบุตร การมีผู้ช่วยดูแล และการมีรายได้ไม่เพียงพอ) และสาเหตุการติดเตียงของผู้สูงอายุที่มีความสำคัญทางคลินิก (โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ และโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม) เข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression) ในแบบจำลองเดียวกันเพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานต่อภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่โครงการวิจัย 95/2567 วันที่รับรอง 20 กันยายน พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.00 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 56.34 ± 12.45 ปี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.00) และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุติดเตียงเป็นบุตร (ร้อยละ 52.67) ด้านการศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาและมากกว่าครึ่งมีผู้ช่วยผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแลอยู่ที่ 6,707.12 ± 7,990.23 บาท โดยมีความแตกต่างของรายได้ระหว่างบุคคลค่อนข้างมาก พบว่าผู้ดูแลบางรายไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ขณะที่บางรายมีรายได้หลักหมื่น และรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ของผู้ดูแลไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ดูแลกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคประจำตัวอื่น ๆ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง โรคหนังแข็ง โรคหัวใจ มะเร็งเต้านม ไทรอยด์เป็นพิษ รูมาตอยด์

ผู้ดูแลใช้เวลาดูแลเฉลี่ยชั่วโมงต่อวันคือ 16.48 ± 3.66 ชั่วโมงต่อวัน และมีเวลาพักผ่อนเฉลี่ย 7.36 ± 3.39 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน พบความชุกของภาวะเหนื่อยล้าเท่ากับร้อยละ 16.00 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน ZBI score เท่ากับ 11.45 ± 8.20 คะแนน และจากการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 score เท่ากับ 4.16 ± 3.84 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเหนื่อยล้าและกลุ่มไม่มีภาวะเหนื่อยล้า พบว่า เพศ อายุ สถานภาพความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ระดับการศึกษา การมีผู้ช่วยดูแล รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอต่อรายได้ การมีโรคประจำตัว พฤติกรรมการดูแล ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนน PHQ-9 ของผู้ดูแลในกลุ่มที่มีภาวะเหนื่อยล้ามีค่าเฉลี่ย 7.70 ± 5.13 คะแนน สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะเหนื่อยล้าซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.48 ± 3.14 คะแนน และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุทิศทางของความสัมพันธ์หรือสรุปเหตุ-ผลระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะเหนื่อยล้าได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (n=150)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) (n=150)	ภาวะเหนื่อยล้า		p-value
		ไม่มี ZBI < 20 (n=126) (ร้อยละ)	มี ZBI ≥ 20 (n=24) (ร้อยละ)	
เพศหญิง	126 (84.00)	106 (84.13)	20 (83.33)	1.000[b]
อายุ (ปี), meanmean±SD	56.34±12.45	55.88±12.25	58.75±13.50	0.303
สถานภาพ				0.438[b]
โสด	22 (14.67)	18 (14.29)	4 (16.67)	
สมรส	102 (68.00)	86 (68.25)	16 (66.67)	
หย่าร้าง	16 (10.67)	15 (11.90)	1 (4.17)	
หม้าย	10 (6.67)	7 (5.56)	3 (12.50)	
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ				
สามี/ภรรยา	38 (25.33)	32 (25.40)	6 (25.00)	0.954[b]
บุตร	79 (52.67)	67 (53.17)	12 (50.00)	
หลาน	13 (8.67)	11 (8.73)	2 (8.33)	
ญาติอื่น ๆ	20 (13.33)	16 (12.70)	4 (16.67)	
ระดับการศึกษา				0.893[b]
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5 (3.33)	5 (3.97)	0 (0.00)	
ประถมศึกษา	65 (43.33)	55 (43.65)	10 (41.67)	
มัธยมศึกษา	58 (38.67)	47 (37.30)	11 (45.83)	
ปริญญา	21 (14.00)	18 (14.29)	3 (12.50)	
อื่น ๆ	1 (0.67)	1 (0.79)	0 (0.00)	
มีผู้ช่วยดูแล	95 (63.33)	82 (65.08)	13 (54.17)	0.309[a]
รายได้ต่อเดือน (บาท), mean±SD	6,707.12±7,990.23	6,745.30±8,183.07	6,506.67±7,044.12	0.894
รายได้ไม่เพียงพอ	132 (88.00)	109 (86.51)	23 (95.83)	0.309[b]
มีโรคประจำตัว	86 (57.33)	71 (56.35)	15 (62.50)	0.577[a]
โรคเบาหวาน	19 (12.67)	17 (13.49)	2 (8.33)	0.739[b]
โรคความดันโลหิตสูง	38 (25.33)	30 (23.81)	8 (33.33)	0.326[a]
โรคอื่น ๆ	29 (19.33)	27 (21.43)	2 (8.33)	0.167[b]
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (ชั่วโมงต่อวัน), mean±SD	16.48±3.66	16.35±3.75	17.12±3.18	0.349
จำนวนชั่วโมงในการพักผ่อนต่อวัน (ชั่วโมงต่อวัน), mean±SD	7.36±3.39	7.46±3.46	6.79±3.00	0.373
คะแนน PHQ-9 mean±SD	4.16±3.84	3.48±3.14	7.70±5.13	< 0.001
คะแนน ZBI score mean±SD	11.45±8.20			

[a]Chi-square; [b]Fisher's exact test; (P-valueคำนวณจาก"Fisher's exact te" st แบบ omnibus), independent T test
ZBI, Zarit Burden Interview

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลัก

จากการศึกษาผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 150 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีอายุเฉลี่ย 79.67 ± 9.56 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.00) โดยพบโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 56.67) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.67) ผู้สูงอายุติดเตียงมีระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วย 5.40 ± 5.11 ปี และมีระยะเวลาเฉลี่ยของการติดเตียง 4.04 ± 3.64 ปี และผู้ดูแลส่วนใหญ่เริ่มเข้ามาดูแลผู้สูงอายุติดเตียงตั้งแต่ที่ผู้สูงอายุเริ่มติดเตียง

ผู้สูงอายุหนึ่งคนสามารถมีสาเหตุของการติดเตียงได้มากกว่าหนึ่งโรค โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (ร้อยละ 49.33) รองลงมาคือภาวะชราภาพ (ร้อยละ 47.33) และโรคอัลไซเมอร์หรือสมองเสื่อม (ร้อยละ 24.00) กิจกรรมในการดูแลที่พบมากที่สุดคือการอาบน้ำ แต่งตัว พาเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 96.00) รองลงมาคือการพลิกตัว (ร้อยละ 62.67)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้ากับกลุ่มที่ไม่มีภาวะเหนื่อยล้า พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุติดเตียงทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.308) การมีหรือไม่มีโรคประจำตัว รวมถึงชนิดของโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม (p > 0.05) สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงโดยรวมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม (p > 0.05) อย่างไรก็ตาม สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอื่น ๆ ได้แก่ ตาบอด โรคหัวใจ และโรคลมชัก พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.037) ทั้งนี้ ระยะเวลาเฉลี่ยการเจ็บป่วยและระยะเวลาการติดเตียงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม (p > 0.05) เช่นเดียวกับกิจกรรมการดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การพลิกตัว การสวนปัสสาวะ และการอาบน้ำแต่งตัว ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม (p > 0.05) ตารางที่ 2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ multiple logistic regression

จากการวิเคราะห์ระดับทวิ ตัวแปร เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดเตียงและภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลัก (n=150)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ) (n=150)	ภาวะเหนื่อยล้า		p-value
		ไม่มี ZBI < 20 (n=126) (ร้อยละ)	มี ZBI ≥ 20 (n=24) (ร้อยละ)	
เพศหญิง	84 (56.00)	72 (57.14)	12 (50.00)	0.518[a]
อายุ (ปี), mean±SD	79.67 ± 9.56	79.32±9.46	81.50±10.09	0.308
โรคประจำตัว	117 (78.00)	99 (78.57)	18 (75.00)	0.699[a]
โรคความดันโลหิตสูง	85 (56.67)	72 (57.14)	13 (54.17)	0.787[a]
โรคเบาหวาน	40 (26.67)	35 (27.78)	5 (20.83)	0.617[b]
สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง				
โรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ	74 (49.33)	63 (50.00)	11 (45.83)	0.825[b]
โรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อม	36 (24.00)	30 (23.81)	6 (25.00)	0.900[a]
โรคชราภาพ	71 (47.33)	61 (48.41)	10 (41.67)	0.544[a]
อื่น ๆ	9 (6.00)	5 (3.97)	4 (16.67)	0.037[b]
ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี), mean±SD	5.40±5.11	5.51±5.23	4.78±4.50	0.522
ระยะเวลาที่ติดเตียง (ปี), mean±SD	4.04 ± 3.64	4.05±3.74	3.99±3.14	0.930
กิจกรรมการดูแล				
การให้อาหารทางสายยาง/การป้อนอาหาร	82 (54.67)	68 (53.97)	14 (58.33)	0.694[a]
การดูดเสมหะผ่านทางหลอดลมคอ	10 (6.67)	9 (7.14)	1 (4.17)	1.000[b]
การทำแผล	30 (20.00)	24 (19.05)	6 (25.00)	0.578[a]
การพลิกตัว	94 (62.67)	80 (63.49)	14 (58.33)	0.632[a]
การดูแลสายสวนปัสสาวะ/สวนปัสสาวะ	26 (17.33)	21 (16.67)	5 (20.83)	0.569[b]
การอาบน้ำ แต่งตัว พาเข้าห้องน้ำ	144 (96.00)	120 (95.24)	24 (100.00)	0.590[b]
อื่น ๆ	19 (12.67)	16 (12.70)	3 (12.50)	1.000[b]

[a]Chi-squar, [b]Fisher's exact test, independent T test; ZBI, Zarit Burden Interview

ตารางที่ 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ เมื่อใช้การทดสอบทางสถิติ multiple logistic regression

ปัจจัย	OR (95%CI)	p-value
การมีสถานภาพโสด	1.98 (0.47-8.31)	0.349
ความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้สูงอายุติดเตียง	0.50 (0.17-1.44)	0.198
การมีผู้ช่วยดูแล	1.00 (0.35-2.83)	0.996
การมีรายได้ไม่เพียงพอ	3.74 (0.25-55.80)	0.339
คะแนนซึมเศร้าผู้ดูแลจากแบบประเมิน PHQ-9	1.31 (1.15-1.49)	< 0.001*
สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ	1.30 (0.43-3.92)	0.638
สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอัลไซเมอร์/สมองเสื่อม	1.15 (0.33-3.95)	0.825
สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอื่น ๆ	9.09 (1.64-50.48)	0.012*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$, วิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression โดยนำตัวแปรทั้งหมดเข้าสู่แบบจำลองเดียวกัน; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9; OR, odds ratio

ที่เหมาะสมตามชนิดของตัวแปร ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent t-test พบว่ามีตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ คะแนน PHQ-9 ของผู้ดูแล ($p < 0.001$) และสาเหตุอื่นที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง เช่น ตาบอด โรคหัวใจ และโรคลมชัก ($p = 0.037$) จากนั้นจึงนำตัวแปรทั้งสองร่วมกับตัวแปรที่มีความสำคัญทางคลินิกหรืออาจเป็นปัจจัยกวน ได้แก่ สถานภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยดูแล ภาวะรายได้ไม่เพียงพอ รวมถึงสาเหตุการติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคอัลไซเมอร์/ภาวะสมองเสื่อม เข้าสู่การวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression ในแบบจำลองเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนน PHQ-9 ของผู้ดูแล โดยทุก 1 คะแนนที่เพิ่มขึ้นของ PHQ-9 สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเหนื่อยล้าที่เพิ่มขึ้น 1.31 เท่า หลังปรับตัวแปรอื่นในแบบจำลองแล้ว (OR = 1.31, 95%CI: 1.15-1.49, $p < 0.001$) นอกจากนี้ สาเหตุอื่นของการติดเตียง ได้แก่ ตาบอด โรคหัวใจ และโรคลมชัก มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสาเหตุอื่นดังกล่าวมีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าประมาณ 9.09 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีสาเหตุอื่นดังกล่าว หลังปรับตัวแปรอื่นในแบบจำลองแล้ว (OR = 9.09, 95%CI: 1.64-50.48, $p = 0.012$) อย่างไรก็ตาม ช่วงความเชื่อมั่นค่อนข้างกว้าง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความไม่แน่นอนของค่าประมาณจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มดังกล่าวที่มีน้อย

ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น สถานภาพโสด ความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้สูงอายุติดเตียง การมีผู้ช่วยดูแล และการมีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเหนื่อยล้า สาเหตุที่ทำให้ติดเตียงจากโรคหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ สาเหตุที่ทำให้ติดเตียงจากโรคอัลไซเมอร์/สมองเสื่อม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเหนื่อยล้า

ดังนั้นผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลและสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียงจากโรคอื่น ๆ เช่น ตาบอด โรคหัวใจ โรคลมชัก เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ปัจจัยด้านเศรษฐสังคมและลักษณะทางคลินิกของผู้สูงอายุไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงตารางที่ 3

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ มีภาวะเหนื่อยล้าในระดับสูง ร้อยละ 16.00 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่รายงานในจังหวัดเชียงใหม่และกาญจนบุรี ซึ่งพบภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอยู่ในช่วงร้อยละ 40.00-80.00[6,7] ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนลักษณะทางวัฒนธรรมและโครงสร้างสังคมของ

จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งเป็นครอบครัวขยายและมีระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง ทำให้ผู้ดูแลหลักไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง แต่ได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้อง เช่น การผลัดเปลี่ยนกันดูแล การช่วยเหลืองานบ้าน การจัดหาอาหาร หรือการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในครัวเรือน อาจช่วยลดความเหนื่อยล้าและความเครียดจากการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศันสนีย์ พูลผล[13] ที่พบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวที่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในระดับที่ต่ำ นอกจากนี้ จังหวัดสุรินทร์ยังมีระบบการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชนที่มีความครอบคลุมและมีศักยภาพในการสนับสนุนผู้ดูแล โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดอบรมผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (formal caregiver) ที่ผู้ผ่านการอบรมสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ติดเตียงร่วมกับผู้ดูแลหลักได้ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และระบบเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ดูแล ทั้งการติดตามอาการ การให้คำปรึกษา การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rodakowski และคณะ[14] ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลลดลง ซึ่งการเข้าถึงบริการดูและระยะยาวที่มีในพื้นที่ ระบบเครือญาติและโครงสร้างทางสังคมเหล่านี้ ส่งผลให้ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา

การศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56.34 ± 12.45 ปี ซึ่งสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยที่มักมอบหมายบทบาทการดูแลแก่เพศหญิง โดยเฉพาะบุตรสาวหรือภรรยา ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิสมัย สุรารักษ์ และ ดรุณี จงอุดมการณ์[15] ที่พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายและรับบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยภายในบ้าน ค่าอายุเฉลี่ยในช่วงวัยกลางคนสะท้อนว่าผู้ดูแลต้องรับภาระหลายบทบาท ทั้งการประกอบอาชีพและการดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเหนื่อยล้าและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ หากขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม[16] รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล 6,707.12 ± 7,990.23 บาท ผู้ดูแลบางรายไม่มีรายได้เป็นของตนเองและต้องพึ่งพิงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุหรือเบี้ยคนพิการ ขณะที่บางรายมีรายได้หลักหมื่นบาทต่อเดือน ทั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ สะท้อนถึงความเปราะบางทางเศรษฐกิจของกลุ่มผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรการดูแล เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือบริการทางการแพทย์[17]

ด้านสุขภาพของผู้ดูแลพบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 57.33 โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งอาจเพิ่มข้อจำกัดทางกายภาพและความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของศิราณี ศรีหาภาค และคณะ[5] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประสบภาระและผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและรายได้ที่ลดลง รวมถึงปัญหาสุขภาพร่างกายจากการดูแล ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรและเพิ่มความเหนื่อยล้าทางกายภาพ

ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงเฉลี่ย 16.48 ± 3.66 ชั่วโมงต่อวัน และมีเวลาพักผ่อนเฉลี่ย 7.36 ± 3.39 ชั่วโมงต่อวัน สะท้อนภาระด้านเวลาที่สูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานวิเคราะห์เชิงบรรณานุกรมของ Zhylkybekova และคณะ[18] ที่พบว่าเวลาการดูแลที่ยาวนานและการพักผ่อนไม่เพียงพอมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ความเครียด และสุขภาพกายที่ถดถอยของผู้ดูแล

ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.31, 95%CI: 1.15-1.49, p < 0.001) สอดคล้องกับงานทบทวนวรรณกรรมโดย Schulz และ Sherwood[19] ซึ่งระบุว่าการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยหรือพึ่งพิงเปรียบเสมือนภาวะเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและกาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลกระทบทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุด ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดสะสมและขาดการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและสุขภาพที่ถดถอย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim[20] ที่พบว่าความเครียดจากการดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงไม่เพียงก่อให้เกิดภาระทางด้านร่างกายและเวลาเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลด้วย อีกทั้งงานวิจัยของกัญนิกา อยู่สำราญ และคณะ[21] ยังพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง และความเครียดมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับแนวทางดังกล่าวที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะเหนื่อยล้าและความเครียดในการดูแลสามารถนำไปสู่ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้เช่นกัน

สาเหตุการติดเตียงจากโรคอื่นๆที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ ตาบอด โรคหัวใจ โรคลมชัก นอกเหนือจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 9.09, 95%CI: 1.64-50.48, p = 0.012) ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Berger และคณะ[22] ที่ชี้ให้เห็นว่าภาวะการเป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่เพียงเป็นผลของความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การพึ่งพาผู้อื่นในกิจวัตรประจำวันและความไม่แน่นอนของอาการในโรคที่ดำเนินเรื้อรัง การติดเตียงจากโรคหัวใจหรือโรคลมชักมักมีอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น เหนื่อยง่าย หน้ามืด หรือชัก ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเฝ้าระวังใกล้ชิดและเกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา ส่วนผู้สูงอายุที่ตาบอดจะสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารและดูแลความสะอาด ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานมากขึ้น ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Karakis และคณะ[23] ที่รายงานว่าความไม่แน่นอนของอาการและการใช้ยาหลายชนิดเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่สูงขึ้น และส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Durante และคณะ[24] ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงจากความ บกพร่องด้านกายภาพ หรือการทำงานทางสมองลดลง จะทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นสาเหตุการติดเตียงจากโรคอื่น ๆ ที่มีอาการแปรปรวน หรือทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มภาระผู้ดูแลทั้งด้านเวลา ความรับผิดชอบและความ เครียด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ค่าความเชื่อมั่นของสาเหตุการติดเตียงจากโรคอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเตียง มีช่วงค่าความเชื่อมั่นกว้าง (95%CI: 1.64-50.48) ซึ่งสะท้อนความไม่แน่นอนของค่าประมาณ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มมีจำนวนน้อย การแปลผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การมีสถานภาพโสด ความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้สูงอายุติดเตียง การมีผู้ช่วยดูแล การมีรายได้ไม่เพียงพอ และสาเหตุการติดเตียง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัลไซเมอร์/ภาวะสมองเสื่อม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยของพิสมัย สุรารักษ์ และ ดรุณี จงอุดมการณ์[15] ซึ่งพบว่าการรับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวไทยมักเกิดขึ้นภายใต้ระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง ผู้ดูแลมีแรงจูงใจจากความผูกพันและค่านิยมเรื่องการทดแทนบุญคุณ ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลได้ดี นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีการเรียนรู้และยอมรับบทบาทของตนเองในเชิงบวก จึงอาจลดผลกระทบจากลักษณะโรคหรือภาระบางประการลงได้ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบความชุกของภาวะเหนื่อยล้าอยู่ที่ร้อยละ 16.00 มีจำนวนผู้ดูแลที่มีภาวะเหนื่อยล้าระดับสูงเพียง 24 ราย ซึ่งอาจส่งผลให้กำลังการทดสอบ (power) ไม่เพียงพอในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยตัวอื่น ๆ เช่น การมีรายได้ไม่เพียงพอหรือการมีผู้ช่วยดูแล (type II error) ดังนั้นผลที่ไม่พบความสัมพันธ์ในปัจจัยดังกล่าวจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง

จุดเด่นของการศึกษานี้มีเป็นการศึกษาในบริบทท้องถิ่น สำรวจข้อมูลในชุมชนโดยได้ข้อมูลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงโดยตรง แสดงภาพรวมทั้งด้านลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ครอบคลุมตัวแปรทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและภาวะซึมเศร้า ข้อจำกัดการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะ

เหนื่อยล้าได้ ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้และการลงเก็บข้อมูลอาจเกิดอคติจากการตอบแบบสอบถาม ทั้งข้อมูลในอดีตหรือความเข้าใจคำถามที่คลาดเคลื่อน นอกจากนี้ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในบางกลุ่มย่อย มีจำนวนตัวอย่างจำกัด ส่งผลให้ค่าความเชื่อมั่นมีช่วงกว้าง การแปลผลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

สรุป

การศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ อยู่ที่ร้อยละ 16.00 ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงจากสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองเสื่อม ยังมีแนวโน้มเพิ่มความเหนื่อยล้าในการดูแลมากขึ้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงอย่างเป็นระบบ รวมถึงมีมาตรการสนับสนุนผู้ดูแลในระดับชุมชน เพื่อช่วยลดภาระทางจิตใจและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุในระยะยาว

Highlight

1. ความชุกของภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ อยู่ที่ร้อยละ 16.00 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา และอาจเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ลักษณะครอบครัวขยาย ระบบเครือญาติที่เข้มแข็ง และการสนับสนุนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับชุมชน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และสาเหตุการติดเตียงจากโรคอื่นๆที่ไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองเสื่อม
3. ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล การสนับสนุนด้านจิตใจ และการส่งต่ออย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณอาจารย์แพทย์หญิงชญานิศ รัตนกาญจน์ และอาจารย์แพทย์หญิงญาณิศา สมบูรณ์เทอดธนา อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางและกำลังใจตลอดการทำวิจัย ขอขอบคุณนางสาววริษฐา นนทบทและนางสาวภิรัชนู จงมั่งคง ที่ช่วยประสานงานติดต่อกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงขอบคุณเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุติดเตียงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือมาโดยตลอด จนงานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สหประชาชาติ กรมเศรษฐกิจและสังคม กองประชากร. แนวโน้มประชากรโลก พ.ศ. 2567: สรุปผลการคาดการณ์ [อินเทอร์เน็ต]. นิวยอร์ก: สหประชาชาติ; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 สิงหาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: population.un.org/wpp/
2. อนันต์ อนันตกูล. สังคมสูงวัย ความท้าทายประเทศไทย. เอกสารเสนอต่อที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2567] เข้าถึงได้จาก: legacy.orst.go.th/wp-content/uploads/2017/12/สังคมสูงวัย3.pdf
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพฯ: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557.
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2542.
5. ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และคณิศร เต็งรัง. ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.
6. ปุญญิสา อินไทย, พิชชา เครือแปง, ญาณี โชคสมงาม, นลินี ยิ่งชาญกุล. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่เวชสาร. 2564;60:383-94.
7. โอภาส อัครโรจน์พงษ์. ความชุกและปัญหาภาระและปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในอำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนาบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39:35-49
8. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; ไม่ปรากฏปีที่เผยแพร่ [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: rama.mahidol.ac.th/depression_risk
9. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry. 2008;8:46. doi:10.1186/1471-244X-8-46
10. อรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, และรสสุคนธ์ ชมชื่น. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 23. 2558;23:12-23.
11. Bedard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. Gerontologist. 2001;41:652–7.
12. Summart U, Kaewbubpha T, Saengnil O, Kongkaur P, Mahorasop S, Saengkhum S, et al. Psychometric validation of the Thai version of the 12-item Zarit Burden Interview among informal caregivers in a palliative care setting in the south of Thailand. PLOS ONE. 2025;1-13.
13. ศันสนีย์ พูลผล. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. สมุทรสงคราม: โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า; 2565.
14. Rodakowski J, Skidmore ER, Rogers JC, Schulz R. Role of social support in predicting caregiver burden. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93:2229–36.
15. พิสมัย สุรารักษ์ และ ดรุณี จงอุดมการณ์. บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารสำนักงานการป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2562;26:83-92
16. Bekdemir A, Ilhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. Nursing Research and Practice. 2019;27(3):e24.
17. Mamom J, Daovisan H. Listening to Caregivers' Voices: The Informal Family Caregiver Burden of Caring for Chronically Ill Bedridden Elderly Patients. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(1):567.
18. Zhylkybekova A, Koshmaganbetova GK, Zare A, Mussin NM, Kaliyev AA, Bakhshalizadeh S, et al. Global Research on Care-Related Burden and Quality of Life of Informal Caregivers for Older Adults: A Bibliometric Analysis. Sustainability. 2024; 16(3):1020.
19. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. Am J Nurs. 2008 Sep;108(9 Suppl):23–7.
20. Kim D. Relationships between caregiving stress, depression, and self-esteem in family caregivers of adults with a disability. Occup Ther Int. 2017; 2017:1686143.
21. กัญนิกา อยู่สำราญ, ศรีสกุล ชนะพันธ์และพานิช แก่นกาญจน์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;16:1-16
22. Berger B, Graeb F, Baumann M, Wolke R. Becoming bedridden and being bedridden: implications for nursing and care for older people in long-term care: a scoping review. Int J Older People Nurs. 2025;20(2):e70015.
23. Karakis I, Cole AJ, Montouris GD, Luciano MS, Meador KJ, Piperidou C. Caregiver burden in epilepsy: determinants and impact. Epilepsy Research and Treatment. 2014;2014:808421.
24. Durante A, Younas A, Cuoco A, Boyne J, Rice BM, Juarez-Vela R, Zeffiro V, Vellone E. Burden among informal caregivers of individuals with heart failure: a mixed methods study. PLoS One. 2023;18(11):e0292948.