

Factors Related to Stress Level Among Family Caregiver of Dependent Elderly in Bang pa-in District, Ayutthaya Province

Sukamon Suksanit ¹, Kitrawee Jiraratsatit ², Katiya Ivanovitch ^{2*}

¹ M.Sc. (Health, Safety and Environment Management), Faculty of Public Health, Thammasat University

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Thammasat University

* Corresponding author: E-mail: katiya.i@ph.tu.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Suksanit, S., Jiraratsatit, K., & Ivanovitch, K. Factors Related to Stress Level Among Family Caregiver of Dependent Elderly in Bang pa-in District, Ayutthaya Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3). retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/280578

Received: 1 May 2025

Revised: 22 May 2025

Accepted: 26 May 2025

Abstract

This cross-sectional analytical design assesses stress levels and examines the relationship between predisposing, enabling, and reinforcing factors, as well as characteristics of dependent older adults and caregiver stress. A total of 204 family caregivers were surveyed using self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and simple binary logistic regression ($p < 0.05$).

The study found that 22.5% of caregivers experienced high levels of stress, with 91.2% reporting exhaustion and 88.3% experiencing pressure from continuous. Key factors significantly associated with higher caregiver stress included insufficient income, longer caregiving hours per day, limited access to healthcare services, facilities, and welfare, inadequate information support, and low levels of support from family, community, multidisciplinary teams, and governmental agencies, the level of dependency, and the number of chronic conditions in care recipients.

The findings indicate that reducing stress among family caregivers requires integrated interventions at the individual, family, community, and health system levels. These interventions include providing welfare support to ease financial burdens, increasing the number of professional caregivers alongside training community volunteers to reduce caregiving hours, developing caregiver information systems, and strengthening support networks within families and communities. Establishing mentoring teams to offer guidance, enhancing caregiving skills, and developing a care system aligned with Thailand's budgetary and healthcare constraints are also essential. Furthermore, promoting annual health check-ups, reducing the risk for non-communicable diseases, and preventing future dependency are key strategies for sustainably improving the quality of family caregivers' life.

Keywords: stress level; family caregiver; dependent elderly

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สุกมล สุขสนิท¹, กิตรี จิรรัตน์สถิต², คัตติยา อีวานวิช^{2*}

¹ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล: katiya.i@fph.tu.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 1 พฤษภาคม 2568

วันแก้ไข 22 พฤษภาคม 2568

วันตอบรับ 26 พฤษภาคม 2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระดับความเครียดและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับความเครียดของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 204 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Simple binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดระดับสูงร้อยละ 22.5 รู้สึกเหนื่อยล้าร้อยละ 91.2 และถูกกดดันจากภาระหน้าที่ที่หลากหลายร้อยละ 88.3 รู้สึกรวมถึงต้องตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ จำนวนชั่วโมงการดูแลต่อวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐ ระดับสภาวะพึ่งพิงและจำนวนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลควรบูรณาการมาตรการตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนสวัสดิการลดภาระทางเศรษฐกิจ การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลมืออาชีพควบคู่กับการอบรมอาสาสมัครในชุมชนเพื่อลดจำนวนชั่วโมงการดูแล พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ดูแล และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา ส่งเสริมทักษะการดูแล สร้างระบบดูแลที่ครอบคลุมให้สอดคล้องกับข้อจำกัดงบประมาณและระบบสุขภาพในประเทศไทย รวมถึงส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปี ลดความเสี่ยงของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพิงในอนาคต เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ระดับความเครียด; ผู้ดูแล; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทนำ

ภายใต้สถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของประชากรผู้สูงอายุ สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์และผลกระทบทางสุขภาพที่สำคัญ การเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จนนำไปสู่ภาวะพึ่งพิง อันหมายถึงภาวะที่บุคคลต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้อื่นในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการสำรวจการเป็นภาระผู้สูงอายุคาดการณ์ว่าในปี.ศ. 2573 จะเหลือประชากรวัยแรงงานเพียง 2.4 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (Ministry of Social Development and Human Security, 2016) ขณะที่ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลงจากขนาดครอบครัวที่เล็กลง การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าสู่เขตเมือง การทำงานนอกบ้านของสตรี และการเปลี่ยนผ่านจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มขาดผู้ดูแล หรือผู้ดูแลต้องแบกรับภาระเพียงลำพัง ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงทวีความชัดเจนมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน

ประเทศไทยมีนโยบายการดูแลกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งเน้นการฟื้นฟู บำบัด และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันยังอยู่ในลักษณะเชิงรับ โดยเน้นการตอบสนองเมื่อเกิดปัญหา มากกว่าการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก นอกจากนี้ยังประสบข้อจำกัดด้านโครงสร้าง ทั้งในแง่กำลังคนที่มีไม่เพียงพอ ทรัพยากรที่จำกัด และศักยภาพของระบบในการให้บริการที่ยังไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องแบกรับหน้าที่นี้เพียงลำพัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม (Siranee Sihapark et al., 2017)

ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ครอบคลุมทั้งด้านการดูแลร่างกาย จิตใจ การรักษาพยาบาล และการจัดการค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ภาระหน้าที่เหล่านี้มักก่อให้เกิดความเครียดจากแรงกดดันและปัญหาที่สะสมเรื้อรัง หากไม่มีระบบสนับสนุนที่เพียงพอ ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล นำไปสู่ความไม่สบายใจ วิตกกังวล และมี

ผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, & Kanisorn Tengrang, 2014) ทั้งนี้หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ความยาวนานในการดูแล และจำนวนชั่วโมงการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ (Sabzwari et al., 2016) โดยระดับความเครียดของผู้ดูแลเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนภาระและข้อจำกัดในการดูแล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลและการจัดการภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน แม้ว่ากรอบแนวคิด PRECEDE จะมุ่งเน้นการศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลแทนพฤติกรรมการดูแล เนื่องจากความเครียดเป็นผลลัพธ์สำคัญที่สะท้อนบริบทการดูแลซึ่งมีความซับซ้อนหลายมิติ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถจัดอยู่ในหมวดปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตามกรอบแนวคิด PRECEDE ได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล ช่วยให้เข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของความเครียดซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแล และออกแบบมาตรการช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุมยิ่งขึ้น

สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2564 -2566 พบอัตราร้อยละ 2.80, 3.09, 3.56 ตามลำดับ เมื่อจำแนกโดยใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living Index พบว่าอำเภอบางปะอินมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงเป็นอันดับสองของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในขณะเดียวกัน การประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบคัดกรองสุขภาพจิต (2Q) ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน พบว่าภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราร้อยละ 15.20, 16.14 และ 16.83 ในปีงบประมาณ 2564-2566 ตามลำดับ และพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่มีปัญหาภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Family Medicine Department Bang Pa-In Hospital, 2024) ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลมักถูกมองข้าม แม้จะเป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง อาจเนื่องมาจากระบบการดูแลระยะยาวในระดับชุมชนยังขาดกลไกสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หากผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องโดยปราศจากการดูแลที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางลบทั้งต่อตนเองและต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในด้านบริบทของพื้นที่ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีความหลากหลายทางอาชีพ วัฒนธรรม และวิถีชีวิต จึงเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลในระดับชุมชน ทั้งในมิติของการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายชุมชน และภาครัฐ ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการจัดทำนโยบายและมาตรการเพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนการพัฒนากระบวนการสุขภาพและการดูแลระยะยาว (Long-term Care) ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และสามารถขยายผลสู่ชุมชนอื่นได้อย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการผลักดันสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนของประเทศ และตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Goal 3) ในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการ

เก็บรวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยรายชื่อผู้ดูแลได้จากการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2567 คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลต้องถูกประเมินภาวะพึ่งพิงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living index คัดเลือกกลุ่มที่ระดับ ADL 0 - 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) 2) ทำหน้าที่หลักในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และไม่เกี่ยวกับข้อมูลมัดทางวิชาชีพ 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) มีสัญชาติไทยและสามารถสื่อสารได้ตอบภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน

กลุ่มตัวอย่างการวิจัย (Sample Size) จำนวน 204 คน โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Krejcie & Morgan, 1970) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลโดยวิธีการเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขนาดของประชากรในแต่ละตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยนํารายชื่อของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากแต่ละตำบล มาสุ่มตัวอย่างในโปรแกรม SPSS ให้ได้ตามสัดส่วนของจำนวนตัวอย่างในตำบลนั้น ๆ

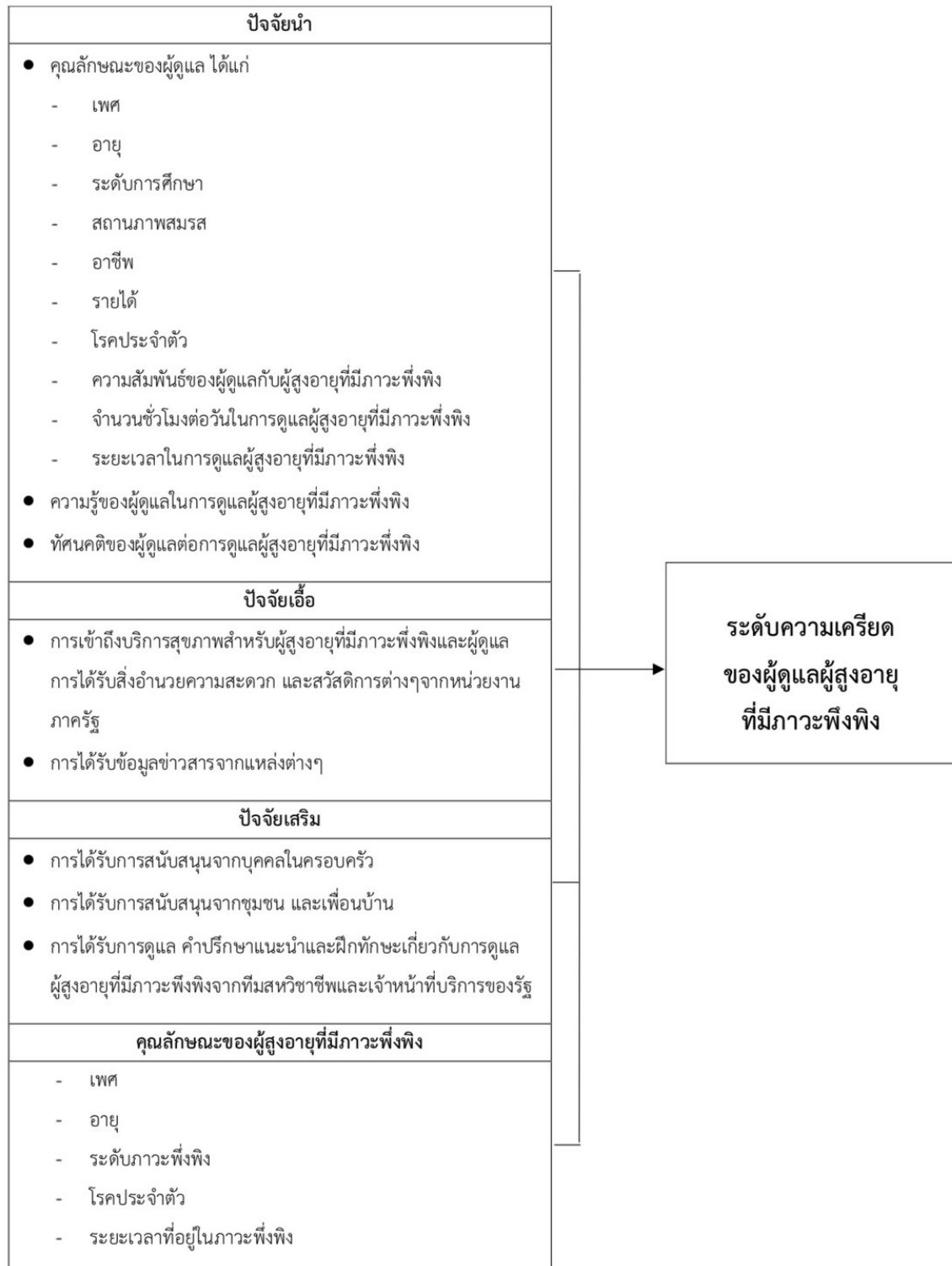
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับภาวะพึ่งพิง โรคประจำตัว ระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้มาจากการบันทึกแฟ้มเวชระเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นชนิดกำหนดให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Pheeraphat Watthanawanaphong & Civiliz Wanawatwichitra (2022) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 12 ข้อ คำถามเชิงบวก 8 ข้อ คำถามเชิงลบ 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้ตอบ (Check list) มีคำตอบ 2 ข้อคือ ใช่ และไม่ใช่ การให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบที่ผิด

ตอนที่ 3 ทศคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Wachirapan Tapin (2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 10 ข้อ คำถามเชิงบวก 5 ข้อ คำถามเชิงลบ 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 4 คะแนนหมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น ส่วนข้อคำถามทางลบกลับคะแนน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล การได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการต่างๆจากหน่วยงานภาครัฐ และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Hathaichanok sukhito (2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้าน การได้รับการดูแลคำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐ แบบสอบถามนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย Hathaichanok sukhito

(2010) และนำมาปรับปรุงแก้ไขทั้งภาษาที่ใช้ และจำนวนข้อให้เข้ากับพื้นที่ จำนวน 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 – 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย = 1 คะแนน, น้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล (Perceived stress Questionnaire: PSQ) ของ Levenstein S et al. (1993) ใช้ประเมินความเครียดตามการรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมุ่งเน้นการสำรวจประสบการณ์ความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ครอบคลุมมิติของความเครียด เช่น ความกดดัน ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงสำนวนภาษาที่ใช้ให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 22 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย = 1 คะแนน, เป็นประจำ = 2 คะแนน, บ่อยๆ = 3 คะแนน, เป็นบางครั้ง = 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบกลับคะแนน จำนวน 8 ข้อ นำคะแนนที่ได้มาจำแนกกลุ่มระดับความเครียดเป็น 3 กลุ่มดังนี้ ความเครียดระดับต่ำช่วงคะแนน 30 – 60 คะแนน ความเครียดระดับปานกลางช่วงคะแนน 61 – 90 คะแนน และความเครียดระดับปานกลางช่วงคะแนน 91 – 120 (Best, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยพัฒนาและสร้างแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถามนี้ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ 3 รายในสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต การพยาบาลชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องภายในแบบสอบถาม (IOC) อยู่ที่ 0.66 - 1.00

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีหาค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.81 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha Coefficient) ส่วนที่ตนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่าเท่ากับ 0.825 ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ มีค่าเท่ากับ 0.845 ส่วนข้อมูลด้านปัจจัยเสริม มีค่าเท่ากับ 0.903 และส่วนแบบวัดระดับความเครียดของผู้ดูแล มีค่าเท่ากับ 0.930

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เรียนสาธารณสุขอำเภอ บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบางปะอิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อกับผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อสอบถามความสมัครใจ และขออนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ ที่พักอาศัย และนัดหมายวันเวลาที่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม

3. ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล ณ ที่พักอาศัยของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และขอความยินยอมสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย กับกลุ่มตัวอย่าง แจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30 – 45 นาที/คน

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันตั้งแต่เวลา 13.00 - 16.30 น. เริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2567 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามเพื่อตรวจดูความครบถ้วน และความเรียบร้อยของการเก็บข้อมูลทุกครั้ง

5. หลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล สร้างคู่มือลงรหัส ลงรหัสข้อมูล ตรวจให้คะแนน ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้ผ่านการอนุมัติการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No. 025/2567 รหัสโครงการวิจัย 67PU007 ลงวันที่ 4 มีนาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแล 2) ปัจจัยเอื้อ 3) ปัจจัยเสริม และ 4) คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 5) ระดับความเครียดของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Simple binary logistic regression โดยการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

ปัจจัยนำเข้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ จำนวน 204 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 44.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 56.2 ปี ($SD = 8.18$) การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.3 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.3 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 39.2 และมีรายได้เพียงพอร้อยละ 62.2 ด้านโรคประจำตัวของผู้ดูแล พบว่า มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.8 ด้านความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า เป็นความสัมพันธ์แบบบิดามารดาร้อยละ 40.2 ด้านจำนวนชั่วโมงในการดูแล พบว่า ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันร้อยละ 72.5 จำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 13.03 ชั่วโมงต่อวัน ($SD = 7.03$) และมีระยะเวลาความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 53.9 ด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 65.2 และมีทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับดีร้อยละ 73.0 (Table 1)

ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล สิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและชุมชนพบว่า ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการ ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกและสวัสดิการในระดับมากร้อยละ 59.3 ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ พบว่าผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับมากร้อยละ 68.6 (Table 2)

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวพบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 47.0 ด้านการได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านพบว่าได้รับการสนับสนุนในระดับมากร้อยละ 45.6 และด้านการได้รับการดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการ

ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐพบว่า ได้รับการสนับสนุนในระดับมัธยฐาน 57.4 (Table 2)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.9 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 81 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 76.6 ปี (SD = 8.77) มีระดับภาวะพึ่งพิงแบบกลุ่มติดบ้าน (ADL 5 – 11 คะแนน) ร้อยละ 56.9 มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 62.7 ด้านระยะเวลาที่อยู่ภาวะพึ่งพิงพบมากที่สุดคือ ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 53.9 และระยะเวลาที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเฉลี่ย 2.6 ปี (SD = 1.52) (Table 2)

ระดับความเครียดของผู้ดูแล พบว่า มีความเครียดในระดับสูงร้อยละ 22.5 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.8 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 43.6 (Table 1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มระดับความเครียดต่ำ และกลุ่มระดับความเครียดปานกลางถึงสูง จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Simple binary logistic regression และรายงานผลในรูปของอัตราส่วนความเสี่ยงอย่างง่าย (Crude Odds Ratio: COR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% Confidence Interval: 95% CI)

ปัจจัยนำ พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 6.49 เท่า (95% CI COR: 3.29–12.79, $p < 0.001$) และผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวันมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า 6 ชั่วโมง 9.66 เท่า (95% CI COR: 4.57–20.42, $p < 0.001$) และพบว่ายังมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลสูงยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดมาก (Table 2)

ปัจจัยเอื้อ พบว่า ผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ได้รับสิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและชุมชนในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการในระดับมาก 7.13 เท่า (95% CI COR: 3.66 –13.92, $p < 0.001$) ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับมาก 6.99 เท่า (95% CI COR: 3.29–14.84, $p < 0.001$) (Table 2)

ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับมาก 18.25 เท่า (95% CI COR: 8.98 – 37.05, $p < 0.001$) ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และเพื่อนบ้านในระดับมาก 4.68 เท่า (95% CI COR: 2.58– 8.49, $p < 0.001$) และผู้ดูแลที่ได้รับการดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐในระดับต่ำถึงปานกลาง มีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก 5.91 เท่า (95% CI COR: 3.12 – 11.19, $p < 0.001$) (Table 2)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดเตียง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประเภทติดบ้าน 4.1 เท่า (95% CI COR: 2.23 – 7.52, $p < 0.001$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มเกิดความเครียดมากกว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีเพียง 1 โรค 3.03 เท่า (95% CI COR: 1.68 – 5.45, $p < 0.001$) (Table 2)

Table 1 Family caregivers' stress levels. (n = 204)

Stress levels	N	%
High stress levels	46	22.5
Moderate stress levels	69	33.8
Low stress level	89	43.6
Mean ± SD	69.42 ± 20.37	

Table 2 Relationship of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and characteristics of elderly individuals with dependency and family caregiver stress.

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
Predisposing Factors										
Gender							0.763			
Female ^{ref}	167	81.9	76	45.5	91	54.5		1.54	1.73	3.23
Male	37	18.1	13	35.1	24	64.9				
Age in years							0.689			
<50 ^{ref}	44	21.6	23	52.3	21	47.7				
51 - 60	91	44.6	30	33.0	61	67.0		2.22	1.06	4.64
≥ 61	69	33.8	36	52.2	33	47.8		1.00	0.47	2.14
Mean ± SD	56.20 ± 8.18									
years										
Education level							0.961			
≤ Primary education ^{ref}	29	14.2	15	51.7	14	48.3				
Secondary	56	27.5	22	39.3	34	60.7		1.65	0.67	4.09
education										
High school	70	34.3	29	41.4	41	58.6		1.51	0.63	3.61
education										
Diploma	22	10.8	11	50.0	11	50.0		1.07	0.35	3.24
≥ Bachelor's degree	27	13.2	12	44.4	15	55.6		1.33	0.46	3.83
Marital status							0.141			
Single ^{ref}	33	16.1	16	48.5	17	51.5				
Married	123	60.3	57	46.3	66	53.7		1.09	0.50	2.35
Widowed/separated	48	23.6	16	33.3	32	66.7		1.88	0.75	4.67
Occupation							0.203			
Agriculturist ^{ref}	23	11.3	13	60	9	40				
Merchant	80	39.2	36	43.8	45	56.3		2.04	0.78	5.30
Office	41	20.1	15	36.6	26	63.4		2.69	0.94	7.71
worker/Employee										
Government officer	24	11.8	12	50.0	12	50.0		1.55	0.48	4.95
Unemployed	36	17.6	13	36.1	23	63.9		2.75	0.93	8.09
Income							<0.001*			
Sufficient ^{ref}	127	62.2	75	59.6	52	40.4				
Insufficient	77	37.8	14	18.2	63	81.8		6.49	3.29	12.79
Had chronic diseases?							0.083			
No ^{ref}	80	39.2	44	55.0	36	45.0				
Yes	124	60.8	45	36.3	79	63.7		2.14	0.21	3.80

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
Number of chronic conditions							0.056			
1 Condition ^{ref}	85	68.6	34	40.0	51	60.0				
≥ 1 Condition	39	31.4	11	28.2	28	71.8		1.69	0.74	3.85
Relationship with the elderly individuals with dependency							0.670			
Neighbor ^{ref}	10	4.9	7	70.0	3	30.0				
Grandchild	15	7.4	9	60.0	6	40.0		1.55	0.28	8.53
Sibling	37	18.1	15	40.5	22	59.5		3.42	0.76	15.38
Father/Mother	82	40.2	40	48.8	42	51.2		2.45	0.59	10.13
Husband/Wife	60	29.4	18	30.0	42	70.0		5.44	1.26	23.46
Daily caregiving hours							<0.001*			
≤ 6 hours ^{ref}	56	27.5	45	80.4	11	19.6				
≥ 6 hours	148	72.5	44	29.7	104	70.3		9.66	4.57	20.42
Mean ± SD 13.03 ± 7.03 hours										
Duration of continuous caregiving							0.651			
≤ 1 year	22	10.8	9	40.9	13	59.1		1.20	0.47	3.04
1 – 3 years ^{ref}	110	53.9	50	45.5	60	54.5				
3 – 5 years	56	27.5	23	41.1	33	58.9		1.19	0.62	2.29
≥ 5 years	16	7.8	7	43.6	9	56.3		1.07	0.37	3.08
Mean ± SD 2.6 ± 1.52 years										
Caregiver's level of knowledge							0.059			
Good level ^{ref}	133	65.2	65	48.9	68	51.1				
Poor - Moderate	71	34.8	24	33.8	47	66.2		1.87	0.68	3.40
level										
Caregiver's level of attitudes							0.057			
Good level ^{ref}	149	73.0	71	47.7	78	52.3				
Poor - Moderate	55	27.0	18	32.7	37	67.3		1.87	0.97	3.57
level										
Enabling Factors										
Access to healthcare services							<0.001*			
High level ^{ref}	121	59.3	74	61.2	47	38.8				
Low - Moderate	83	40.7	15	18.0	68	82.0		7.13	3.66	13.92
level										
Access to information from multiple sources							<0.001*			
High level ^{ref}	140	68.6	79	56.4	61	43.6				
Low - Moderate	64	31.4	10	15.7	54	84.3		6.99	3.29	14.84
level										

Factors	Total		Stress				p-value	COR	95% CI COR	
	N	%	Low		Moderate/high				LL	UL
			n	%	N	%				
Reinforcing Factors										
Receiving support and assistance from family members							<0.001*			
High level ^{ref}	96	47.0	73	76.0	23	24.0				
Low - Moderate level	108	53.0	16	14.8	92	85.2		18.25	8.98 37.05	
Receiving support and assistance from the community and neighbors							<0.001*			
High level ^{ref}	93	45.6	59	63.4	34	36.6				
Low - Moderate level	111	54.4	30	27.0	81	73.0		4.68	2.58 8.49	
Receiving guidance, consultation, and skill training from a multidisciplinary team							<0.001*			
High level ^{ref}	117	57.4	71	60.7	46	39.3				
Low - Moderate level	87	42.6	18	20.6	69	79.4		5.91	3.12 11.19	
characteristics of elderly individuals with dependency										
Gender							0.376			
Female ^{ref}	112	54.9	52	46.4	60	53.6				
Male	92	41.1	37	40.2	55	60.4		1.28	0.73 2.25	
Age in years							0.155			
<70	58	28.4	21	36.2	37	63.8		1.67	0.83 3.36	
71 - 80	70	34.3	31	44.3	39	55.7		1.19	0.62 2.29	
≥ 81 ^{ref}	76	37.3	37	48.7	39	51.3				
Mean ± SD 76.66 ± 8.77 years										
ADL level							<0.001*			
Bedridden	88	43.1	22	25.0	66	75.0		4.10	2.23 7.52	
Bome Bound ^{ref}	116	56.9	67	57.8	49	42.2				
Number of chronic conditions							<0.001*			
1 Condition ^{ref}	76	37.3	46	60.5	30	39.5				
≥ 1 Condition	128	62.7	43	33.6	85	66.4		3.03	1.68 5.45	
Duration of dependency							0.651			
≤ 1 year	22	10.8	9	40.9)	13	59.1		1.20	0.47 3.04	
1–3 years ^{ref}	110	53.9	50	45.5	60	54.5				
3–5 years	56	27.5	23	41.1	33	58.9		1.19	0.62 2.29	
≥ 5 years	16	7.8	7	43.8	9	56.3		1.07	0.37 3.08	
Mean ± SD 2.6 ± 1.52 years										

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อวัดระดับความเครียดของผู้ดูแลและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม รวมถึงคุณลักษณะของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ได้ศึกษาประเมินระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.5 โดยในกลุ่มนี้มีความรู้สึกเหนื่อยล้าร้อยละ 91.2 และรู้สึกถูกกดดันจากภาระหน้าที่ที่หลากหลาย รวมถึงการต้องตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและไม่มีที่สิ้นสุด ร้อยละ 88.3 สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาระที่ผู้ดูแลต้องแบกรับอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในมิติของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการบริหารจัดการในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kodchaporn Tangchitsumran (2022) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเคยรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เนื่องจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และการที่ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น บริบทเฉพาะของอำเภอบางปะอินซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคม อาทิ ขนาดครอบครัวที่ลดลง การย้ายถิ่นของแรงงาน และความเป็นสังคมเมืองที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภาระการดูแลตกอยู่กับผู้ดูแลในครอบครัวเพียงลำพัง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องโดยขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต การจัดหาอาหาร ยา และการดูแลทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าสะสม นำไปสู่ภาวะเครียดเรื้อรังในผู้ดูแลได้

ปัจจัยนำเข้า ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneerat Chawbol et al. (2022) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ และพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีรายได้ที่เพียงพอเหลือเก็บ มีแนวโน้มเกิดความเครียดจากกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ อีกทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiranan Purimat et al. (2019) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงต่ำ โดยผู้ดูแลหลายคนไม่มีรายได้ประจำ หรือมีรายได้ไม่แน่นอน ประกอบกับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลผู้ดูแลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ยิ่งส่งผลให้เกิดความเครียดมาก สอดคล้องกับ Lazarus RS & Folkman S (1984) ที่กล่าวว่าความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าความสามารถในการเผชิญกับภาระของตนไม่เพียงพอต่อความต้องการของสถานการณ์ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่ต่อเนื่องยาวนาน และปราศจากการสนับสนุน อีกทั้งสะท้อนให้เห็นว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวันเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะจิตใจของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยหลายด้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมกลุ่มผู้ดูแลที่มีบทบาทการดูแลแบบต่อเนื่องโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ โดยเฉพาะในครัวเรือนที่มีเพียงสมาชิก 1 - 2 คน ผู้ดูแลมักต้องรับผิดชอบภารกิจทั้งหมดเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังและขาดเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม

ปัจจัยเอื้อ ผู้ดูแลที่มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐ และชุมชนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่เข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก และสวัสดิการในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ต่อการลดระดับความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การขาดการสนับสนุนดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีที่พึ่งพิง และแบกรับภาระหนักทั้งในด้านกายภาพ จิตใจ และเศรษฐกิจ นำไปสู่ภาวะความเครียดสะสมเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rathapon Thawonphat, Tiraporn Junda, & Bualuang Sumdaengrit (2025) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากบุคลากรทางการแพทย์ที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และการจัดหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม สวัสดิการ บริการสุขภาพ การอำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลจากสังคมและชุมชนสามารถในการพยากรณ์ความผาสุกทางใจ (Psychological Well-being) ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ในระดับสูง ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ที่มีคุณภาพ ครอบคลุมและทันสมัย เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับความเครียดในผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับทฤษฎี PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งระบุว่าปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เช่น การมีความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ เป็นสิ่งจำเป็นต่อการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและลดผลกระทบทางลบ เช่น ความเครียดและภาวะหมดไฟ

ปัจจัยเสริม ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง มีความเครียดสะสมจากการต้องรับผิดชอบทุกอย่างเพียงลำพัง รวมถึงขาดแรงเสริมทางอารมณ์ที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard, Given, Petlick, & Bemis (2008) พบว่าผู้ดูแลที่มีเครือข่ายการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติมีระดับความเครียดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ที่ต้องดูแลตามลำพัง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแบ่งเบาภาระทางกายและการสนับสนุนทางใจจากคนในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการลดความเครียดของผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้านในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การสนับสนุนจากชุมชนและเพื่อนบ้าน เช่น การช่วยดูแลชั่วคราว การมีเครือข่ายการพูดคุยปรึกษา หรือการจัดกิจกรรมร่วมกันในชุมชน ช่วยให้ผู้ดูแลมีโอกาสนผ่อนคลายและรู้สึกว่าได้เผชิญปัญหาตามลำพัง อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างพลังใจและลดความตึงเครียดในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Social Support Theory ของ House (2001) ที่ว่าเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน มีบทบาทอย่างมากในการลดผลกระทบด้านลบของความเครียด

ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนดูแล คำปรึกษาแนะนำ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่บริการของรัฐในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง การได้รับการสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มทักษะด้านการดูแลเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการลดระดับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pissamai Butimal et al. (2018) พบว่า หากผู้ดูแลไม่ได้รับการฝึกทักษะและคำแนะนำที่เพียงพอ อาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ถูกต้อง เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การดูแลเกิดความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และเพิ่มความเป็นภาระและความเครียดให้กับผู้ดูแลมากขึ้น

คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดเตียง ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประเภทติดบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabzwari, Badini, Fatmi, Jamali, and Shah (2016) พบว่า ระดับสภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (ADL) มีผลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลว่าการดูแลเป็นภาระในระดับสูง ซึ่งส่งผลกระทบในหลายมิติทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแล อาจนำไปสู่ความเครียดเรื้อรังและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ดูแล แต่ยังลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีจำนวนโรคประจำตัวเพียง 1 โรค ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนมากขึ้นเมื่อมีหลายโรคประจำตัว ซึ่งส่งผลให้การดูแลรักษาซับซ้อนและต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระทางกายและจิตใจเพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Garin et al. (2016) พบว่า การมีโรคประจำตัวหลายโรคของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับภาระในการดูแล และเพิ่มโอกาสของภาวะซึมเศร้าและความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญกับปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับความเครียดในหลากหลายมิติ การลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลจึงควรดำเนินการผ่านแนวทางแบบองค์รวม โดยบูรณาการมาตรการในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยข้อค้นพบจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลผ่านสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพผู้ดูแล การจ้างผู้ดูแลมืออาชีพโดยรัฐร่วมจ่าย ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ

สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล สิ่งอำนวยความสะดวกในระดับชุมชน พัฒนาเครือข่ายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแล และสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน เพื่อลดการแบกรับภาระเพียงลำพัง ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณและระบบสุขภาพประเทศไทยในปัจจุบัน การเพิ่มจำนวนผู้ดูแลมืออาชีพเพื่อลดจำนวนชั่วโมงการดูแลอาจดำเนินการควบคู่กับการอบรมอาสาสมัครในชุมชน การจัดตั้งทีมพี่เลี้ยงเพื่อให้คำปรึกษา ส่งเสริมทักษะการดูแล และการเชื่อมโยงกับสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่เดิมอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างระบบดูแลแบบยั่งยืนและครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงส่งเสริมการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี เพื่อลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ลดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันภาวะพึ่งพิงในอนาคต ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางที่มีข้อจำกัดด้านการอธิบายสาเหตุเชิงลึก การวิจัยในอนาคตควรเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative

Research) ด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุเชิงพฤติกรรมของความเครียดผู้ดูแลอย่างลึกซึ้งและรอบด้านยิ่งขึ้น นอกจากนี้เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความถูกต้องของผลการวิจัย ควรขยายพื้นที่ศึกษาครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างหลากหลายและใช้การวิเคราะห์แบบพหุปัจจัย (Multivariate analysis) ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับความเครียดของผู้ดูแล เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยรบกวนและระบุปัจจัยที่มีผลอย่างแท้จริงต่อระดับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอบางปะอินทุกท่าน ที่อนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในการอนุเคราะห์การดำเนินการวิจัยและผู้สนับสนุนทุกท่าน ทำให้การเก็บข้อมูลวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Chiranan Purimat, Sutham Nanthamongkolchai, Chokchai Munsawaengsub, Supachai Pitikultang, & Korravam Yodmai. (2019). Factors influencing quality of life among caregivers of dependent elderly persons in Chanthaburi Province. *Journal of Health Science of Thailand*, 28(4), 610–619.
- Family Medicine Department, Bang Pa-In Hospital. (2024). *Summary of the annual performance of the Health Promotion Division Bang Pa-In District 2023* [Annual report]. Bang Pa-In Hospital.
- Garin, N., Koyanagi, A., Chatterji, S., Tyrovolas, S., Olaya, B., Leonardi, M., ... Haro, J. M. (2016). Global multimorbidity patterns: A cross-sectional, population-based, multi-country study. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(2), 205–214. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv128>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., & Deeds, S. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mayfield Publishing.
- Hathaichanok sukhito. (2010). *Factors associated with caregivers' behavior in caring for patients with coronary artery disease at the cardiovascular and thoracic clinic, outpatient surgery department, Phramongkutklao Hospital* (Master's thesis). Kasetsart University. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2010.702
- House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 125–142.
- Kodchaporn Tangchitsumran. (2022). *Stress and stress coping among caregivers of hemodialysis patients in Nakhon Nayok Province* (Master's thesis). Thammasat University.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Lazarus RS, & Folkman S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Maneerat Chawbol, Virapun Wirojratana, & Doungrut Wattanakitkileart. (2022). Factors predicting depressive symptoms among caregivers of dependent elderly. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), July–September 2022. <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/20.500.14594/64828>
- Ministry of Social Development and Human Security. (2016). *The dependency ratio of the working-age population to the elderly relative to the total population from 1990 to 2030*. Office of the National Economic and Social Development Council. Thailand. https://www.m-society.go.th/news_view.php?nid=18009
- Pheeraphat Watthanawanaphong & Civiliz Wanawatwichittra. (2022). Factors affecting health care in dependency of caregivers in Si Satchanalai District, Sukhothai Province. *Journal of Nursing and Health Science Research*, 14(1), January–June 2022. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/256813>
- Pissamai Butimal, Sang-arun Isaramalai, & Ploenpit Thaniwattananon. (2018). Development of nursing practice guideline for preventing complications in bed-bound elders at home. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(3), 79–91.
- Rathapon Thawonphat, Tiraporn Junda, & Bualuang Sumdaengrit. (2025). The relationship between stress, social support, and quality of life among spouses of patients at the end-of-life stage in Thailand: A correlational study. *Belitung Nursing Journal*, 11, 109–118. <https://doi.org/10.33546/bnj.3224>

- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2008). Supporting family caregivers in providing care. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2647/>
- Sabzwari, S., Badini, A. M., Fatmi, Z., Jamali, T., & Shah, S. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(6), 394–403. <https://doi.org/10.26719/2016.22.6.394>
- Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, & Kanisorn Tengrang. (2014). The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Health Systems Research Institute. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4028?locale-attribute=th>
- Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, Watcharee Amornrojworawut, Piyathida Khuhiranyarat, Thara Rattanamnuaaysiri, & Thongkhot, N. (2017). A public policy proposal on establishing a long-term health care fund for dependent elderly people in Thailand (Long Term Care: LTC). Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Ministry of Public Health. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4889/hs2413.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wachirapan Tapin. (2010). Bio psycho social factors associated with geriatric health care behavior by geriatric caregiver (Master's thesis, Graduate School of Srinakharinwirot University). Bangkok, Thailand.

