

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี

จิรนนท์ ปุริมาตย์ วท.ม.\*สุธรรม นันทมงคลชัย ปช.ด.\*\*

โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ พ.บ., วว.\*\*

ศุภชัย ปิติกุลตัง พ.บ., วว.\*\*

กวรรณ ยอดไม้ Ph.D.\*\*

วันรับ:	17 ก.ย. 2561
วันแก้ไข:	30 ต.ค. 2561
วันตอบรับ:	20 พ.ย. 2561

\* หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุตรหลานหรือญาติ อายุ 18 - 59 ปี จำนวน 334 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 19 มกราคม ถึง 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติโคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับดีร้อยละ 63.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เรียงตามลำดับค่า Beta ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส (0.531, 0.311, -0.305, 0.233, 0.160, 0.158, -0.118 และ 0.084) โดยสามารถรวมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 58.1 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมในจังหวัดจันทบุรี ควรส่งเสริมการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้น

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

## บทนำ

ทั่วโลกกำลังอยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของประชากรทั้งในด้านขนาดและโครงสร้าง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกมีประชากรประมาณ 7.3 พันล้านคนและ

คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 8.5 พันล้านคน<sup>(1)</sup> ซึ่งประชากรวัย 60 ปีขึ้นไปเป็นเพียงกลุ่มเดียวที่มีขนาดเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยถือว่ามีผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 2 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศสิงคโปร์<sup>(2)</sup> โดยในปี พ.ศ.2558 มี

จำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.0 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2564 กล่าวคือ มีประชากร 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.0<sup>(3)</sup> การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านอายุของประชากร สู่แนวโน้มที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่เพิ่มสูงขึ้นนั้น<sup>(4)</sup> ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพัฒนาการทางการแพทย์และนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

การสูงวัยของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพและมีโอกาสเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มากขึ้น โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรัง มักจะส่งผลกระทบต่อมิติการช่วยเหลือตนเอง (functional status) และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว<sup>(5)</sup> กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ<sup>(6)</sup> ได้ดำเนินการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ.2558 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมประมาณร้อยละ 79.0 และมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมประมาณร้อยละ 21.0<sup>(7)</sup>

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยจะพบมากยิ่งขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น<sup>(8)</sup> ครอบครัวจึงเป็นสถาบันสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย แต่การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังเป็นการดูแลที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล บางครั้งจึงทำให้เกิดปัญหาในการดูแลได้<sup>(9)</sup> และการที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลไม่น้อยกว่า 12-13 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อทำกิจกรรมการดูแลหลักต้องปฏิบัติต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน<sup>(10)</sup> ก็ย่อมส่ง

ผลกระทบต่อสุขภาพและอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ลดลงได้

จังหวัดจันทบุรี มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.0 ของประชากรทั้งหมด<sup>(11)</sup> ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และจากข้อมูลการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดจันทบุรี ปีพ.ศ. 2559<sup>(12)</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงคิดเป็นร้อยละ 94.8 มีภาวะพึ่งพิงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.00 และมีภาวะพึ่งพิงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 1.2

จากข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ดูแลในจังหวัดจันทบุรีมีปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 24.8<sup>(13)</sup> นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความวิตกกังวล มีความเครียดสูงกว่าคนปกติด้วยเช่นกัน<sup>(14)</sup> การรับภาระการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคสมองเสื่อม ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงรุนแรง ก่อให้เกิดภาระและผลกระทบต่อผู้ดูแลทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม มากกว่าร้อยละ 70.0 โดยเฉพาะด้านอารมณ์และสังคม<sup>(15)</sup> ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลตามมาได้ แสดงให้เห็นว่าที่ผ่านมাজังหวัดจันทบุรียังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียงโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลกระทบและภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพิจารณาทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ยังไม่ปรากฏภาพที่ชัดเจนมาก่อน จึงเป็นประเด็นที่นำมาศึกษาในครั้งนี้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิด PRECEDE Framework ในขั้นตอนที่ 3 มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดในการวิจัย โดยปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ทศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ต่อการดูแล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี

### วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey) ประชากร คือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว อายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดจันทบุรีอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุตร หลาน หรือญาติอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในจังหวัดจันทบุรี ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนโดยเป็นการดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน จำนวน 334 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Daniel WW<sup>(16)</sup> ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุตร หลาน หรือญาติอายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ทำหน้าที่หลัก ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สมัครใจเข้าร่วม ในการศึกษาโดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ
3. สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับการบอก

กล่าวอย่างเต็มใจ

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้  
เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา ดังนี้

1. มีปัญหาสุขภาพ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

2. ติดภารกิจในช่วงที่เก็บข้อมูล

แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผสมผสานแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของ House JS<sup>(17)</sup> Cobb S<sup>(18)</sup> และ Schaefer C และคณะ<sup>(19)</sup> มีจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Coopersmith S<sup>(20)</sup> มีจำนวน 17 ข้อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การเห็นคุณค่าในตนเองโดยทั่วไป การเห็นคุณค่าในตนเองด้านสังคม ด้านครอบครัว และด้านการทำงาน

ส่วนที่ 4 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังฉบับภาษาไทยของ Toonsiri C และคณะ ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Steven H. Zarit และคณะ<sup>(21)</sup> มีจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตนเอง ความรู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอน

ส่วนที่ 5 แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

ชุดย่อ ฉบับภาษาไทยของส่ววัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ<sup>(22)</sup> มีจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.8 แบบวัดรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.8 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เท่ากับ 0.95 แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.7 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.83 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 1 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.869 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.85 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.75 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เท่ากับ 0.88 แบบวัดทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.77 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.78 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามสำรวจกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวันที่ 19 มกราคม ถึง 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณคนละ 30 นาที ภายหลังจากตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกข้อคำถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์

เพื่อหาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ เลขที่ MUPH 2018 - 009 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ.2561

## ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.5 และเพศชาย ร้อยละ 27.5 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 41.6 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.76 อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี โดยมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.3 เกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 46.1 มีรายได้รวมของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท ร้อยละ 23.0 มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 1 คน ร้อยละ 34.7 โดยผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลต่อวันอยู่ในช่วง 9 - 12 ชม. ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 61.7 ของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว นอกจากนี้ผู้ดูแลเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 82.3 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด ร้อยละ 55.7

สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมา คือคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 36.5 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 99.14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.58

เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.5 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 30.2 ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 79.0 รองลงมาคือมีคุณภาพชีวิตระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.7 และมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 40.1

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยวิเคราะห์แบบโคสแควร์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ต่อภาระการดูแล อายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล รายได้ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ตารางที่ 1)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $Beta = 0.531$ ) การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ( $Beta = 0.311$ ) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ( $Beta = -0.305$ ) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $Beta = 0.233$ ) รายได้ ( $Beta = 0.160$ ) ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ( $Beta = 0.158$ ) ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล ( $Beta = -0.118$ ) และสถานภาพสมรส ( $Beta = 0.084$ ) สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ร้อยละ 58.1 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทดสอบด้วยสถิติ Pearson's Correlation ( $n = 334$ )

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต	
	Pearson's Correlation (r)	p- value
ปัจจัยนำ		
การรับรู้ต่อภาระการดูแล	-0.347	<0.001*
อายุ	-0.216	<0.001*
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล	-0.181	<0.001*
รายได้	0.353	<0.001*
ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ	0.478	<0.001*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.531	<0.001*
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.435	<0.001*
ปัจจัยเสริม		
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.365	<0.001*

หมายเหตุ: \* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$ ,  
r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรคาดทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตัวแปรคาดทำนาย	B	Beta	R <sup>2</sup>	Adjusted R <sup>2</sup>	t	p- value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.333	0.531	0.282	0.280	11.427	<0.001*
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ	0.804	0.311	0.371	0.367	6.842	<0.001*
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-7.254	-0.305	0.462	0.457	-7.455	<0.001*
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.555	0.233	0.514	0.508	5.929	<0.001*
รายได้	5.128	0.160	0.537	0.529	4.014	<0.001*
ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ	0.521	0.158	0.555	0.546	3.637	<0.001*
ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล	-0.257	-0.118	0.568	0.559	-3.174	0.002*
สถานภาพสมรส	4.060	0.084	0.581	0.570	3.127	0.002*

Constant = -18.755

หมายเหตุ: \* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$ ,  $R^2 = 0.581$

B = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก,  $R^2$  = ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย

### วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.5 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 36.5 เนื่องจากผู้ดูแลเกือบครึ่งหนึ่งเป็น วัยทำงานอายุ 50 - 59 ปี ที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง เต็มเปี่ยมไปด้วยประสบการณ์และพลังทางความคิด จึงสามารถปรับตัวได้ดีและก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ ของชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดบ้าน ที่พบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่รุนแรง ซึ่งสามารถควบคุมและรักษาได้ ดังนั้นการรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงแตกต่างจากผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ในการศึกษานี้มีจำนวนไม่มาก ในขณะเดียวกันการที่ผู้ดูแลหลัก มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ย่อมทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแล และได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim Y และคณะ<sup>(23)</sup> พบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในระดับดี

ในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากที่สุด อธิบายได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีต่อตนเองและคิดว่าตนเองมีคุณค่า ถ้าผู้ดูแลมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเอง และมีแรงจูงใจที่ดี ก็จะส่งผลให้สามารถเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ รวมถึงทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saban KL และคณะ<sup>(24)</sup> พบว่า ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้สูงที่สุด ปัจจัยต่อมาคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพิง สมาชิกในครอบครัว จึงมีหน้าที่หลักในการพาผู้สูงอายุมารับบริการทางสุขภาพ ดังนั้นยิ่งในชุมชนมีแหล่งให้บริการทางสุขภาพที่เข้าถึงได้สะดวก มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มาก และผู้ให้บริการเป็นมิตรกับประชาชน การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลก็

จะดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zacharopoulou G และคณะ<sup>(25)</sup> พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ดูแลที่เกิดจากการเดินทางเพื่อไปรับบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

นอกจากนี้ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ก็เป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน หากผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรง สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างปกติ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและทำให้ผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตไปในทางที่ดี แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Y และคณะ<sup>(26)</sup> พบว่า โรคเรื้อรังมีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตทางร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต หากผู้ดูแลได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมจะทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับเขาวลักษณะ ทวีสิกรม และคณะ<sup>(27)</sup> พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในขณะที่ปัจจัยด้านรายได้ อธิบายได้ว่า รายได้ เป็นเครื่องบ่งบอกความมั่นคงทางการเงิน ผู้ดูแลจึงต้องมีความพร้อมในการเตรียมค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลยิ่งมีรายได้สูงและเพียงพอกับความจำเป็นในการใช้จ่ายต่างๆ ก็จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยและไม่เพียง สอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลักษณะ ทวีสิกรม และคณะ<sup>(27)</sup> พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

ปัจจัยต่อมา ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ อธิบายได้

ว่า ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ บ่งบอกถึงความสามารถของบุคคล ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว มีทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี มีความพึงพอใจต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและรู้สึกมีคุณค่า ตลอดจนผู้ดูแลเองก็รับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Lua PL และคณะ<sup>(28)</sup> พบว่า ทักษะการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชักมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคลมชัก ในขณะที่ปัจจัยด้านระยะเวลาในการดูแล อธิบายได้ว่า การที่ญาติผู้ดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลยาวนาน เพื่อทำกิจกรรมการดูแลหลักและต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ผู้ดูแลยิ่งใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุยาวนานมากเท่าไร คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จะยิ่งลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu Y และคณะ<sup>(26)</sup> พบว่า ชั่วโมงในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และท้ายที่สุด คือ สถานภาพสมรส อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ในสังคมไทยเป็นคู่สมรส ทำให้คู่สมรสต้องคอยช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันทั้งในยามสุขและยามป่วย แต่ผู้ดูแลบางส่วนที่แยกกันอยู่ รวมถึงหย่าร้าง อาจต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง ทำให้ขาดคู่คิดในการปรับทุกข์และให้กำลังใจยามเหนื่อยล้า จึงส่งผลให้รับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang J และคณะ<sup>(29)</sup> พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### สรุป

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

รายได้ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ร้อยละ 58.1

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการจัดสวัสดิการทางสังคม ได้แก่ โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดจันทบุรี ควรกำหนดนโยบายร่วมกันอย่างบูรณาการ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และวางแผนจัดทำแนวทางการดูแลญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่งเสริมการสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอและจัดหาสวัสดิการทางสังคมที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้น

#### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุขในพื้นที่ของจังหวัดจันทบุรี เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการจัดหน่วยเยี่ยมบ้านหรือทีมหมอครอบครัว เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร่วมกันติดตามผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการจัดการความเครียดเพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสวัสดิการทางสังคมในจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจันทบุรี ควรพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การให้คำปรึกษา และการติดต่อกับสังคมภายนอก เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในสังคมที่นอกเหนือจากคนในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือและร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร

ที่เป็นประโยชน์แก่กัน จะทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อทั้งตนเองและสังคม รวมถึงมีอัตมโนทัศน์ที่ดีขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance table. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division; 2015.
2. บรรลุ ศิริพานิช, ลัดดา ดำริการเลิศ, ปราโมทย์ ประสาทกุล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557.
4. เกื้อ วงศ์บุญสิน, บรรณาธิการ. การคาดการณ์เพื่อสังคมสูงวัยในอนาคต. การประชุมคณะกรรมการการประเมินการดำเนินงานของ สวทศ. ครั้งที่ 3/2558; วันที่ 10 กันยายน 2558; สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ; 2558.
5. สุภาดา คำสุชาติ. ปัญหาและความต้องการดูแลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560;26:1156-64.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์-แอนด์-เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2557.
7. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
8. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร. การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน; 2555.
9. เล็ก สมบัติ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย); 2549.



10. Goy ER, Carter JH, Ganzini L. Needs and experiences of caregivers for family members dying with Parkinson disease. *J Palliat Care* 2008;24:69–75.
11. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี. รายงานผลการวิเคราะห์ สถานการณ์ทางสังคมของท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ 2557. จันทบุรี, สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557.
12. คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำกระทรวง-สาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดจันทบุรี. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
13. วรณรัตน์ ลาวัจ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย. สถานการณ์และความต้องการของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี* 2547;12:17–31.
14. กรรณิกา รักษ์เจริญ. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า-จันทบุรี* 2557;25:90–7.
15. โกมาตกร จิ่งเสถียรทรัพย์, ศิราณี ศรีหาภาค, คณิศร เต็งรัง. รายงานผลการวิจัยเรื่อง ผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
16. Daniel WW. *Biostatistic concepts and methodology for the health science*. Ninth edition. New York: John Wiley & Sons Inc; 2010.
17. House J. The nature of social support. In: Reading MA, editor. *Work stress and social support*. Philadelphia: Addison Wesley; 1981. p. 13–23.
18. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38:300–14.
19. Schaefer C, Coyne J, Lanzarus R. The health-related function of social support. *J Behavioral Medicine* 1981; 4:381–406.
20. Coopersmith S. *Self-esteem inventory*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: California Consulting Psychologists Press;1984.
21. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education* 2011;4:62–75.
22. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะรังกุล. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 เม.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
23. Kim Y, Spillers RL. Quality of life of family caregivers at 2 years after a relative’s cancer diagnosis. *Psycho-Oncology* 2009;19:431–40.
24. Saban KL, Joan M, Griffin AU, Marissa AJ, Theresa L, et al. Perceived health, caregiver burden, and quality of life in women partners providing care to Veterans with traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev* 2016;53: 681– 92.
25. Zacharopoulou G, Zacharopoulou V, Lazakidou A. Quality of life for caregivers of elderly patients with dementia and measurement tools: a review. *International Journal of Health Research and Innovation* 2015; 3:49–64.
26. Yu Y, Hu J, Efrid J.T, McCoy T. P. Social coping strategies and health – related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *J Clin Nurs* 2013;22:2160–71.
27. เยาวลักษณ์ ทวีกลีกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, มณีรัตน์ พรหมณี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพา ในเขตอำเภอโมรณย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข* 2557;24:104–18.
28. Lua PL, Nor K, Zariah AA, Lee KF. Caregiving for Epilepsy: awareness, knowledge, attitude and health-related quality of life of family caregivers. *Malaysian Journal of Psychiatry* 2557;23:1–12
29. Wang J, Zhao X. Quality of life and social support in spouses of patients with depression. *Psychiatr Rehabil J* 2012;16:28–35.

**Abstract: Factors Influencing Quality of Life Among Caregivers of Dependent Elderly Persons in Chanthaburi Province**

**Chiranan Purimat M.Sc.\*; Sutham Nanthamongkolchai, Ph.D.\*\*; Chokchai Munsawaengsub, M.D., Dip. Thai board of Pediatrics\*\*; Supachai Pitikultang, M.D., Dip. Thai board of pediatrics\*\*; Korravarn Yodmai, Ph.D.\*\***

*\* Master of Science Program, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Study, Mahidol University;*

*\*\*Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28:610-9.*

The objective of this study was to investigate the quality of life and influencing factors on the quality of life of caregivers of the dependent elderly in Chanthaburi Province. Participants were 334 main caregivers such as offsprings and relatives of the elderly who were between 18-59 years old. They were selected by using stratified sampling method. Data were collected by questionnaire from 19 January - 28 February 2018; and were analyzed by Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression analysis. The results showed that the quality of life of caregivers of dependent elderly was at good level (63.5%). The influencing factors and predictors of the quality of life of caregivers of dependent elderly included self-esteem, health service accessibility, health status of caregivers, social supporting, income, attitude to care the elderly, duration of care, and marital status significant level. (Beta=0.531, 0.311, -0.305, 0.233, 0.160, 0.158, -0.118 and 0.084, respectively) ( $p < 0.05$ ). These factors could predict the quality of life of caregivers of dependent elderly by 58.1%. Thus, the department of health promotion office and social welfare in Chanthaburi Province should promote and support self-esteem, good attitude to care the elderly, good health service accessibility, and sufficient income that would lead to the better quality of life of the caregivers.

**Keywords:** quality of life, caregivers, dependent elderly, self-esteem