

ภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น

ภาวินี ลาโยธี¹, น้อมจิตต์ นวลเนตร^{2,3}

¹งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

²สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

³ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

Caregiver Burden and Depression among Caregivers of Individuals with Visual Impairment

Pawinee Layothee¹, Nomjit Nualnetr^{2,3*}

¹Department of Physical Therapy, Kuchinarai Crown Prince Hospital, Kalasin

²School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen

³Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People, Khon Kaen University, Khon Kaen

หลักการและวัตถุประสงค์: ในประเทศไทยคนพิการทางการเห็นจำนวนมากต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นส่วนใหญ่รู้สึกว่ามีภาระและมีภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในชุมชน

วิธีการศึกษา: อาสาสมัครคือผู้ดูแลของคนพิการทางการเห็นในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 114 ราย (อายุเฉลี่ย 43.5 ปี) ประเมินภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครด้วยแบบวัดภาระในการดูแล (Zarit-CBS) ฉบับภาษาไทย (คะแนนเต็ม 88 คะแนน) และแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CES-D) ฉบับภาษาไทย (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) ตามลำดับ โดย Zarit-CBS ≤ 20 คะแนนถือว่าอาสาสมัครไม่รู้สึกรู้สึกมีภาระในการดูแล และ CES-D ≥ 22 คะแนนแสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครต้องถูกประเมินเพิ่มเติมเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา: ค่าคะแนนเฉลี่ยของ Zarit-CBS และ CES-D เท่ากับ 7.3 ± 5.5 และ 4.9 ± 3.5 คะแนน ตามลำดับ จากอาสาสมัคร 114 ราย มีอาสาสมัคร 5 ราย (ร้อยละ 4.4) ที่รู้สึกว่าการดูแลคนพิการเป็นภาระเล็กน้อย (Zarit-CBS อยู่ในช่วง 21-40 คะแนน) และมีอาสาสมัครเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ที่อาจมีภาวะซึมเศร้า (CES-D เท่ากับ 33 คะแนน)

สรุป: ผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในอำเภอกุฉินารายณ์ส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่าการดูแลญาติของตนไม่เป็นภาระ และไม่ได้จัดว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า

Background and objective: In Thailand, most individuals with visual impairment need caregivers for their living. Previous studies from many countries revealed burden and depression in caregivers of visually impaired persons. No research about this issue was reported in Thailand. This study aimed to evaluate the degree of burden and depression among caregivers of community-dwellers with visual impairment.

Methods: Participants were 114 caregivers (average age 43.5 years) of individuals with visual impairment living in Kuchinarai district, Kalasin province. Their degree of burden and the risk of depression were evaluated by using Thai versions of the Zarit-CBS (full score = 88 points) and the CES-D (full score = 60 points), respectively. The Zarit-CBS score of 20 or less indicates little or no burden in caring. The CES-D score of 22 or more is considered to reflect the need for further assessment and evaluation for depression.

Results: The average scores of Zarit-CBS and CES-D were 7.3 ± 5.5 and 4.9 ± 3.5 points, respectively. Of 114 caregivers, five (4.4%) expressed mild to moderate burden (Zarit-CBS = 21-40 points). Only one caregiver (0.9%) might have depression (CES-D = 33 points).

Conclusions: Most of caregivers in Kuchinarai district reported low degrees of burden and depression in caring for their relatives with visual impairment.

*Corresponding author : Nomjit Nualnetr, School of Physical Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Khon Kaen University, Khon Kaen, e-mail: nomjit@kku.ac.th

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความพิการทางการเห็น

Keywords: caregiver burden, depression, visual impairment

ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(4): 346-352. • Srinagarind Med J 2019; 34(4): 346-352.

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีคนพิการทางการเห็นมากถึง 189,706 ราย หรือร้อยละ 10.8 ของคนพิการทั้งหมดของประเทศ¹ คนพิการเหล่านี้มักประสบกับปัญหาหลายประการ เช่น มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เสี่ยงต่อการล้ม มีภาวะพึ่งพิง แยกตัวออกจากสังคม คุณภาพชีวิตลดลง ความอิสระในชีวิตลดลง และมีภาวะซึมเศร้า^{2,3} คนพิการทางการเห็นจำนวนมากจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการดำรงชีวิต โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน เป็นต้น ซึ่งนอกจากจะต้องดูแลญาติของตนที่มีความพิการทางการเห็นแล้ว ในแต่ละวันผู้ดูแลเหล่านี้ยังอาจต้องรับผิดชอบภารกิจอื่นๆ อีก ทั้งภายในและนอกบ้าน จนอาจเกิดความรู้สึกว่าการดูแลคนพิการของตนเป็นภาระ ภาระในการดูแลคนพิการหรือผู้ป่วยรายหนึ่งๆ นั้นครอบคลุมทั้งภาระทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการเงิน และด้านสังคม⁴ มีรายงานว่าการดูแลคนพิการเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งต่อการเสียชีวิตของผู้ดูแล^{5,6} หากต้องประสบกับความรู้สึกที่มีภาระในการดูแลไปนานๆ ผู้ดูแลอาจรู้สึกท้อแท้ ไม่อยากดูแล และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้⁶ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอินเดียเกี่ยวกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นพบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าภาระในการดูแลคนพิการของตนเป็นภาระ และร้อยละ 16-48 ของผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า⁷ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นประเภทพิการตาบอด⁸ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ จำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้ในการดูแลอย่างใกล้ชิด กิจกรรมที่ต้องให้การดูแล และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล⁹ การศึกษาล่าสุดในประเทศอินเดียโดย Khare และคณะ¹⁰ พบว่าร้อยละ 91.8 ของผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าภาระในการดูแลของตนซึ่งเป็นคนพิการทางการเห็นเป็นภาระในระดับปานกลางถึงมาก ในขณะที่ผู้ดูแลทุกคนในการศึกษาดังกล่าวได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยความรู้สึกที่มีภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้พบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทย ซึ่งมีบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมแตกต่างจากประเทศต่างๆ ที่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้แล้ว ปัญหาและผลกระทบของผู้ดูแลในการดูแลคนพิการจึงอาจแตกต่างกันไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษานี้เพื่อประเมินภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในชุมชนของประเทศไทย โดยทำการศึกษาในพื้นที่อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ภารกิจด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการทางการเห็นในชุมชนอยู่ในความรับผิดชอบของนักกายภาพบำบัดประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ภูผินารายณ์

วิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษาด้วยวิธีเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงมิถุนายน 2561 โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว (เลขที่โครงการ HE602276 ลงวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2560)

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาคือ ผู้ดูแลหลักของคนพิการทางการเห็นในอำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยคนพิการทางการเห็นนั้นจะต้องได้รับการขึ้นทะเบียนคนพิการแล้ว มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลคนพิการของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ภูผินารายณ์ และไม่มีภาวะพิการประเภทอื่นร่วม ส่วนผู้ดูแลหลักหมายถึงผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่นในการให้ความช่วยเหลือดูแลบุคคลในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วย พิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถดูแลจัดการตนเองได้ โดยให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน^{11,12}

สำหรับเกณฑ์การคัดกรองผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นเข้าเป็นอาสาสมัครของการวิจัยคือ เป็นผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ และสามารถสื่อสารทางวาจาได้เข้าใจ ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือ ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 ราย ซึ่งได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก¹³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% และความกระชับของการประมาณค่าเท่ากับ 0.05 ส่วนค่าสัดส่วน (P) ในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงตามการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน¹⁰ คือสัดส่วนของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นที่มีความรู้สึกว่าภาระในการดูแลคนพิการเป็นภาระปานกลางถึงมากเท่ากับ 0.92 การจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อในฐานข้อมูลคนพิการทางการเห็นของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ภูผินารายณ์

ส่วนเครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถามภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็น ประกอบด้วย ตอนที่ 1 เป็นการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ตอนที่ 2 เป็นการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเห็น มีคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ตอนที่ 3 เป็นการสอบถามความรู้สึกในการดูแลคนพิการทางการเห็นของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล (Zarit Caregiver Burden Scale; Zarit-CBS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดยชนัญชิตาคุณุฎี ทุลศิริ และคณะ¹⁴ แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 22 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคะแนนได้แก่ 0 (ไม่เคยเลย) 1 (นาน ๆ ครั้ง) 2 (บางครั้ง) 3 (บ่อยครั้ง) และ 4 (เป็นประจำ) คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 88 คะแนน และแปลผลตามช่วงคะแนน กล่าวคือ คะแนนรวม 0-20 คะแนน

หมายถึง ไม่เป็นภาวะ 21-40 คะแนน หมายถึง เป็นภาวระน้อย 41-60 คะแนน หมายถึง เป็นภาวระปานกลาง และ 61-88 คะแนน หมายถึง เป็นภาวระมาก และตอนที่ 4 เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D) ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย ชนิตตา พลอยล้อมแสง¹⁵ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และคำถามเชิงบวก 4 ข้อ โดยถามถึงความถี่ของการเกิดความรู้สึกหรือการกระทำพฤติกรรมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็นไม่เลย (น้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ค่อนข้างบ่อย (3-4 วัน/สัปดาห์) และเป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์) การให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงลบจะเรียงจาก 0, 1, 2 และ 3 ตามลำดับ และเรียงจาก 3, 2, 1 และ 0 สำหรับคำถามเชิงบวก คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ 60 คะแนน โดยจุดตัดค่าคะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนถือว่าผู้ดูแลอยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า¹⁶ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทำโดยนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย จำนวน 6 ราย เพื่อให้เกิดความแม่นยำในการรวบรวมข้อมูล พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับแบบสอบถามตอนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ

สำหรับขั้นตอนการศึกษามีดังนี้ หลังจากที่ได้รับอนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชภูผาขุณินรายณ์เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตเข้าถึงฐานข้อมูลคนพิการทางการเห็นของโรงพยาบาล จากนั้นจัดเตรียมอาสาสมัครผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นตามเกณฑ์การคัดกรองจำนวน 114 ราย แล้วนัดหมายวันและเวลาสำหรับการรวบรวมข้อมูลการวิจัยกับอาสาสมัคร ในวันที่กำหนดรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคนที่ 1 เข้าพบอาสาสมัครแต่ละรายที่บ้าน แล้วให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามของการศึกษา รายละเอียดประมาณ 30 นาที จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดในการดูแลคนพิการโดยสังเขปแก่อาสาสมัครประมาณ 5 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการเมื่อการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยทั้งสองนำข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์คนละครั้งด้วยโปรแกรม EPI DATA แล้วตรวจสอบแฟ้มข้อมูลทั้ง 2 แฟ้มให้ถูกต้องตรงกัน จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS 23.0 ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit test ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามความเหมาะสมของข้อมูล ส่วนข้อมูลการประเมินภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัครด้วย Zarit-CBS และ CES-D รายงานด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ร่วมกับค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายตัวไม่ปกติ

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 114 ราย ร้อยละ 79.8 เป็นเพศหญิง อาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน (อายุเฉลี่ย 43.5 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.8) การศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (ร้อยละ 86.0) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.1) และให้การดูแลคนพิการทางการเห็นมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 10 ปี โดยมีสถานะเป็นบุตรของคนพิการ (ร้อยละ 65.8) มีอาสาสมัคร 3 รายที่นอกจากจะดูแลคนพิการทางการเห็นแล้ว ยังต้องให้การดูแลคนพิการหรือผู้ป่วยรายอื่นในบ้านด้วย (ตารางที่ 1)

สำหรับคนพิการทางการเห็นที่อยู่ในความดูแลของอาสาสมัคร ร้อยละ 63.2 เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 68.3 ปี) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.0) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 87.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ในปัจจุบัน (ร้อยละ 86.0) ไม่ได้เกิดความพิการทางการเห็นตั้งแต่กำเนิด แต่ส่วนใหญ่ค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย (หมายถึง ค่อย ๆ เกิดความผิดปกติทางการเห็นขึ้นจากสาเหตุโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน เนื้องอกในสมอง ต้อ เป็นต้น) หรือเกิดขึ้นภายหลัง (หมายถึง เกิดความผิดปกติทางการเห็นอย่างเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ ได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น) ระยะเวลาที่เกิดความพิการเฉลี่ย 18 ปี โดยสาเหตุหลักคือโรคต่อกระบอก/ต้อหิน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินตัวแปรของการศึกษา พบว่ามีอาสาสมัคร 5 ราย (ร้อยละ 4.4) ที่รู้สึกว่าการดูแลคนพิการของตนเป็นภาระเล็กน้อย โดยค่าคะแนน Zarit-CBS ของอาสาสมัคร 5 รายนั้นเท่ากับ 29, 24, 24, 23 และ 22 คะแนน ตามลำดับ อาสาสมัครที่เหลือทั้งหมดได้ค่าคะแนน Zarit-CBS อยู่ในช่วง 0-20 คะแนน นั่นคืออาสาสมัครส่วนใหญ่รู้สึกว่าการดูแลคนพิการของตนไม่เป็นภาระ ค่ามัธยฐานและค่าคะแนนเฉลี่ยของ Zarit-CBS สำหรับอาสาสมัครทั้งหมดเท่ากับ 6.0 และ 7.3 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลด้วยแบบวัด CES-D พบว่ามีอาสาสมัครเพียงรายเดียว (ร้อยละ 0.9) ที่ได้คะแนนรวมทั้ง 33 คะแนน ซึ่งถือว่าอาสาสมัครเข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า (เนื่องจากได้ค่าคะแนน CES-D มากกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน) ค่ามัธยฐานและค่าคะแนนเฉลี่ยของ CES-D สำหรับอาสาสมัครทั้งหมดเท่ากับ 4.0 และ 4.9 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่ร้อยละ 95 รู้สึกว่าการดูแลคนพิการของตนไม่เป็นภาระ และมีอาสาสมัครเพียงรายเดียวที่ได้ผลการประเมินว่าเป็นผู้ที่อาจมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งข้อค้นพบนี้แตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศ ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในประเทศแคนาดา⁸ ประเทศสหรัฐอเมริกา^{9,17} หรือประเทศอินเดีย^{7,10} แต่คล้ายคลึงกับผลการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยภาวะเรื้อรังประเภทต่าง ๆ ใน

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร (จำนวน 114 ราย)

คุณลักษณะ	ข้อมูล
เพศ [จำนวน (ร้อยละ)]	
หญิง	91 (79.8)
ชาย	23 (20.2)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	43.5 (8.8)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	25-68
ระดับการศึกษาสูงสุด [จำนวน (ร้อยละ)]	
ประถมศึกษา	44 (38.6)
มัธยมศึกษา	54 (47.4)
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	8 (7.0)
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	8 (7.0)
อาชีพ [จำนวน (ร้อยละ)]	
เกษตรกร	62 (54.4)
รับจ้าง	41 (36.0)
ข้าราชการ	6 (5.3)
ค้าขาย	4 (3.5)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1 (0.9)
โรคประจำตัว [จำนวน (ร้อยละ)] (ระบุได้มากกว่า 1 คำตอบ)	
ความดันโลหิตสูง	4 (3.5)
ไขมันในเลือดสูง	4 (3.5)
เบาหวาน	3 (2.6)
หอบหืด	1 (0.9)
หัวใจ	1 (0.9)
ไม่มี	105 (92.1)
ระยะเวลาที่ดูแลคนพิการ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10.0 (6.4)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	1-37
ความสัมพันธ์กับคนพิการ [จำนวน (ร้อยละ)]	
บุตรสาว/บุตรชาย	75 (65.8)
หลาน	13 (11.4)
สามี/ภรรยา	9 (7.9)
บุตรสะใภ้	4 (3.5)
อื่น ๆ (มารดา พี่/น้อง)	13 (11.4)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร (จำนวน 114 ราย) (ต่อ)

คุณลักษณะ	ข้อมูล
บุคคลอื่นที่ช่วยในการดูแลคนพิการ [จำนวน (ร้อยละ)]	
มี (เป็นเวลา 8 ชั่วโมงต่อวัน)	17 (14.9)
ไม่มี	97 (85.1)
ภาระในการดูแลคนพิการหรือผู้ป่วยรายอื่น ๆ [จำนวน (ร้อยละ)]	
มี (บิดาเป็นอัมพาตครึ่งซีก มารดาฟอกไต ทางหน้าท้อง หลานนอนติดเตียง)	3 (2.6)
ไม่มี	111 (97.4)

ประเทศไทย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง¹⁸ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁹ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง²⁰ เด็กออทิสติก²¹ เป็นต้น การที่พบว่า ผู้ดูแลในประเทศไทยมีความรู้สึกมีภาระและภาวะซึมเศร้าในการดูแลคนพิการทางการเห็นน้อยกว่าผู้ดูแลในต่างประเทศนั้น อาจเนื่องด้วยปัจจัยต่อไปนี้ ปัจจัยแรกอาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของสังคมไทย โดยเฉพาะสังคมต่างจังหวัดที่การดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพมักเป็นบทบาทของญาติของผู้ดูแลนั้น โดยเฉพาะเพศหญิง¹⁸⁻²⁰ อีกทั้งมักจะมีการช่วยเหลือจุนเจือกันภายในครอบครัวและในชุมชนที่จะช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย/คนพิการในบางโอกาส ดังจะเห็นได้จากข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครในตารางที่ 1 ที่อาสาสมัครส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับคนพิการในสถานะเป็นบุตร ด้วยเหตุนี้จึงมีความเป็นไปได้ที่อาสาสมัครให้การดูแลคนพิการตามบทบาทที่บุตรที่ดีพึงกระทำต่อผู้ให้กำเนิด จึงไม่รู้สึกว่าภาระการดูแลคนพิการของตนนั้นเป็นภาระ และไม่เกิดภาวะซึมเศร้าด้วย อย่างไรก็ตาม มีความเป็นไปได้เช่นกันที่อาสาสมัครไม่ได้เปิดเผยความรู้สึกถึงการมีภาระในการดูแลคนพิการซึ่งเป็นญาติของตนอย่างแท้จริง เพราะอาจรู้สึกอายใจที่คิดเช่นนั้น เนื่องจากลักษณะสังคมไทยโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความเป็นครอบครัวและความเคารพและกตัญญูต่อบิดา มารดา และญาติผู้ใหญ่ การดูแลญาติในครอบครัวที่เจ็บป่วยจึงเสมือนเป็นหน้าที่ที่ไม่ควรหลีกเลี่ยง^{18,19}

ปัจจัยต่อมาอาจเนื่องจากอาสาสมัครส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ยังเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน ไม่มีโรคประจำตัว และให้การดูแลคนพิการมาเป็นระยะเวลานานเฉลี่ย 10 ปี จึงอาจทำให้ในปัจจุบันอาสาสมัครสามารถวางแผนหรือมีทักษะในการดูแลคนพิการอย่างเหมาะสมกับสภาพเงื่อนไขและความสะดวกของตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาระในการดูแล ในขณะที่คนพิการทางการเห็นในการศึกษานี้จำนวนมากค่อย ๆ เกิดความผิดปกติทางการเห็นขึ้นทีละน้อย โดยระยะเวลาที่เกิดความพิการเฉลี่ยนานถึง 18 ปี รวมทั้งคนพิการบางรายอาจเคยได้รับการฝึกการทำควมคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหว (orientation and mobility training, O & M) แล้ว²² จึงทำให้สามารถปรับตัวต่อความพิการของตนเองและสามารถช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันได้พอสมควร จนไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นมากนัก อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลของคนพิการเกี่ยวกับระดับความ

ตารางที่ 2 คุณลักษณะทั่วไปของคนพิการทางการเห็นใน ความดูแลของอาสาสมัคร (จำนวน 114 ราย)

คุณลักษณะ	ข้อมูล
เพศ [จำนวน (ร้อยละ)]	
หญิง	72 (63.2)
ชาย	42 (36.8)
อายุ (ปี)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	68.3 (13.2)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	27-94
ระดับการศึกษาสูงสุด [จำนวน (ร้อยละ)]	
ประถมศึกษา	100 (87.7)
มัธยมศึกษา	6 (5.3)
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	1 (0.9)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7 (6.1)
การประกอบอาชีพในปัจจุบัน [จำนวน (ร้อยละ)]	
ทำ (วางแผนไทย เกษตรกร ค้าขาย รับจ้างทั่วไป)	16 (14.0)
ไม่ได้ทำ (เนื่องจากอายุมาก ตามองไม่เห็น ไม่ได้ฝึกอาชีพหลังตาบอด)	98 (86.0)
การเกิดความพิการทางการเห็น [จำนวน (ร้อยละ)]	
ค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย	58 (50.9)
เกิดขึ้นภายหลัง	49 (43.0)
ตั้งแต่กำเนิด	7 (6.1)
ระยะเวลาที่เกิดความพิการทางการเห็น (ปี)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	18.0 (15.9)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	2-74
สาเหตุของความพิการทางการเห็น [จำนวน (ร้อยละ)]	
ต้อกระจก	49 (43.0)
ต้อหิน	39 (34.2)
อุบัติเหตุ	9 (7.9)
อื่น ๆ (ได้แก่ เนื้องอกในสมอง ตืดเชื้อ จอประสาทตาเสื่อม ไม่ทราบสาเหตุ)	17 (14.9)

พิการ (ตาบอดหรือตาเห็นเลือนราง) สถานะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ทั้งกิจกรรมพื้นฐาน (activities of daily living) และกิจกรรมซับซ้อน (instrumental activities of daily living) ทำให้ไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าการที่อาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้ว่าการดูแลคนพิการของตนเป็นภาระนั้นสัมพันธ์กับระดับความพิการ สถานะสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการหรือไม่ จึงควรรวบรวมข้อมูลเหล่านี้ในการศึกษาต่อไปในอนาคตด้วย

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตัวแปรของการศึกษา (จำนวนอาสาสมัคร 114 ราย)

ตัวแปร	ข้อมูล
ภาระในการดูแลคนพิการทางการเห็นของอาสาสมัคร (คะแนนเต็ม 88 คะแนน)	
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	6.0 (4.0, 9.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.3 (5.5)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-29
จำนวน (ร้อยละ) ของอาสาสมัครในแต่ละช่วงคะแนน	
0-20 คะแนน (หมายถึง ไม่เป็นภาระ)	109 (95.6)
21-40 คะแนน (หมายถึง เป็นภาระน้อย)	5 (4.4)
ภาวะซึมเศร้าของอาสาสมัคร (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)	
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	4.0 (3.0, 6.0)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4.9 (3.5)
ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	0-33
จำนวน (ร้อยละ) ของอาสาสมัครที่มีคะแนน ≥ 22 คะแนน (หมายถึง อาจมีภาวะซึมเศร้า)	
	1 (0.9)

ในด้านภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นนั้น แม้ว่าจะมีอาสาสมัครเพียงรายเดียวจากทั้งหมด 114 รายที่ผลการประเมินด้วยแบบวัด CES-D บ่งชี้ว่าเป็นผู้ที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า แต่นับว่าเป็นข้อมูลที่ควรให้ความสนใจเพื่อเฝ้าระวังไม่ให้อาสาสมัครเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อมากอีกมาก อาสาสมัครรายนี้ยังเป็น 1 ใน 5 ของผู้ที่รู้สึกว่าการดูแลคนพิการของตนเป็นภาระเล็กน้อยด้วย (Zarit-CBS เท่ากับ 22 คะแนน) จากการพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าอาสาสมัครรายนี้มีอายุ 40 ปี อาชีพเกษตรกร ไม่มีโรคประจำตัว ให้การดูแลคนพิการทางการเห็นซึ่งเป็นบิดามาเป็นระยะเวลาานาน 12 ปี แต่ข้อมูลสำคัญซึ่งแตกต่างจากอาสาสมัครรายอื่นคือนอกจากจะดูแลคนพิการทางการเห็นแล้ว อาสาสมัครรายนี้ยังต้องให้การดูแลหลานชายซึ่งนอนติดเตียงด้วย การที่ต้องดูแลคนพิการในบ้านถึง 2 รายเช่นนี้อาจเป็นเหตุให้อาสาสมัครได้รับการประเมินว่าการดูแลญาติของตนซึ่งเป็นคนพิการทางการเห็นเป็นภาระ และจัดว่าเป็นผู้ที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม อาจจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อีก เช่น คุณลักษณะทั่วไปและระดับความรุนแรงของความพิการของหลาน ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐฐานะของครอบครัว จำนวนชั่วโมงที่ต้องใช้ในการดูแลคนพิการ กิจกรรมที่ต้องให้การดูแล เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล⁷⁻⁹ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชอุบลราชธานีควรจะต้องรวบรวมข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติม เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นแก่อาสาสมัครรายนี้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นเมื่อเวลาผ่านไปได้ และพื้นที่ของการศึกษาค่อนข้างมีลักษณะเป็นชุมชนเขตชนบท ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ดูแลคนพิการในชุมชนเขตเมืองที่มีบริบท สภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตแตกต่างกันได้ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชนเขตเมืองต่อไป นอกจากนี้ การศึกษาในอนาคตควรรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดการดูแลที่ผู้ดูแลกระทำต่อคนพิการ ควรศึกษาปัจจัยที่มีต่อภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และควรวิเคราะห์ผลแยกกลุ่มคนพิการตามระดับและระยะเวลาของความพิการ อีกทั้งควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างรอบด้านและลึกซึ้งมากขึ้น ทั้งหมดนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์และนำไปใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเฉพาะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ควรมีการออกแบบระบบและกลไกที่จะช่วยลดภาระของผู้ดูแลในอนาคต เนื่องจากคนพิการทางการเห็นส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ในขณะที่ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ^{23,24} โดยจะเพิ่มจากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2573 จึงมีแนวโน้มที่ภาระของผู้ดูแลจะต้องเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้ การที่บุคคลหนึ่ง ๆ จะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคนพิการทางการเห็นซึ่งมีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นด้วย ดังนั้น การวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นจึงเป็นเรื่องสำคัญ

สรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่าผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยส่วนใหญ่ได้รับการประเมินว่าการดูแลญาติของตนซึ่งเป็นคนพิการทางการเห็นไม่เป็นภาระและไม่จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลคนพิการทางการเห็นในพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และยังสามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงสำหรับการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่โดยการศึกษาในอนาคต อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง พื้นที่ของการศึกษาเป็นชุมชนเขตชนบท และไม่ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพิการ สถานะสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของคนพิการ สำหรับการศึกษานี้ในอนาคตควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นต่าง ๆ เช่น ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนเขตเมือง รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดการดูแลของผู้ดูแลต่อคนพิการ ศึกษาปัจจัยที่มีต่อภาระในการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล วิเคราะห์ผลการศึกษายกกลุ่มคนพิการตามระดับและระยะเวลาของความพิการ ทำการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน ลึกซึ้ง เป็นประโยชน์ และนำไปใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลคนพิการทางการเห็นสำหรับการศึกษา และอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการ จำแนกตามภูมิภาคและเพศ วันที่ 31 มีนาคม 2561. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?id=20586
2. Ballemans J, Zijlstra GAR, van Rens GHMB, Schouten JSAG, Kempen GJM. Usefulness and acceptability of a standardised orientation and mobility training for partially-sighted older adults using an identification cane. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 1-14.
3. Zijlstra GAR, van Rens GHMB, Scherder EJA, Brouwer DM, van der Velde J, Verstraten PFJ, et al. Effects and feasibility of a standardised orientation and mobility training in using an identification cane for older adults with low vision: design of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 153. doi: 10.1186/1472-6963-9-153.
4. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-55.
5. Schulz R, Mendelsohn AB, Haley WE, Mahoney D, Allen RS, Zhang S, et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1936-42.
6. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychol Bull* 2003; 129: 946-72.
7. Braich PS, Lal V, Hollands S, Almeida DR. Burden and depression in the caregivers of blind patients in India. *Ophthalmology* 2012; 119: 221-6.
8. Khan Z, Braich PS, Rahim K, Rayat JS, Xing L, Iqbal M, et al. Burden and depression among caregivers of visually impaired patients in a Canadian population. *Adv Med* 2016; 2016: 4683427. Epub 2016 Mar 8.
9. Braich P, Jackson M, Knohl S, Bhoiwala D, Gandham S, Almeida D. Burden and depression in caregivers of blind patients in New York state. *Ophthalmic Epidemiol* 2016; 23: 162-70.
10. Khare S, Rohatgi J, Bhatia MS, Dhaliwal U. Burden and depression in primary caregivers of persons with visual impairment. *Indian J Ophthalmol* 2016; 64: 572-7.

11. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชกิจจานุเบกษา 2539; 2: 84-92.
12. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. ราชกิจจานุเบกษา 2557; 20: 10-21.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา, 2551.
14. ชนัญชิตาคุชฎี พูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2554; 4: 62-75.
15. ชนัตถา พลอยล้อมแสง. ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D ในกลุ่มนิสิตนักศึกษา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2548; 1: 25-39.
16. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42: 2-13.
17. Bambara JK, Owsley C, Wadley V, Martin R, Porter C, Dreer LE. Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment to caring for a relative with vision loss. Invest Ophthalmol Vis Sci 2009; 50: 1585-92.
18. Chindapasirt J, Limpawattana P, Pakkaratho P, Wirasorn K, Sookprasert A, Kongbunkiat K, et al. Burdens among caregivers of older adults with advanced cancer and risk factors. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15: 1643-8.
19. Limpawattana P, Intarasattakul N, Chindapasirt J, Tiakao S. Perceived burden of Thai caregivers for older adults after stroke. Clin Gerontol 2015; 38: 19-31.
20. Limpawattana P, Theeranut A, Chindapasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. J Community Health 2013; 38: 40-5.
21. ดิรยา เลิศหัตถศิลป์. ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กก้อทิสติกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2555.
22. ภาวินี ลาโยธี, น้อมจิตต์ นวลเนตร. การประเมินการใช้ทักษะการทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมและการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันของคนพิการทางการเห็น: กรณีศึกษาอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารกายภาพบำบัด 2561; 40: 41-57.
23. Foundation for Older Persons' Development. Elderly situation in Thailand. Chiang Mai: Foundation for Older Persons' Development; 2015.
24. Mahidol Population Gazette. Thailand population 2017. Bangkok: Mahidol Population Gazette; 2017.

SMJ