



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

## FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS FOR PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN KALASIN PROVINCE

Received: July 18, 2024

Revised: August 15, 2024

Accepted: September 07, 2024

เนมิราช จิตรปรีดา<sup>1</sup>, ธีรศักดิ์ พาจันทร<sup>2\*</sup>, สุธิน ชนະบุญ<sup>3</sup>, กฤษณ์ ขุนลิก<sup>4</sup>  
Nemirachi Gitpreeda<sup>1</sup>, Teerasak Phajan<sup>2\*</sup>, Sutin Chanaboon<sup>3</sup>, Kris Khunluck<sup>4</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 328 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ Multiple Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต นำเสนอค่า Adjusted OR, 95%CI และ p-value

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตได้แก่ ภาระการดูแลระดับน้อยถึงปานกลาง (Adjusted OR=3.11; 95% CI: 1.72-5.60; p-value < 0.001) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR=8.77; 95% CI: 3.20-24.04; p-value < 0.001) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจระดับเพียงพอและเป็นเลิศ (Adjusted OR=5.44; 95% CI: 1.12-26.46; p-value < 0.001)

<sup>1</sup> นักศึกษา, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Student, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
Asst.Prof., Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

<sup>3</sup> อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์  
Asst.Prof., Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

\*Corresponding author E-mail: teerasak@scphkk.ac.th



แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ระดับสูง (Adjusted OR=2.97; 95% CI: 1.63-5.40; p-value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับสูง (Adjusted OR=9.36; 95% CI: 3.71-23.61; p-value < 0.001)

ดังนั้น ควรคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้พิการอย่างสม่ำเสมอและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว

**คำสำคัญ:** คุณภาพชีวิต, ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว, ภาวะการดูแล, ภาวะซึมเศร้า, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม



### Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to assess the quality of life and its associated factors among caregivers of individuals with physical disabilities in Kalasin Province. The sample consisted of 328 caregivers, selected through stratified random sampling. Data were collected through questionnaires. Data analysis involved both descriptive and inferential statistics. Multiple logistic regression was utilized to analyze factors associated with quality of life. The results were presented as Adjusted OR, 95% CI, and p-value.

The findings revealed that the majority of caregivers had a moderate level of overall quality of life (62.50%). Significant factors associated with a good quality of life included low to moderate caregiving burden (Adjusted OR=3.11; 95% CI: 1.72-5.60; p-value < 0.001), absence of depression (Adjusted OR=8.77; 95% CI: 3.20-24.04; p-value < 0.001), sufficient and excellent health literacy in comprehension domain (Adjusted OR=5.44; 95% CI: 1.12-26.46; p-value < 0.001), high level emotional social support (Adjusted OR=2.97; 95% CI: 1.63-5.40; p-value < 0.001), and high level informational social support (Adjusted OR=9.36; 95% CI: 3.71-23.61; p-value < 0.001).

Therefore, regular screening and assessment of depression among caregivers are recommended. Enhancing health literacy, particularly in understanding health information, along with emotional and informational social support, is crucial for improving the quality of life of caregivers of individuals with physical disabilities.

**Keywords:** Quality of Life, Physical Disabilities, Caregiving Burden, Depression, Health Literacy, Social Support



## บทนำ

ความพิการเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้พิการและผู้ดูแล จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี 2554 พบว่า ประชากรมากกว่าหนึ่งพันล้านคนเป็นผู้ที่มีความพิการ คิดเป็นประมาณ 15% ของประชากรทั่วโลก โดยในจำนวนนี้ มีผู้ที่มีความพิการขั้นรุนแรงถึง 110 ล้านคน (2.2%) และมีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรคถึง 975 ล้านคน (19.4%)<sup>(1)</sup> ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2566 พบว่า มีผู้พิการทั้งประเทศ 2,183,982 คน โดยประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 1,112,763 คน สำหรับจังหวัดกาฬสินธุ์ มีผู้พิการ 36,535 คน และประเภทความพิการที่พบมากที่สุด คือ ทางร่างกายหรือการเคลื่อนไหว จำนวน 15,941 คน<sup>(2)</sup>

การดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นภารกิจที่ท้าทายสำหรับญาติผู้ดูแล จากการศึกษาบริบทการดูแล พบว่า กิจกรรมการดูแลมีจำนวนมาก เป็นงานที่หนักและมีความซับซ้อนยุ่งยากในการตัดสินใจและการปฏิบัติ<sup>(3)</sup> ซึ่งการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวเป็นภาระการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน<sup>(4)</sup>

ด้วยภาระการดูแลที่หนักและต่อเนื่องดังกล่าว คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จะได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตถือเป็นตัวชี้วัดด้านสถานะสุขภาพที่สำคัญ ประกอบด้วย ความสมบูรณ์ด้านสังคม อารมณ์ และคุณภาพชีวิต โดยคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความผาสุกด้านจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง และความรู้สึกต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง<sup>(5)</sup> คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว มีปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผล เช่น ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม<sup>(6)</sup> โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต<sup>(7)</sup> และเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาในชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้าง มีผลดี ต่อสภาพจิตใจ ทำให้รู้สึกปลอดภัย มีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้สามารถปรับตัวและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความท้าทายในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>(8)</sup> ที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้พิการค่อนข้างมาก แต่ยังมีศึกษาน้อยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้พิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มากนัก ทำให้ยังขาดข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการของผู้ดูแลในพื้นที่นี้ซึ่งเป็นจังหวัด ที่มีจำนวนผู้พิการทางการเคลื่อนไหวสูง นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาคครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุน ทางสังคม จะเห็นได้ว่า เมื่อบุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ก็จะสามารถปรับตัวและผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้



## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์

## ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน เมษายน ถึง มิถุนายน 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมดจำนวน 15,941 คน

กลุ่มตัวอย่าง: คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) ของ Hsieh และคณะ<sup>(9)</sup> โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน<sup>(10)</sup> แทนค่า  $P_0$  คือสัดส่วนของคุณภาพชีวิตดีและมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ( $P_0 = 0.426$ )  $P_1$  คือสัดส่วนของคุณภาพชีวิตดีและมีความรู้ด้านสุขภาพสูง ( $P_1 = 0.717$ )  $B$  คือสัดส่วนของคนที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง ( $B = 0.486$ ) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 90% ( $\beta = 0.10$  มีค่าเท่ากับ 1.28)  $\alpha = 0.05$  ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Rho-square ( $\rho^2$ ) = 0.8, Variance inflation factor (VIF) = 2.78 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 328 คน

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือจำเป็นต้องมีผู้ดูแล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 6 เดือน และเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและเป็นญาติที่อยู่กับผู้พิการ โดยให้การดูแลแบบไม่รับค่าตอบแทน ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ มีปัญหาสุขภาพ จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ทำการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็น ข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Check-list) และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการประเมินการดูแล จำนวน 12 ข้อ ใช้แบบประเมินการดูแล Zarit Burden ภาษาไทย ฉบับ 12 ข้อ<sup>(11)</sup> โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ ลักษณะข้อคำถามวัดระดับความรู้สึก คือ แทบทุกครั้ง ก่อนข้างบ่อย บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่มีเลย เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้ แทบทุกครั้ง จะได้ 4 คะแนน ก่อนข้างบ่อยจะได้ 3 คะแนน บางครั้งจะได้ 2 คะแนน นานๆ ครั้งจะได้ 1 คะแนน และไม่มีเลยจะได้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ 0-20 คะแนน การด้านการดูแลน้อย 21-40 คะแนน การด้านการดูแลปานกลาง >40 คะแนน การด้านการดูแลมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการประเมินภาวะภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย 2 Q และ 9Q<sup>(12)</sup> แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

<7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการน้อยมาก
7-12 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	หมายถึง มีอาการของภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์องค์ประกอบของ Toçi, Burazeri, Sorensen, Kamberi, & Brand (2015)<sup>(13)</sup> มีข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ยากมาก ได้ 1 คะแนน, ค่อนข้างยาก ได้ 2 คะแนน, ค่อนข้างง่ายได้ 3 คะแนน และง่ายมาก ได้ 4 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ( 24-47 คะแนน)
ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา	ได้คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50-65 (48-62 คะแนน)
ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ	ได้คะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 66-84 (63-81 คะแนน)
ระดับ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ	ได้คะแนน ≥ ร้อยละ 85 ขึ้นไป (82-96 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยได้แนวทางการกำหนดองค์ประกอบตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981)<sup>(14)</sup> ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด, จริงมาก, จริงปานกลาง, จริงน้อย, จริงน้อยที่สุด จำนวน 21 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก "จริงมากที่สุด" ถึง "จริงน้อยที่สุด"



ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่มีคะแนนต่ำกว่าการแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1977)<sup>(15)</sup> แปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดช่วงคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนระดับ คือ  $(100-20)/3$  เท่ากับ 26.66 มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

73.34-100 คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง
46.67-73.33 คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
20-46.66 คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREFP-THAI)<sup>(16)</sup> มีจำนวน 26 ข้อแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นคำถามเกี่ยวกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI การให้คะแนนข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คำถามกลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

คะแนน 26-60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี
คะแนน 61-95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง
คะแนน 96-130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการแปลผลและการไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ดังนั้น กรณีหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับคุณภาพชีวิต เป็น 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) ดังนี้

- ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดีและปานกลาง คะแนน 26-95 คะแนน
- ระดับคุณภาพชีวิตดี คะแนน 96-130 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความสอดคล้องของเนื้อหา rays ข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1

2. ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวนตัวอย่าง 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในโดยใช้การหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนของเครื่องมือที่วัดการระดมความคิดเห็น ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 ส่วนเครื่องมือที่วัดความรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.89 และ 0.90 ตามลำดับ



### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่ามัธยฐานค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และ 2) สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการ ได้แก่ Simple logistic regression นำเสนอข้อมูลด้วย Crude odds ratio (COR), Multiple logistic regression นำเสนอข้อมูลด้วย Adjusted odds ratio (AOR) ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% Confidence Interval (95% CI) และค่า p-value

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในตัวบุคคล (Respect for people) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักยุติธรรม (Justice) และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่จริยธรรม HE671002 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2567

### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลผู้ดูแลพิการทางการเคลื่อนไหวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.48 อายุเฉลี่ย 51.46 ปี (S.D. = 8.70) อายุต่ำสุด 27 ปี, อายุสูงสุด 80 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.99 สถานภาพการสมรส (อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 72.87 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 67.99 มีค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัว 5,000 บาทต่อเดือน IQR = 10,500 บาท (รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน, รายได้สูงสุด 51,098 บาทต่อเดือน) ความสัมพันธ์กับผู้พิการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 33.23 ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเฉลี่ย 5 ปี (S.D. = 1.58) ระดับความพิการของผู้พิการที่ดูแลมีความยากลำบากปานกลาง ร้อยละ 39.33

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว จังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.50 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.89 เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตดีสูงสุด ร้อยละ 51.83 รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสุขภาพกาย มีระดับคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 36.59, 30.79 และ 27.47 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระด้านการดูแลผู้พิการระดับมาก ร้อยละ 43.29 มีอาการภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.56 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ ร้อยละ 73.48 และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ร้อยละ 85.67

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้พิการ



ทางการเคลื่อนไหวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

ภาวะด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่มีภาวะด้านการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวกต่ำถึงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 3.11 เท่า ของบุคคลที่มีภาวะมาก (Adjusted OR=3.11; 95% CI: 1.72 ถึง 5.60; p-value < 0.001)

ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 8.77 เท่า ของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR=8.77; 95% CI: 3.20 ถึง 24.04; p-value < 0.001)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจเพียงพอและเป็นเลิศ มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 5.44 เท่า ของบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจไม่เพียงพอและเป็นปัญหา (Adjusted OR =5.44 ; 95% CI: 1.12 ถึง 26.46; p-value < 0.001)

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.97 เท่า ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ต่ำถึงปานกลาง (Adjusted OR = 2.97; 95% CI: 1.63 ถึง 5.40; p-value < 0.001)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 9.36 เท่า ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารต่ำถึงปานกลาง (Adjusted OR = 9.36; 95% CI: 3.71 ถึง 23.61; p-value < 0.001)

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n = 328)

ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
<b>ภาวะด้านการดูแลผู้พิการฯ</b>						
มาก	142	19.01	1	1	1	< 0.001
น้อยถึงปานกลาง	186	50.54	4.30	3.11	1.72 ถึง 5.60	
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>						
มีอาการภาวะซึมเศร้า	74	6.76	1	1	1	< 0.001
ไม่มีอาการภาวะซึมเศร้า	254	45.67	11.6	8.77	3.20 ถึง 24.04	



ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
<b>ความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจ</b>						< 0.001
ไม่เพียงพอ/เป็นปัญหา	22	9.09	1	1	1	
เพียงพอ/เป็นเลิศ	306	38.89	6.36	5.44	1.12 ถึง 26.46	
<b>การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์</b>						< 0.001
ต่ำถึงปานกลาง	152	19.08	1	1	1	
สูง	176	52.27	4.64	2.97	1.63 ถึง 5.40	
<b>การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร</b>						< 0.001
ต่ำถึงปานกลาง	61	9.84	1	1	1	
สูง	267	43.07	6.93	9.36	3.71 ถึง 23.61	

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.50 เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตดีที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.83 รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 36.59 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 30.79 และด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 27.47 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

### อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดกาฬสินธุ์อยู่ในระดับปานกลาง (62.50%) โดยด้านจิตใจมีคุณภาพดีที่สุด (51.83%) สาเหตุที่คุณภาพชีวิตรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ ภาระการดูแลที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งร่างกายและสังคม อย่างไรก็ตาม ด้านจิตใจที่ดีอาจเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าและการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริพันธ์ุ สาสัคย์ และคณะ (2552)<sup>(17)</sup> ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม



2.1 การระการดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว อาจเป็นเพราะการดูแลที่มากขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อเวลาส่วนตัว การทำงาน และสุขภาพของผู้ดูแล ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rha et al. (2015)<sup>(18)</sup> ที่พบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล อีกทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinguart & Sorensen (2003)<sup>(19)</sup> ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความเข้าใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน อีกทั้งยังช่วยให้การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์มีประสิทธิภาพผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yuen et al. (2018)<sup>(21)</sup> ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของ Shahriari et al. (2020)<sup>(22)</sup> ที่ระบุว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้พิการ

2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจ และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chronister et al. (2010)<sup>(22)</sup> ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ควรลดภาระการดูแลด้วยบริการดูแลชั่วคราว (Respite care) และสนับสนุนอุปกรณ์ช่วย เช่น รถเข็นและเตียงปรับระดับ นอกจากนี้ต้องมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและจัดบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพผ่านการอบรมและสื่อที่เข้าใจง่ายก็สำคัญเช่นกัน การเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมด้วยกลุ่มผู้ดูแลในชุมชนและอาสาสมัครจะช่วยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล สูดทำยควรผลักดันนโยบายสวัสดิการ เช่น เงินช่วยเหลือและสิทธิประโยชน์ทางภาษี เพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ



## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว โดยนำผลการศึกษากลับไปพัฒนาเป็นโปรแกรมแทรกแซงและทดสอบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
2. ควรทำการวิจัยระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวตลอดช่วงเวลากการดูแล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจพลวัตของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้พิการทางการจังหวัดกาฬสินธุ์ที่ได้อนุญาตให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่ และได้ให้ข้อมูลในการศึกษาที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้ ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้กรุณาอำนวยความสะดวกให้ทำการศึกษาและเก็บข้อมูลการศึกษาในพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, World Bank. World Report on Disability [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2023 May 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>
2. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์. ข้อมูลคนพิการ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดกาฬสินธุ์; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kalasin.m-society.go.th/4-ข้อมูลคนพิการ/>
3. ชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล, นันทพร ทองเภา, อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล. ความรู้และพฤติกรรม การดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซงอำเภอยุทธ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพ และการศึกษาพยาบาล 2561; 24(2): 52-66.
4. Roth DL, Fredman L, Haley WE. Informal caregiving and its impact on health: a reappraisal from population-based studies. Gerontologist 2015; 55(2): 309-319.
5. ณัฐพงศ์ เป็นลาภ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย. ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลบางโหลงอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสาร สังคมภิวัฒน์ 2563; 11(3): 1-12.



6. Prutipinyo C, Maikeow K, Sirichotiratana N. Relationship between caregiver burden and health-related quality of life among primary caregivers of children with cerebral palsy. *J Health Res* 2018; 32(6): 505-513.
7. กัทธ์ธนิดา ศรีแสง, วราภรณ์ คีน้ำจืด. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2562; 20(2): 340-350.
8. Cobb, S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976; 38(5): 300-314.
9. Hsieh, Y. F., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistic in Medicine* 1998; 17: 1623-1634.
10. ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นามเมือง, นาฏนภา ทิบบแก้ว, ปัดชา สุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย* 2563; 4(2): 48-56.
11. อรวรรณ ศิลปะกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปะกิจ. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2558; 23(1): 12-24.
12. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian J Psychiatr* 2009; 2: 149-52.
13. Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Kamberi, H., & Brand, H. Concurrent validation of two key health literacy instruments in a South Eastern European population. *Eur J Public Health* 2015; 25(3): 482-486.
14. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. In: Cohen S, Syme SL, editors. *Social support and health*. Orlando: Academic Press; 1985. p. 83-108.
15. Best, J.W. *Research in Education*. New Jersey :Prentice Hall, Inc. 1977.
16. สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2545 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol>



17. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เพ็ญจันทร์ เกียรติตัน, ผ่องพรรณ อรุณแสง. การศึกษาสถานการณ์ความต้องการการดูแลและภาระการดูแลของผู้สูงอายุระยะยาว. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2552; 27(2): 24-36.
18. Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. Caregiving burden and health-promoting behaviors among the family caregivers of cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing* 2015; 19(2): 174-181.
19. Pinguart, M., & Sörensen, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging* 2003; 18(2): 250-267.
20. Yuen, E. Y., Knight, T., Dodson, S., Ricciardelli, L., Burney, S., & Livingston, P. M. Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic review. *Health & Social Care in the Community* 2018; 26(3): e285-e298.
21. Shahriari, M., Ahmadi, M., Babae, S., Mehrabi, T., & Sadeghi, M. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2020; 18(2): 152-157.
22. Chronister, J., Chan, F., Sasson-Gelman, E. J., & Chiu, C.Y. The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* 2010; 27(1): 49-62.