วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร
Factors Related to Quality of Life among Elderly-dependency Caregivers Living in Bangkok Metropolitan

ศิรัสภรณ์ นนท์อัครวาทิน* ปาหนัน พิชยภิญโญ** สุนีย์ ละกำปั่น***
Sirusbhorn Nonakaravathin,* Panan Pichayapinyo,** Sunee Lakampun***
* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
,* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
,* Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok
** Corresponding Author: panan.pic@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 232 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเลือกแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่าง เดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 โดยใช้แบบวัด 7 ส่วน ได้แก่ แบบวัดลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดภาระการดูแล แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.80 - 1 และความเที่ยงของเครื่องมือ อยู่ระหว่าง 0.78 - 0.89 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.9) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ผลจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า รายได้ของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

Received: August 19, 2024; Revised: November 21, 2024; Accepted: November 25, 2024

และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 49.7

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือ ภาครัฐและหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ควรมีการช่วยเหลือทางด้านสวัสดิการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรสนับสนุนให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED คุณภาพชีวิต

Abstract

This study was a cross-sectional descriptive research aimed to examine the quality of life and factors related to the quality of life among caregivers of dependent elderly living in the Bangkok metropolitan area by applying the PRECEDE-PROCEED model as a conceptual framework. The subjects were 232 caregivers of dependent elderly which were selected by multi-stage sampling. Data were collected through interviews between October and November 2023, guided by a questionnaire consisting of 7 parts, including personal data, caregiving burden measurement, depression scale, resilience scale, health service access assessment, social support scale and quality of life. The content validity index ranged from 0.80 to 1, and the reliability of the questionnaires ranged between 0.78 and 0.89. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that most of the samples had a moderate level of quality of life (53.9%). Factors were correlated with the quality of life among caregivers of dependent elderly living in the Bangkok metropolitan including predisposing factors: income, health status, caregiving burden, depression, and resilience; enabling factors: health service; and reinforcing factors: social support. When performing stepwise multiple regression, income, health status, caregiving burden, resilience, access to health services and social support can jointly predict about 49.7% of the variance in the quality of life among caregivers of dependent elderly living in the Bangkok metropolitan area.

According to the findings, recommendations include that the government and public health organization of Bangkok metropolitan area should provide welfare assistance, support healthcare education, enhance caregivers' adaptability for better health, ensure access to quality health services, and create social support network to improve the quality of life of caregivers of dependent elderly.

Keywords: caregivers, elderly-dependency, PRECEDE-PROCEED model, quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 โดยผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมด และผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.5 เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงทั้งหมด[1] กรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรสูงที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,171,900 ราย[2] จากข้อมูลการส่งต่อของศูนย์ส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านกรุงเทพมหานคร พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 16,166 ราย[3] ซึ่งผลของการเป็นสังคมผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อประเทศและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จะได้รับการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น[4]

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและที่มีภาวะติดเตียงเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลในหลายด้าน การทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การจัดอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การแต่งตัว ช่วยการเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้ดูแลจะช่วยในการเคลื่อนย้ายหรือพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การช่วยเหลือเพื่อการดำรงชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารซึ่งผู้ดูแลต้องจัดเตรียมและป้อนอาหาร หากผู้สูงอายุมีภาวะกลืนลำบากจำเป็นต้องได้รับสารอาหารผ่านทางจมูก กระเพาะอาหารหรือลำไส้ รวมทั้งผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ช่วยจัดการเรื่องการขับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียงและทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ และที่สำคัญผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ให้กำลังใจผู้สูงอายุที่ดูแลการช่วยเหลือผู้สูงอายุไปรับการรักษาตามนัดหรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วย อีกทั้งผู้ดูแลยังมีหน้าที่ช่วยจัดหาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ[5] ซึ่งจากบทบาทดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความผาสุกและความสุขสบายของตนเองในการดำเนินชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องเผชิญ[6] จากการทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง[7] และมีแนวโน้มอยู่ในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป[8] อาจเนื่องจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลก่อให้เกิดภาระซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ได้ระบุว่ามีภาวะพึ่งพิง[9,10] ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่แตกต่างไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจแตกต่างด้วยเช่นกัน

แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (The PRECEDE-PROCEED model) ของ Green & Kreuter[11] ระบุว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่มาจากพหุปัจจัยทั้งภายในตัวบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยจำแนกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำ คือ ปัจจัยพื้นฐานที่เกิดจากการเรียนรู้รวมทั้งประสบการณ์ของบุคคลทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติและการรับรู้ รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และปัจจัยเอื้อ คือ ทักษะ แหล่งทรัพยากร และการบริการหรืออุปสรรคที่สามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งปัจจัยเสริม คือ สิ่งที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่นอันเป็นผลมาจากการกระทำของตน

ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มนี้ สนับสนุนหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและคุณภาพชีวิตในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเพศชาย[12] ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากมีการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคต่อการให้การดูแลผู้ป่วย[13] ผู้ดูแลที่มีสถานะสมรสคู่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่อยู่คนเดียว[14] และพบว่ารายได้กับระดับการศึกษาเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถวางแผนการใช้ชีวิต และสามารถเลือกปัจจัย 4 มาตอบสนองความต้องการของตัวเองได้อย่างมีคุณภาพ[15] ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลกับคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ[16] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมักได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์จากการที่ต้องให้การดูแล มีภาวะกังวล และเกิดความเครียด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ส่งผลทำให้แนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง[8] ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า[17] ในขณะที่ผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำกว่า[18] ภาระการดูแลเป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล หากผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระก็จะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง[19] การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล กล่าวคือ ในการใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ หากผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก สถานพยาบาลมีคุณภาพ บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญ เกิดความพึงพอใจก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้[12] แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีรายงานการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย อาจลดความเหนื่อยล้าและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นได้[20]

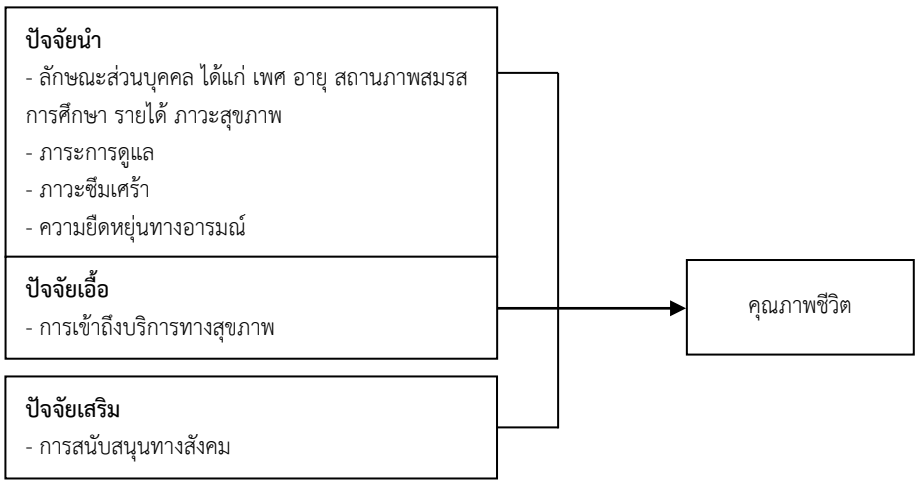
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ) ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้ทราบถึงข้อมูลรวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางวางแผนและกำหนดกลวิธีในการให้บริการทางด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนาผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED[11] ในขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment) มาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวซึ่งเป็นบุตร หลาน หรือญาติ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในกรุงเทพมหานคร ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน โดยให้การดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตร หลาน หรือญาติ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Brathel ADL index) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 3 เดือน โดยให้การดูแลแบบไม่ได้รับค่าตอบแทน สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา สามารถพูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ มีปัญหาสุขภาพ ติดภารกิจในช่วงที่เก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.95 กำหนดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลางสำหรับ Regression analysis เท่ากับ 0.15 ตัวแปรทำนายจำนวน 11 ตัวแปร คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 178 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 30 ดังนั้นการศึกษานี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 232 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยแบ่งกลุ่มบริการสาธารณสุขพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็น 6 กลุ่ม สุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มบริการสาธารณสุข โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มละ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข และสุ่มตัวอย่างในแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุข โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามสัดส่วนของประชากรใช้วิธีการคัดรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ADL 0-11) จากกลุ่มประชากรทั้งหมด 12 ศูนย์บริการสาธารณสุข แล้วสุ่มจับฉลาก

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 232 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมเป็นแบบวัด ประกอบไปด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบวัดลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit[21] ที่แปลเป็นภาษาไทยจากงานวิจัยของ อรวรรณ ศิลปะกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปะกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น[22] เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อนข้างบ่อย และเป็นประจำ โดยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 48 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลน้อย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 – 10 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระ 11 – 20 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลาง และมากกว่า 20 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน PHQ-9 ที่พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์[23] ข้อคำถามถึงอาการต่างๆ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์ก่อนวันที่เก็บข้อมูล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และ เป็นทุกวัน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 27 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีอาการของโรคซึมเศร้า และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการระดับน้อย แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมีอาการระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ผู้วิจัยใช้แบบวัด Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) ที่พัฒนาโดย Connor & Davidson[24] ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้ในงานวิจัย แบบวัดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (Back Translation) โดย นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ[25] ข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริงทั้งหมด ไม่จริงอย่างมาก ไม่จริงบางครั้ง จริงบ่อยครั้ง และจริงเกือบตลอดเวลา โดยคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 13 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำ 14 - 26 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ปานกลาง และ 27 - 40 คะแนน หมายถึง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการของ Penchansky & Thomas[26] ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 10 - 22 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย 23 - 36 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพปานกลาง และ 37 - 50 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[27] ข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง และ เป็นประจำ โดยคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 8 - 32 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 8 - 15 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย 16 - 23 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และ 24 - 32 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ[28] มีจำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยคะแนนรวม อยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลคุณภาพชีวิตระดับสูง และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 26 - 60 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ 61 - 95 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่ออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ หลังผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือวัดและประเมินผล 1 ท่าน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสาธารณสุข 1 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบวัดภาระการดูแล เท่ากับ 1 แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 1 แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เท่ากับ 1 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.80 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 1 และแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 1

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ แบบวัดภาระการดูแล เท่ากับ 0.85 แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.88 แบบวัดความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เท่ากับ 0.89 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.89 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.78 และแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จนครบ 232 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. MUPH 2023-015 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร โครงการวิจัย U018hh/66_EXP ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักประโยชน์ที่จะได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับการวิจัย และการเก็บรักษาความลับ การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้เมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจ รวมทั้งสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในการนำเสนอข้อมูลงานวิจัยจะเป็นการนำเสนอในลักษณะภาพรวม โดยใช้เหตุผลทางวิชาการ และไม่นำข้อมูลหรือ

ความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล เมื่อผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายเอกสารทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัยที่ศึกษาใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3) มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี (ร้อยละ 22.8) โดยเฉลี่ย 39.86 ปี (SD = 14.19) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.6) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 33.1) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 10,000 - 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด (ร้อยละ 47.9) มีรายได้ส่วนตัวต่อเดือน น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 45.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 56.5) และครึ่งหนึ่งมีความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 50.4) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 232)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล		
เพศ		
หญิง	177	76.3
ชาย	55	23.7
อายุ (ปี) Mean = 39.86, SD = 14.19, Min = 20, Max = 87		
20 - 29	9	3.9
30 - 39	20	8.6
40 - 49	49	21.1
50 - 59	53	22.8
60 - 69	51	22.0
70 ขึ้นไป	50	21.6
สถานภาพสมรส		
คู่	136	58.6
โสด	71	30.6
หม้าย	17	7.3
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	3.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	77	33.1
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	29	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	34	14.7
อนุปริญญา หรือ ปวส.	25	10.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	67	28.9

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 232) (ต่อ)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน Mean = 25,545.26, SD = 18,757.66, Min = 1,400, Max = 100,000		
น้อยกว่า 10,000 บาท	27	11.6
10,000 - 20,000 บาท	111	47.9
20,001 - 30,000 บาท	41	17.7
30,001 - 40,000 บาท	20	8.6
40,001 บาท ขึ้นไป	33	14.2
รายได้ของผู้ดูแลต่อเดือน Mean = 11,709.90, SD = 12,262.18, Min = 0, Max = 70,000		
น้อยกว่า 10,000 บาท	106	45.7
10,000 - 20,000 บาท	89	38.4
20,001 - 30,000 บาท	23	9.9
30,001 - 40,000 บาท	8	3.4
40,001 บาท ขึ้นไป	6	2.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	131	56.5
มี	101	43.5
ความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพอื่นๆ		
ไม่มี	115	49.6
มี	117	50.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 88.8) รองลงมา คือ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (ร้อยละ 9) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรภาวะซึมเศร้า (n = 232)

ปัจจัยนำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า (< 7 คะแนน)	206	88.8
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (7 - 12 คะแนน)	21	9.0
มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	3	1.3
มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	2	0.9
Mean = 2.88, SD. = 3.74, Min = 0, Max = 26		

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 41.4) ส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับสูง (ร้อยละ 75.9) ส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ระดับสูง (ร้อยละ 79.3) ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 77.6) และมากกว่าครึ่งเล็กน้อย มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.9) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา (n = 232)

ตัวแปรที่ศึกษา	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	Min-Max	Mean	SD
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ปัจจัยนำ						
ภาระการดูแล	96 (41.4)	82 (35.3)	54 (23.3)	0 - 40	13.94	8.59
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	6 (2.6)	50 (21.6)	176 (75.9)	0 - 40	29.33	6.71
ปัจจัยเอื้อ						
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	1 (0.4)	47 (20.3)	184 (79.3)	20 - 50	41.15	5.93
ปัจจัยเสริม						
การสนับสนุนทางสังคม	3 (1.3)	49 (21.1)	180 (77.6)	14 - 32	26.49	4.23
คุณภาพชีวิต	1(0.4)	125 (53.9)	106 (45.7)	50 -130	93.93	14.23

ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ รายได้ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่วน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 232)

ตัวแปร	r	p - value
ปัจจัยนำ		
เพศ (ชาย)	.020	.762
อายุ	-.050	.447
สถานภาพสมรส (คู่)	.044	.502
การศึกษา (ระดับมัธยมต้นขึ้นไป)	.036	.582
รายได้		
รายได้ของครอบครัว (10,000 บาท ขึ้นไป)	.278**	<.001
รายได้ของผู้ดูแล (10,000 บาท ขึ้นไป)	.245**	<.001
ภาวะสุขภาพ		
โรคประจำตัว (มี)	-.185**	.005
ความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ (มี)	-.241**	<.001
ภาระการดูแล	-.456**	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.335**	<.001
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	.352**	<.001
ปัจจัยเอื้อ		
การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ	.369**	<.001
ปัจจัยเสริม		
การสนับสนุนทางสังคม	.576**	<.001

** p < .01

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วย Stepwise multiple regression เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า รายได้ของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ (ความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ) ภาระการดูแล ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายได้ ร้อยละ 49.7 เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มากที่สุด (β = .402, p < .001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร (n = 232)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	R^2_{change}	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	1.352	.402	7.408	.331	<.001
ภาระการดูแล	-.317	-.191	-3.492	.059	.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.496	.207	4.051	.040	<.001
ภาวะสุขภาพ (ความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ)	-4.926	-.173	-3.557	.033	<.001
รายได้ของผู้ดูแล	3.853	.135	2.821	.021	.005
ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	.259	.122	2.355	.013	.019
Constant = 34.917, F = 37.012, R = .705, R^2 = .497, p-value <.001					

การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพ (ความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ) ภาระการดูแล และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสนับสนุนกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED[11] ที่ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด โดยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีบุคคลคอยรับฟังปัญหาและให้กำลังใจ ได้รับข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับปัจจัยและอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ การยอมรับจากคนรอบข้างว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแล สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ตนเองว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติกา สมสุวรรณ และ อภิญญา เยาวบุตร[7] พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมทั้งบุคคลอื่นในชุมชนจะทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทั้งร่างกายและจิตใจ คาดการณ์ได้ว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ภาระการดูแล เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ทำให้การดูแลไม่มีความซับซ้อนหรือยุ่งยากลำบากมากนัก สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Kim และคณะ[19] ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ความยากลำบากในการดูแลนำไปสู่ภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลเสียต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลตามมา

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงบริการสุขภาพได้ระดับมาก อาจเนื่องจากกรุงเทพมหานครมีหน่วยบริการสุขภาพที่เพียงพอ ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ จากการสอบถามผู้ดูแลถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงพอในการให้บริการ มีเครื่องมือ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ การจัดระบบการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข สะดวก รวดเร็ว และสะดวก ต่อการมารับบริการ เจ้าหน้าที่ได้ให้ความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งมีความเหมาะสม การคมนาคมสะดวก ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลสามารถมารับบริการได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว นั่นคือหากผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากก็จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ[12] พบว่า ผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและมีค่าใช้จ่ายไม่มากในการรับบริการ ตลอดจนพึงพอใจต่อให้บริการของบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษานี้ พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีซึ่งส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่แย่ลง เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาดูแลตนเองเพียงพอ เพราะนอกจากการดูแลผู้สูงอายุแล้วผู้ดูแลยังต้องดูแลตนเองด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติกา สมสุวรรณ และ อภิญญา เยาวบุตร[7] ที่พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

รายได้ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อาจเนื่องจากรายได้ คือ ปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รายได้ที่เพียงพอกับความต้องการจะช่วยตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุได้ ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงข้ามหากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ดูแลขาดงาน มีรายได้ลดลง และมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น ครอบครัวต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายมาก อาจขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ[12] พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้ในระดับสูงขึ้น จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ระดับสูง ซึ่งความยืดหยุ่นทางอารมณ์เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ผู้ที่มีระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ต่ำอาจมีความกังวล มีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดความเครียดมากขึ้น และมักจะเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ผิดปกติ ในทางกลับกันผู้ที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิตในทางบวก สามารถอดทนและปรับตัวได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Duran–Gomez และคณะ[29] พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูง

เป็นที่น่าสังเกตว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แต่ไม่เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า อาจเนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากเพียงพอที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการหรือเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองในที่สุด

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อาจเนื่องจากหลายเหตุผล ประการแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ถูกกำหนดบทบาทให้มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสมาชิกของครอบครัวจึงไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เยาวดี โพกุล[30] ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 39.86 ปี มากกว่าครึ่งมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จึงยังคงมีกำลังในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพร ขัดตา, ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ[31] ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนันท์ ปุริมาตย์ และคณะ[12] ที่พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสคู่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าอาจเนื่องจากว่ามีคู่สมรสคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่มีสถานะโสดจะมีญาติ พี่น้องและลูกหลานที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือดูแลอยู่จึงไม่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิต

การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา แต่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน อาจทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว สามารถจัดการชีวิตของตนเองในขณะเดียวกันสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จึงมีผลทำให้ระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่ว่าจะอยู่ที่ระดับใดก็ไม่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวดี โพกุล[30] ที่พบว่า การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานเขตและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกรุงเทพมหานคร ควรมีนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการสนับสนุนงบประมาณเพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล หรือศูนย์บริการสาธารณสุข และสนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. สำนักอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุข ควรมีนโยบายจัดตั้งศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น เตียงนอน ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นอย่างทั่วถึงมากขึ้น และเป็นการลดค่าใช้จ่ายให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรมีการประเมินคุณภาพชีวิต ภาระการดูแล และความยืดหยุ่น

ทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเหมาะสมต่อไป

4. จากการศึกษา พบว่า ภาวะสุขภาพความผิดปกติ/ปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงควรส่งเสริมให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้ผู้ดูแลได้มีความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ มีทักษะและนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5. จากการศึกษา พบว่า ภาระการดูแลมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรมีการหาแนวทางในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแล อาจส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดหาแหล่งสนับสนุน หรือผู้ดูแลสำรอง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการช่วยเหลือแบ่งเบา ลดภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

6. จากการศึกษา พบว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีการให้ข้อมูล คำปรึกษากับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวทางบวก สามารถเผชิญปัญหา มีกำลังใจ มีทักษะในการแก้ปัญหาและต่อสู้ฝ่าฟันกับอุปสรรคได้

7. จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บุคลากรทางสุขภาพควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร เช่น กลุ่มไลน์ เพื่อให้ข้อมูลความรู้ ข่าวสาร และคำแนะนำต่างๆ ให้ผู้ดูแลได้รับทราบข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรมหรือความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเยี่ยมและให้กำลังใจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น กลุ่มสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแล กิจกรรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การปรับตัวทางบวก และการออกกำลังกาย และการเสริมสร้างด้านรายได้ เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุมในระดับจังหวัดหรือประเทศ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมในแต่ละบริบทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Sindhu S. Interactive ECO-platform for connections: A big rock driven of health care system in aging society. [Internet]. [cited 2022 August 25]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5673/hsri-30th-anniversary-Siriom-Sindhu.pdf?sequence=1. (in Thai).
2. Department of Older Persons. Situation of the elderly population in Thailand. [Internet]. [cited 2021 May 29]. Available from: http://128.199.81.99/dop/frontend/web/index.php?r=site%2Freport1. (in Thai).

3. Office of Public Health System Development. Annual Report 2021, Health Department. Bangkok: Office of Public Health System Development; 2021. (in Thai).
4. Kumsuchat S. Health problems and health care needs among Thai elderly: policy recommendations. JHS 2017;26(6):1156-64. (in Thai).
5. Gadudom P, Khanarot Apinyalungkon K, Janjaroen K, Wae N. Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. SCNJ 2018;5(3):300-10. (in Thai).
6. World Health Organization. WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generie version of assessment. Geneva: World Health Organization; 1997.
7. Somsuvun C, Yaowaboot A. Factors influencing duality of life among caregivers of older adults with chronic diseases in Ubonratchathani province. JONAE 2023;18(3):93-109. (in Thai).
8. Farajzadeh A, Akbarfahimi M, Maroufizadeh S, LavasanI NM. Factors associated with quality of life among caregivers of people with spinal cord injury. Occup Ther Int 2021;1-10.
9. Sangkhao W. Quality of life among caregivers of stroke patients in Mueang District, Trang Province. Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok 2024;11(1):1-13. (in Thai).
10. Suttasri K, Nanasilp P, Pungchompoo W. Caregiving burdens and quality of life among caregivers of older adults receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nursing Journal 2021;48(2):119-31. (in Thai).
11. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGrawhill; 2005.
12. Purimat C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S, Yodmai K. Factors influencing quality of life among caregivers of dependent elderly persons in Chanthaburi province. JHS 2019;28(4):610-9. (in Thai).
13. Srisuk N, Wattanasrisin J, Tepapal T. Factors related to quality of life of caregivers among patients with heart failure in Trang province . SCNJ 2017;4:317-33. (in Thai).
14. Sajadi SA, Ebadi A, Moradian ST. Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: a systematic review. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017;5(3):206-18.
15. Dethkan S, Kankhwao P, Kankhwao B. Stress and quality of life caregivers of elderly in Lao Phatthana sub-district health promotion hospital, Na Wa district, Nakhon Phanom province. JCCPH 2020;3(2):31-43. (in Thai).
16. Kolyanee A, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home. JOPN 2015;7(1):128-40. (in Thai).

17. Songsangchan C, Thanasilp S, Pudtong N. Factors predicting quality of life in family caregivers of terminal cancer patients. RTN Med J 2017;44(2):111-30. (in Thai).
18. Aldhahi MI, Akil S, Zaidi U, Mortada E, Awad S, Al Awaji N. Effect of resilience on health-related quality of life during the covid-19 pandemic: a cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health 2021;18(21):11394.
19. Kim KA, Park JS, Seo KW, Choi EY, Ahn JA. Factors affecting the quality of life of family caregivers of patients with heart failure: a cross-sectional study. Medicine 2022;101(35):e30042.
20. May SB, Monkong S, Leelacharas S, Satitvipawee P. Factors explaining quality of life among family caregivers of people with stroke in Myanmar: a cross-sectional study. PRIJNR 2022;26(2):355-69.
21. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20(6):649-55.
22. Silpakit O, Silpakit C, Chomchuen R. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. J Ment Health Thai 2015;23(1):12-23. (in Thai).
23. Lortrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015. (in Thai).
24. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety 2003;18(2):76-82.
25. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating Psychometric Properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) among university students in Thailand. J NURS SCI 2017;35(3):25-35. (in Thai).
26. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981;19(2):127-40.
27. House JS. Work stress and social support. 4th ed. Philadelphia: Addison Wesley; 1981.
28. Mahatnirunkul S, Tuntipiwathanasakul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Ponmanarungkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 item). [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://dmh.go.th/test/whoqol. (in Thai).
29. Duran-Gomez N, Guerrero-Martín J, Perez-Civantos D, Jurado CF, Palomo-Lopez P, Caceres MC. Understanding resilience factors among caregivers of people with Alzheimer's disease in Spain. Psychol Res Behav Manag 2020;13:1011-25.
30. Phokul Y. Quality of life of dementia caregiver in Kiriratnikhom district, Suratthani. [Internet]. [cited 2021 Dec 25]. Available from: http://stpho.go.th/0_2563/11. (in Thai).
31. Khatta K, Hanprasitkam K, Siripitayakunkit A. Relationships among selected factors, caregiving burden, and quality of life of caregivers of persons undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. JBCNM 2018;24(2):108-29. (in Thai).