



ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ: บริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Problems in Care of Older People and Caregivers' needs:

Context of Semi Urban, Semi Rural Society

สาคร อินโทโล¹,
วัชรี อมรโรจน์วรฤทธิ²,
ฐิติมา ชายพระอินทร์³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) การศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 350 คน ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้วิธีสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการบันทึกภาคสนาม ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 100 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 80 คน และผู้ให้ข้อมูลรอง 20 คน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.61$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าแต่ละด้านอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ระบบดูแลผู้สูงอายุอยู่ลำพังในเวลากลางวัน การส่งเสริมสุขภาพจิตหลังโควิดระบาด และการบริการสุขภาพเชิงรุก ผลการศึกษา นำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัญหาด้านการดูแล, ผู้ดูแลในครอบครัว, สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

Abstract

The research aimed to determine problems in care of older people and caregivers' needs in context of semi urban, semi-rural society. The study was divided into 2 parts, consisting of 1) a quantitative study. The sample consisted of 350 family caregivers. Data were collected by using health literacy questionnaires and analyzed by descriptive statistics. 2) qualitative study. Key-informants were 100 persons selected by purposive sampling. Data were collected by using interview, group discussion and field note recording. Content analysis was used for data analysis.

The results showed that family caregivers had a good level of overall health literacy ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.61$) when considering each aspect. It was found that each aspect was at a good level as well. Problems in care of older people and caregivers' needs consist of 4 themes, there were promoting self-care for the older person, day care system for the older who lived alone, promoting mental health after the

¹⁻²อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น

pandemic COVID-19 and proactive health care services. The suggestions of this research led to recommendations for the development of a model for caring for the older people in context of semi urban, semi-rural society.

Keywords: problems in care, family caregiver, semi urban, semi-rural society

1. บทนำ

การเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุจนสังคมไทยใกล้ที่จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ไม่เพียงแต่ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องเน้นการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ จนส่งผลความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงทำให้ภาระหนักของการดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพึ่งพิงตกอยู่ที่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นสำคัญ (ภาสกร สวนเรือง, 2561) ซึ่งหากครอบครัวนั้นมีสมาชิกเพียงไม่กี่คนย่อมส่งผลกระทบต่อคนดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (ภูษณิศยา ยังอยู่, 2560) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่ช่วยเหลือบุคคล หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือมีความยากลำบาก ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยมุ่งบริการเน้นการฟื้นฟู บำบัดและการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคม การได้รับบริการดังกล่าวสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวได้เพียงบางช่วงของเวลาเท่านั้น ผู้ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุในเวลาที่ยาวนานก็ยังคงเป็นบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวเช่นเดิม ซึ่งผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจผู้สูงอายุและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม (Ellis-Smith C, 2017)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบัน ส่งผลต่อบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมาก อีกทั้งยังมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของสังคม ทั้งนี้ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างรวดเร็วในปัจจุบันส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนไป (สาคร อินทโธ, 2563) ทำให้เกิด “ช่องว่างของคนต่างวัย” มากขึ้น สัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างบุคคลใกล้ชิดเริ่มห่างหาย ทำให้เกิดปรากฏการณ์ “การเพิกเฉยต่อผู้สูงอายุ” ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น และอาจนำไปสู่ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุอย่างไม่เหมาะสม (ยมนา ชนะนิล, 2560) โดยปรากฏการณ์เช่นนี้เริ่มจะมีมากขึ้นในบริบทของชุมชนที่เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษา ประเด็นปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว บริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งผลการศึกษาน่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในบริบทของสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

3. คำถามในการวิจัย

สถานการณ์ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นอย่างไร



4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การดูแลสุขภาพเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี โดยการที่บุคคลจะดูแลสุขภาพได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล (ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2562) โดยความเข้าใจในองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ จะช่วยทำให้บุคคลเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2559) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล (หทัยกานต์ ห่องกระจก, 2559) จะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยมีการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุร่วมด้วย เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาด้านการดูแล ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

5. วิธีดำเนินการ

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยรูปแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1 การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey) ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว จาก 14 ชุมชน ในเขตเทศบาลโนนท่อน อ.เมือง จ.ขอนแก่น จำนวนทั้งหมด 2,794 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 350 คน จาก พื้นที่ 14 ชุมชน ในเขตเทศบาลโนนท่อน อ.เมือง จ.ขอนแก่น คำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973)

จากสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n คือ กลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดกลุ่มประชากร 2,794 คน

e คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (เท่ากับ 0.05)

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 350 คน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลขที่บ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากจำนวน 14 ชุมชน ชุมชนละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 53 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 23 ข้อ 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 30 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับความรอบรู้สุขภาพ มีดังนี้

1 คะแนน = ระดับไม่ดี, 2 คะแนน = ระดับไม่ค่อยดี, 3 คะแนน = ระดับปานกลาง, 4 คะแนน = ระดับดี และ 5 คะแนน = ระดับดีมาก

ในการวิเคราะห์ผล มีการกำหนดเกณฑ์ แปลความหมาย ดังนี้ 4.51 – 5.00 หมายถึง มีระดับความรอบรู้สุขภาพในระดับดีมาก, 3.51 – 4.50 หมายถึง มีมีระดับความรอบรู้สุขภาพในระดับดี 2.51 – 3.50 หมายถึง มีมีระดับความรอบรู้สุขภาพในระดับปานกลาง, 1.51 – 2.50 หมายถึง มีมีระดับความรอบรู้สุขภาพในไม่ค่อยดี, 1.00 – 1.50 หมายถึง มีมีระดับความรอบรู้สุขภาพไม่ดี

ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นแก้ไขตามเสนอแนะ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) ได้ค่าเท่ากับ 1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลกุดกว้าง อ.หนองเรือ ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2565 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยจัดเตรียมความพร้อมให้ผู้ช่วยนักวิจัยโดยการจัด ประชุมเชิงปฏิบัติการระยะเวลา 1 วัน ชี้แจงเรื่องวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยวัตถุประสงค์ของเครื่องมือวิจัยการจัด ให้ฝึกสาธิตการใช้เครื่องมือวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยนักวิจัยได้ทบทวนความเข้าใจจนใช้เครื่องมือวิจัยได้ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เพื่ออธิบายปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (ADL= 9-11) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองพอได้ (ADL= 5-8) และ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (ADL ≤ 4) จาก 14 ชุมชน ชุมชนละ 5-6 คน จำนวน 80 คน คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 20 คน ประกอบด้วย

2.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จำนวน 14 คน คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม (care giver: CG) หรือเป็น อสม. มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อย่างน้อย 2 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 2 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.2 ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน คัดเลือกแบบเจาะจงคุณสมบัติ (purposive sampling) โดยเป็นผู้ผู้นำชุมชน/คณะกรรมการบริหารของเทศบาล มีประสบการณ์ อย่างน้อย 2 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2.3 บุคลากรสุขภาพที่ผิดชอบงานดูแลระยะยาว 1 คน บุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสังคม 1 คน มีประสบการณ์ อย่างน้อย 2 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดดมุ่งเน้นการค้นหาสถานการณ์ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยนำแนวคำถามไปหาความตรงด้านเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2565 โดยผู้วิจัย จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนทบทวนหลักการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนั้นผู้วิจัยและทีมผู้วิจัย ได้ลงพื้นที่ชุมชนที่ศึกษาเพื่อสานสัมพันธ์ภาพกับคนในชุมชน ในระยะแรก ผู้วิจัยใช้สังเกตแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการสนทนาตามธรรมชาติ การศึกษาครั้งนี้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล 80 คน ใช้เวลา ครั้งละ 35-60 นาที ส่วนการสนทนากลุ่ม มีผู้ให้ข้อมูลรวม 20 คน โดยจัดกลุ่มละ 10 คน 2 ครั้ง ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลกำหนดวัน เวลาและสถานที่ด้วยตนเองทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ไปไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) (Ryan & Bernard, 2003) เริ่มจากการอ่าน ข้อความที่ถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับบันทึกภาคสนาม ใช้การอ่านซ้ำไปซ้ำมา ก่อนให้รหัสข้อมูลด้วยดัชนี ที่กำหนดขึ้น หลังจากนั้นจำแนกดัชนีและจัดหมวดหมู่ข้อมูล เริ่มตีความเนื้อหา โดยพิจารณาแก่นสาระย่อยด้วยการจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่มีความเหมือนความต่าง แล้วจึงสร้างข้อสรุปภายใต้ วัตถุประสงค์การวิจัย

ความเข้มงวดในการศึกษา (Rigorous) ผู้วิจัย ดำเนินการ ดังนี้

1. ด้านผู้วิจัย ผู้วิจัยผู้ที่มีประสบการณ์ผ่านการฝึก ทักษะการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีความไวเชิงวัฒนธรรม โดยสามารถพูดและฟังภาษาถิ่นได้ในระดับดีมาก นอกจากนั้นมีทีมวิจัย เป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ช่วยให้ทีมผู้วิจัยเข้าถึงชุมชนและสร้างความไว้วางใจในการเก็บข้อมูลได้อย่างดี

2. ด้านข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการเก็บข้อมูลหลายวิธี การคืนข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจทานความหมาย ก่อนนำมาสรุปและตีความ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ‘การพัฒนาศักยภาพการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: บริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท’ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (IRB-BCNKK-34-2021) มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน ทุกครั้ง รวมทั้งแจ้งสิทธิในถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

6. ผลการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 350 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 276 คน คิดเป็นร้อยละ 78.86 และเป็นเพศชาย 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.14 ผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุ 40- 59 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ 193 คน คิดเป็นร้อยละ 51.14 รองลงมาคือช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 22 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ โดยมีจำนวน 244 คน คิดเป็นร้อยละ 69.72 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 174 คน คิดเป็นร้อยละ

49.71 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 68 คน คิดเป็นร้อยละ 19.43 และน้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.86 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 53.14% ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุรุษชาย / บุตรสาว/สะใภ้/บุตรเขย จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 68 รองลงมาคือเป็นคู่สมรส 48 คน คิดเป็นร้อยละ 13.72 ยังพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลถึง 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.43 ประสบการณ์ในการดูแลมากที่สุดคือ 16-20 ปี จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 49.14 รองลงมาคือ 6-10 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 23.72 ประเภทผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง (ADL= 9-11) จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 88 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ADL= 5-8) จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 10.29 และ 88 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (ADL ≤ 4) มีจำนวนน้อยที่สุดคือ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.71 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน 264 คน คิดเป็นร้อยละ 75.43 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ

	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
	ชาย	74 (21.14)
	หญิง	276 (78.86)
อายุ		
	< 20 ปี	12 (3.43)
	20- 39 ปี	68 (19.43)
	40- 59 ปี	193 (51.14)
	60 ปี ขึ้นไป	77 (22)
สถานภาพ		
	โสด	65 (18.57)
	คู่	244 (69.72)
	หม้าย/หย่า/แยก	41 (11.71)
ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (0.86)
	ประถมศึกษา	174 (49.71)
	มัธยมศึกษาตอนต้น	68 (19.43)
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	55 (15.71)
	อนุปริญญา/เทียบเท่า	21 (6)
	ปริญญาตรีขึ้นไป	29 (8.29)
รายได้		
	เพียงพอ	164 (46.86)
	ไม่เพียงพอ	186 (53.14)
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ		
	คู่สมรส	48 (13.72)



ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
บุตรชาย /บุตรสาว/สะใภ้/ เขย	238 (68)
หลาน	37 (10.58)
ญาติ	14 (4)
ผู้ดูแลที่ว่าง	1 (0.29)
ไม่มี	12 (3.43)
ประสบการณ์ในการดูแล	
1-5 ปี	58 (16.57)
6-10 ปี	83 (23.72)
11-15 ปี	37 (10.57)
16-20 ปี	172 (49.14)
ประเภทผู้สูงอายุที่ให้การดูแล	
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทุกกิจกรรม (ADL 0-4)	6 (1.71)
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ผู้ดูแลช่วยบางกิจกรรม (ADL 5-8)	36 (10.29)
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ผู้ดูแลช่วยอำนวยความสะดวก (ADL 9-11)	308 (88)
ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล	
มี	86 (24.57)
ไม่มี	264 (75.43)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดย รวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.61$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า อยู่ใน ระดับดี ทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 0.71$) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X} = 3.50$, $SD = 0.67$) ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ($\bar{X} = 3.57$, $SD = 0.69$) ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.66$) และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 3.72$, $SD = 0.70$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (N=350)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.64	0.71	ระดับดี
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.50	0.67	ระดับดี
ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ	3.57	0.69	ระดับดี
ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	3.61	0.66	ระดับดี
ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	3.72	0.70	ระดับดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม	3.61	0.61	ระดับดี

ส่วนที่ 2 ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถสรุปประเด็นหลักเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในบริษัท สังกัดกิ่งเมืองกิ่งชนบท ได้ 4 ประเด็น ดังภาพที่ 1

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คือ เนื่องจาก สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักในครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นคู่สมรส สามี-ภรรยา เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ประชากรวัยแรงงานที่เป็นลูกหลานในครอบครัวมักเดินทางไปทำงานในต่างถิ่น ต่างจังหวัด จึงมีเพียงผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรส-ภรรยา ดูแลกันและกันเพียงลำพัง ความต้องการของผู้ดูแลในประเด็นนี้คือ ต้องการได้รับการส่งเสริมความรู้เพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดังที่ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ไว้ว่า

“บางครอบครัว ผู้สูงอายุก็ไม่มีลูกหลานอยู่ด้วย เพราะเขาไปทำงานต่างจังหวัด ช่วงวันหยุดยาวถึงจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ แต่ก็ส่งเงินมาให้พ่อแม่เป็นครั้งคราว ผู้เฒ่าอยู่ด้วยกันก็ดูแลกันไป ถ้ามีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ก็คงจะดีนะ เราจะได้ดูแลตัวเองและดูแลผู้สูงอายุด้วยกันด้วย”

ระบบดูแลผู้สูงอายุอยู่ลำพังในเวลากลางวัน คือ จากผลการศึกษาพบบริบททางสังคมของสังคมกิ่งเมืองกิ่งชนบท คือ กลุ่มวัยแรงงานที่ไม่ได้ไปทำงานต่างถิ่น ก็จะไปทำงานในพื้นที่เขตเมือง โดยเดินทางเข้าไปเย็นกลับ ทำให้ช่วงเวลากลางวันผู้สูงอายุมักจะต้องอยู่ลำพัง ไม่มีผู้ดูแลอยู่ด้วย ซึ่งผู้ดูแลจะมีการเตรียมอาหาร และของที่จำเป็นไว้ให้กับผู้สูงอายุก่อนจะเดินทางไปทำงาน ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองได้อาจไม่พบปัญหา แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก็จำเป็นต้องฝากเพื่อนบ้านหรือ อสม. ช่วยดูแล จึงมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลในช่วงเวลากลางวัน ดังข้อมูลที่ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ไว้ว่า

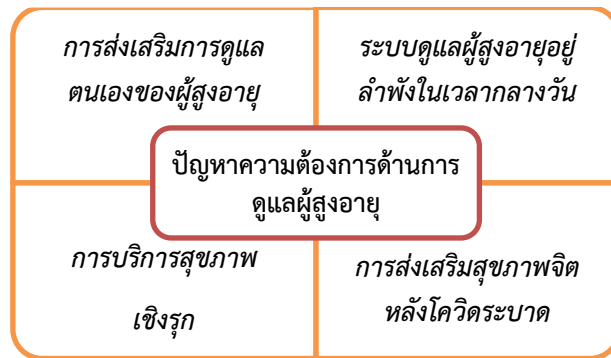
“ช่วงกลางวันคุณยายจะอยู่บ้านลำพังคนเดียว เพราะว่าแม่ไปทำงานในเมือง ทำงานโรงงานแหวนก็ตื่นแต่เช้าเตรียมอาหารกินไว้ให้ ถ้าวันไหนยายไม่สบายก็จะฝากญาติบ้านข้างๆ แวะมาดูแลเป็นระยะ แต่บางทีญาติเพิ่นยุ่ง ๆ ก็อาจจะไม่ได้มาดูแลให้ ถ้ามีระบบการดูแลในช่วงเวลากลางวันในกรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลได้ ก็ดีนะแม่ว่า”

การส่งเสริมสุขภาพจิตหลังโควิดระบาด คือ จากผลกระทบสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยไปร่วมทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับผู้อื่น และคนในชุมชนก็มักจะมิกิจกรรมร่วมกันน้อยลง จึงทำให้บางครั้ง การติดต่อสื่อสารกันไม่ถึง ไม่ได้ไปมาหาสู่กัน ทำให้ความคุ้นเคยสนิทสนมอาจจะลดน้อยลง หรือจากผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีผลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังข้อมูลที่ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ไว้ว่า

“แต่ก่อนใครมีการมีงานก็ไปช่วยกัน ไปโหมบุญด้วยกัน แต่พอโควิดมาเท่านั้นแหละ คนไม่ค่อยไปเยี่ยมยามถามข่าวกัน นานๆ เจอกันที มันก็รู้สึกไม่ค่อยดีเหมือนเดิม ความสนิทสนมก็ไม่เหมือนเดิมนะ หรือบางทีผู้สูงอายุอยู่แต่บ้านอยู่คนเดียว ก็ไม่ค่อยสดชื่นไม่มีเพื่อนพูดคุย อยากให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ให้กับผู้สูงอายุ แต่คงต้องรอโควิดหยุดการระบาดก่อน”

การบริการสุขภาพเชิงรุก คือ ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุส่งผลให้การเดินทางไปรับบริการสุขภาพไม่สะดวก ไม่คล่องตัว และในการไปรับบริการแต่ละครั้งต้องมีคนพาไปจึงจะสามารถไปได้ ประเด็นข้อจำกัดนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมไปรับบริการสุขภาพเมื่อมีปัญหาสุขภาพ และส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงได้ ประเด็นนี้ผู้ดูแลได้เสนอแนะ อยากให้มีการออกบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก ดังข้อมูลที่ผู้ดูแลให้สัมภาษณ์ไว้ว่า

“เวลาจะพาผู้สูงอายุไปหาหมอแต่ละครั้งจะลำบากมาก เพราะไม่อยากไป ไม่อยากเดินทาง ไม่คล่องตัว เดินเหินลำบาก บางทีต้องไปรอหมอตรวจ กว่าจะได้ตรวจก็เหนื่อย กว่าจะได้กลับบ้าน และบางครั้งหมอก็ดูถ้าผลตรวจน้ำตาลสูงขึ้น คุณยายก็หมดกำลังใจ เลยไม่อยากไปหาหมอ พอไม่ไปก็ขาดการติดตามรักษา อาการก็ทรุดลง กรณีคนที่ไปโรงพยาบาลไม่ไหว หรือมีข้อจำกัดไม่มีคนพาไป ถ้ามีระบบให้บริการตรวจที่บ้านคงดีนะ”



ภาพที่ 1 ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุ

7. การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทภาพรวมอยู่ในระดับดี และระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลทุกด้าน ทั้ง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (เทพไทย โขติชัย, 2563) นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งค่านิยมของคนไทยคือการตอบแทนบุญคุณบุพการี ดังนั้นจึงส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการดูแลผู้สูงอายุได้ (ยงยุทธ บุราสิทธิ์, 2561; ปาริชาติ รัตนราช, 2563) โดยผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่ม อสม. พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี (จิตติยา ใจคำ, 2564)

ปัญหาความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลมีความต้องการในประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้เพื่อจะได้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ความดูแลด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ ดูแลรักษาภาวะของโรคย่อมจะเกิดผลดีต่อการดูแล (ภูษณิศยา ยังอยู่, 2560; ปาริชาติ รัตนราช, 2563) ระบบดูแลผู้สูงอายุอยู่ลำพังในเวลากลางวันและการบริการสุขภาพเชิงรุกเนื่องจากบริบทของสังคมที่เปลี่ยนไป ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ รัตนราช และคณะ ที่ข้อเสนอแนะให้มีการติดตามเยี่ยมและให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดไม่สามารถไปรับบริการสุขภาพได้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตหลังโควิดระบาด เนื่องจากอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ จึงส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ และมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีการเสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังจากสถานการณ์ของโรคโควิด 19 ดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแล้วยังถือเป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

8. สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่นำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มที่เป็นผู้ดูแลหลัก
2. ผู้นำชุมชนนำผลการศึกษาไปออกกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนในการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและคนในชุมชน เพื่อให้เกิดความรักและความผูกพันและเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

3. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ลำพังและไม่มีผู้ดูแลหลักในช่วงเวลากลางวัน

9. เอกสารอ้างอิง

- จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วัชรราชภัฏ, อักษรา ทองประชุม. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ้ง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2). 1-24.
- เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์, สายันท์ ปัญญาทรง และ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1). 45-56.
- ปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ และ ไพรวลัย โคตรตะ. (2563). ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1). 147-156.
- ประภาพร เมืองแก้ว, นกตล เลื่อนนกรบ, อนัญตญา จันทรมณี. (2564). รูปแบบการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(2). 30-44.
- ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี และสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชนภายใต้นโยบายการพัฒนาาระบบการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 12(3). 437-451.
- ภุชณิศา ยิ่งอยู่, สุภัทรา จันทร์คำ, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ปิติพร สิริทิพากร, ดุจปรารณา พิศาลสารกิจ4, นภาพร เพ็งสอน, สุทิศา ปิติญาณ. (2560). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 16. 57-69.
- ยงยุทธ บุราสิทธิ์, ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์. (2561). การส่งเสริมค่านิยมไทย “คุณค่าและศักดิ์ศรี” ของผู้สูงอายุในสังคมเมือง. *วารสารภาษาและวัฒนธรรม*, 37 (2). 130-150.
- ยมนา ชนะนิล และ พรชัย จุลเมตต์. (2560). การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม. *วารสารพยาบาลกระทรวง*, 27(3). 29-41.
- สาคร อินโทโล่, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, จารุณี อินทฤทธิ์, ศิราณี อิ่มน้ำขาว และณัฐฉิ สุริยะ. (2563). การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2). 13-22.
- หทัยกานต์ ห่องระจก. (2559). อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. *วารสารแพทยนาวิ*. 43(2).
- อาริยา สนบุญ อุไร จำปาอะดี ทองมี ผลาผล. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1). 241-248.
- Ellis-Smith C, Evans CJ, Murtagh FE, Henson LA, Firth AM, Higginson IJ, et al. (2017). Development of a caregiver-reported measure to support systematic assessment of people with dementia in long-term care: The Integrated Palliative Care Outcome Scale for Dementia. *Palliat Med*, 31(7). 651-660.
- Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, 15(1). 85-109.
- Yamane, Taro. (1973), *Statistics: An Introductory Analysis*. London: John Weather Hill, Inc.