

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี

ณิชาธิ์ ใจคำวัง*, วรดา จักขุพรรณ, วลีพร น้อยเจือ, สกาวเดือน ชุ่มชุมภู และอินธิรา ตระกูลฤกษ์

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการ ศักยภาพและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประชากร คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน ในตำบลคิ่งตะเกา อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีปัญหาระดับน้อย ($\mu=2.41$, $\sigma=0.79$) โดยมีปัญหาด้านสวัสดิการทางสังคมมากที่สุด ($\mu=2.60$, $\sigma=0.78$) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\mu=2.34$, $\sigma=0.79$) และมีปัญหาด้านการดูแลน้อยที่สุด ($\mu=2.20$, $\sigma=0.78$) ผู้ดูแลมีความต้องการต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=3.28$, $\sigma=0.84$) มีความต้องการด้านสวัสดิการสังคมมากที่สุด ($\mu=3.31$, $\sigma=0.86$) รองลงมา คือ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($\mu=3.26$, $\sigma=0.88$) ด้านการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ($\mu=3.26$, $\sigma=0.79$) ศักยภาพของผู้ดูแล ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\mu=3.07$, $\sigma=0.66$) โดยมีศักยภาพด้านการดูแลร่างกายมากที่สุด ($\mu=3.13$, $\sigma=0.69$) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ($\mu=3.07$, $\sigma=0.54$) และด้านสุขภาพจิต ($\mu=3.00$, $\sigma=0.76$) ผู้ดูแลมีระดับความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\mu=3.44$, $\sigma=2.55$) โดยต้องพยายามปรับตัวหรือสภาพจิตใจและอารมณ์ และเกิดปัญหาด้านการเงินมากที่สุด รองลงมา คือ รู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดการความเครียด การจัดการด้านการเงิน การสร้างอาชีพและหารายได้เสริม รวมทั้งการจัดสวัสดิการให้สอดคล้องกับความเป็นอยู่และต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

*ผู้เขียนหลัก : jkwnicharee@uru.ac.th

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

Potential of Elderly Dependent Caregivers in Khung Taphao Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province.

Nicharee Jaikhamwang^{*}, Worada Juksuphan, Waleeporn Noiuar, Skawduan Choomchumpoo and
Intira Trakoonrerk

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

Abstract

This cross-sectional study aimed to study the elderly dependent caregivers' problems, needs, and tension level. The population were 50 elderly dependent caregivers within Khung Taphao sub-district, Mueang district, Uttaradit province. Data were collected by the use of a set of questionnaires, then, the collected data were statistically and descriptively analyzed.

The study results revealed that the elderly dependent caregivers' problems were found at a minimal level ($\mu=2.41$, $\sigma=0.79$), while their social welfare problems were mostly at the highest level ($\mu=2.60$, $\sigma=0.78$). Their needs to look after the elderly dependent were at the moderate level ($\mu=3.28$, $\sigma=0.84$), but mostly at a high level for social welfare ($\mu=3.31$, $\sigma=0.86$), to take care of the elderly dependents ($\mu=3.26$, $\sigma=0.88$), and information accessibility respectively ($\mu=3.26$, $\sigma=0.79$). Their collective capacity was found at a good level ($\mu=3.07$, $\sigma=0.66$), mostly relating to self-physical care ($\mu=3.13$, $\sigma=0.69$), environmental care ($\mu=3.07$, $\sigma=0.54$), and psychological health care respectively ($\mu=3.00$, $\sigma=0.76$). They appeared to be tense collectively at low level ($\mu=3.44$, $\sigma=2.55$). Their attempts for self and emotional adjustment, in parallel with financial solving problems were found at a highest level, second from their irritating feeling caused from the evident of the elderly dependents' self-care inability. The organizational locations should be established with special relations to the aging people's carrying capacity development in stress management, financial management. supplementary income earning, and welfare provision. All of them should be organized relevant to their needs within their self-reliance stage.

***Corresponding Author :** jkwnicharee@uru.ac.th

Keywords : Caregivers, Elderly Dependent

1. บทนำ

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลกที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ รวมถึงประเทศไทยด้วยที่มีประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลงของประชากรอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยสูงวัยเป็นอันดับสองในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีประชากรรวมกันทั้งหมดประมาณ 633 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 59 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 16^[1] ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 65.9 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5^[2] ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2560 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากร ทั้งหมด^[3] และคาดว่าในปี พ.ศ. 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 23.5 ซึ่งหมายถึง ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์^[4]

ประเทศไทยได้มีการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนมาตั้งแต่ปี 2545 โดยได้ระบุไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ชี้นำส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระสุดท้ายของชีวิต^[5] และยังมีระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคมที่จัดสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง หรือติดบ้าน^[6] จากการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว แต่ละครอบครัวมักมีผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลักอยู่อย่างน้อย 1 คน คุณภาพการดูแลจะดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมากย่อมมีเครือข่ายการดูแลที่มากกว่า นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อและทัศนคติของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับหลักศาสนา ค่านิยมเรื่องความกตัญญูและบาปบุญคุณโทษ สัมพันธภาพของสมาชิก และทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นความรู้เงิน การจัดการ และเครือข่ายอื่นๆ ในส่วนของผู้ดูแล ถึงแม้จะเป็นหลักในการดูแลผู้สูงอายุ แต่บางครั้งผู้ดูแลมักมีปัญหาในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านภาวะอารมณ์ จิตใจ ความเครียด และการขาดความรู้ในการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลมีทุนเดิมในด้านดังกล่าวในระดับสูง การดูแลย่อมดีไปด้วย^[2]

ครอบครัว ถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน อาจเป็นสามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้องจะรับหน้าที่ในการดูแล และนิยมเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งนับว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นเครือข่ายการดูแลที่สำคัญของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยรวมถึงปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความสามารถของผู้ดูแล และศักยภาพการดูแลในครอบครัว จากการเป็นผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลทั้งด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ^[7]

จังหวัดอุดรธานีอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่าง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัย (Aging index) มากที่สุดใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย ซึ่งจากรายงานสถิติจังหวัดอุดรธานีปี พ.ศ. 2558, 2559 และ 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 82,491, 85,023 และ 88,443 คน คิดเป็นร้อยละ 17.94, 18.60 และ 19.35 ตามลำดับ^[8] ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2558 ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 33.62 รองมาคือ ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.06 ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตวาย ร้อยละ 5.26 เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ร้อยละ 56.97 ปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ^[9] ในปี พ.ศ. 2559 จังหวัดอุดรธานีมีดัชนีสูงวัยมากที่สุดในอันดับที่ 6 มีค่าดัชนีสูงวัย 138.2 ซึ่งหมายถึง สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed aged society) (ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9)^[2] และในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดอุดรธานีมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 24.2 ของประชากรทั้งหมดถือว่าจังหวัดอุดรธานีเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ (Aging Society)^[10]

ตำบลคั่งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,659 คน คิดเป็นร้อยละ 18.64 ของประชากรทั้งหมด^[11] ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในตำบลคั่งตะเภาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 คน จากการสำรวจโดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั่งตะเภา มีการดำเนินงานการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมจำนวน 20 คน และจำแนกระดับผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ในพื้นที่ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกิน หรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 9 คน กลุ่มที่ 2 เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 1 คน และกลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 10 คน ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ที่อยู่ในการดูแลหลัก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั่งตะเภา มีน้อยกว่าจำนวนผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ทั้งหมดในตำบลคั่งตะเภา ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ไม่สามารถเข้าร่วมในการดำเนินงานการดูแลและเฝ้าระวังของทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคั่งตะเภา หนึ่งในสาเหตุอาจเกิดจากความยินยอมจากผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ที่ไม่สะดวกในการรับบริการ และจำนวนผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอร่วมด้วย เนื่องจากในตำบลคั่งตะเภา มีระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงแบบการดูแลระยะยาว (Long-term care: LTC) โดยมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (Caregiver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 70 ชั่วโมง ซึ่งเป็น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลคิ่งตะเกาจำนวนเพียง 7 คน และผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care Managers) ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน ที่มีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ในตำบลคิ่งตะเกา^[11]

จากข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคิ่งตะเกา เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีปัญหาสุขภาพ ที่ยังไม่ได้อยู่ในระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงแบบการดูแลระยะยาว จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว จากการสัมภาษณ์บุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิ่งตะเกา พบว่ามีระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่เน้นการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้บ้าง จะเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัว แต่ไม่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งศักยภาพในการดูแลมีผลต่อคุณภาพการดูแล แต่ศักยภาพในการดูแลจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ คุณลักษณะของผู้ดูแล ภาวะสุขภาพทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมถึงรายได้ของครอบครัว ปัจจัยทางสังคมทั้งด้านการศึกษาความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย และระบบบริการสุขภาพและสังคม ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การดูแลในครอบครัวถือว่าเป็นบรรทัดฐานที่ต้องให้ความสนใจและความสำคัญ โดยมีเป้าหมายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ คือความเครียดจากความคลุมเครือในบทบาท ผู้ดูแลที่ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีความสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ ความคลุมเครือในบทบาทนี้เป็นสิ่งสำคัญในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพราะถ้าหากผู้ดูแลขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ หรือไม่ทราบว่าจะปฏิบัติบทบาทของตนเองอย่างไร ย่อมส่งผลถึงคุณภาพการดูแล และทำให้ผู้ดำรงบทบาทนั้นเกิดความเครียด^[7] หากผู้ดูแลมีศักยภาพที่ดีและเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น พึ่งพาน้อยลง และช่วยเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงกลายเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดวัตถุประสงค์การวิจัยไว้ 3 ประการ คือ เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เพื่อที่หน่วยงานหรือองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องจะได้นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสร้างเสริมศักยภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้มีศักยภาพที่ดีขึ้น สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและปรับปรุงการดำเนินชีวิตกับผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ให้เป็นสุขต่อไป

2. วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในตำบลทุ่งตะเกา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 50 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน
2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน
3. ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรม ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67–1.00 นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรเป้าหมาย จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Co-efficient) แบบสอบถามส่วนปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 และแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะบุคคล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่พักอาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ต้องดูแล

ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่าเป็น 5 ระดับ (rating scale) และนำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาแบ่งเป็น 5 ช่วงระดับ^[12] คือระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 35 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบในลักษณะประเมินค่าเป็น 4 ระดับ (rating scale) และนำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย จากนั้นนำมาแบ่งเป็น 4 ช่วงระดับ^[13] ตามความกว้างของขั้น คือ ระดับไม่ดี ปานกลาง ดี และดีมาก

ส่วนที่ 4 ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและปัญหาที่ผู้ดูแลประสบในการดูแล เป็นแบบเลือกตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบ 2 คำตอบ คือ ใช่หรือไม่ใช่ โดย

ข้อที่ตอบใช่จะได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบไม่ใช่จะได้ 0 คะแนน การแปลความหมายของระดับคะแนนในแบบสอบถามดังต่อไปนี้

0-3 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับความเครียดต่ำ

4-6 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับความเครียดปานกลาง

7-12 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับความเครียดสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย

โดยแจ้งแก่กลุ่มเป้าหมายว่า ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลส่วนตัวจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด กลุ่มเป้าหมายมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใดๆ รวมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ด้านที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มเป้าหมายอาจจะได้รับการวิจัย โดยกลุ่มเป้าหมายมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ผลการวิจัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 อายุระหว่าง 41-45 ปี ร้อยละ 54.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.00 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 42 ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นบุตร ร้อย 72.00 พักอาศัยที่บ้านของตนเอง ร้อยละ 100.00 ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 1 คน ร้อยละ 92.00 ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่ดูแลมากที่สุด คือ 80-89 ปี ร้อยละ 56.00 ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 22.20 ระยะเวลาผู้สูงอายุ 6-10 ปี ร้อยละ 44.00 สูงที่สุด 20 ปี (ดังตารางที่ 1)

SCIENCE AND TECHNOLOGY
UTTARADIT RAJABHAT UNIVERSITY

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N=50)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	40	80.00
ชาย	10	20.00
อายุ		
ต่ำกว่า 25 ปี	1	2.00
26 - 40 ปี	5	10.00
41 - 55 ปี	27	54.00
56 - 70 ปี	13	26.00
71 ขึ้นไป	4	8.00
$\mu = 52.62$ ปี $\sigma = 12.38$ ปี Min = 18 ปี Max = 83 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	54.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	16.00
อนุปริญญา/ปวส.	3	6.00
ระดับปริญญาตรี	4	8.00
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.00
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	2.00
รับจ้างทั่วไป	19	38.00
รับราชการ	5	10.00
ค้าขาย	11	22.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	2.00
ทำการเกษตร	9	18.00
แม่บ้าน	4	8.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N=50)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	16	32.00
5,000 – 10,000 บาท	21	42.00
10,001 – 15,000 บาท	6	12.00
15,001 – 20,000 บาท	2	4.00
มากกว่า 20,000 บาท	5	10.00
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ดูแล		
มี	35	70.00
ไม่มี	15	30.00
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ*		
โรคความดันโลหิตสูง	29	40.30
โรคเบาหวาน	16	22.20
โรคเก๊าต์	5	6.90
โรคไขมัน	5	6.90
โรคไต	2	2.80
โรคหัวใจ	6	7.30
โรคถุงลมโป่งพอง	2	2.80
อัมพฤกษ์	2	2.80
ต่อมลูกหมากโต	3	7.00
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ		
บุตร	36	72.00
หลาน	4	8.00
สามี/ภรรยา	6	12.00
พี่น้อง	1	2.00
ลูกสะใภ้	2	4.00
ลูกเขย	1	2.00
ที่พักอาศัย		
บ้านของตัวเอง	50	100.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(N=50)	ร้อยละ
จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล		
1 คน	46	92.00
2 คน	4	8.00
อายุของผู้สูงอายุที่ดูแล		
60 – 69 ปี	2	4.00
70 – 79 ปี	10	20.00
80 – 89 ปี	28	56.00
90 ปี ขึ้นไป	10	20.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ		
1 - 5 ปี	16	32.00
6 - 10 ปี	22	44.00
11 - 15 ปี	7	14.00
มากกว่า 15 ปี	5	10.00
$\mu = 9.08$ ปี $\sigma = 5.19$ ปี Min = 1 ปี Max = 20 ปี		

* หมายเหตุ: โรคประจำตัวของผู้สูงอายุเป็นข้อคำถามที่สามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

3.2 ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3.2.1 ปัญหาด้านการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\mu=2.20$, $\sigma=0.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย ($\mu=2.30$, $\sigma=0.81$) รองลงมาคือ การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ($\mu=2.28$, $\sigma=0.86$) และการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ($\mu=2.20$, $\sigma=0.76$)

3.2.2 ปัญหาด้านสวัสดิการสังคมอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสวัสดิการสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=2.60$, $\sigma=0.78$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับความสะดวกโดยมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ($\mu=3.14$, $\sigma=0.81$) รองลงมาคือ

ให้มีการจัดบริการรถรับ ส่งผู้สูงอายุ จากบ้านไปยังสถานพยาบาล ($\mu=2.94$, $\sigma=0.79$) และการมีหน่วยงานที่ให้การรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ($\mu=2.48$, $\sigma=0.84$)

3.2.3 ปัญหาด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\mu=2.34$, $\sigma=0.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ($\mu=2.88$, $\sigma=0.92$) รองลงมาคือ การอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ ($\mu=2.30$, $\sigma=0.79$) และการมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์หรือสิทธิการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ($\mu=2.22$, $\sigma=0.67$)

3.3 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3.3.1 ความต้องการด้านการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ($\mu=3.26$, $\sigma=0.88$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา อาหารและการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ย ($\mu=3.40$, $\sigma=0.90$) รองลงมาคือ การบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง มีค่าเฉลี่ย ($\mu=3.32$, $\sigma=0.91$) และการบริการตรวจสมรรถภาพทางกายปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ย ($\mu=3.22$, $\sigma=0.91$)

3.3.2 ความต้องการด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=3.31$, $\sigma=0.86$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ได้รับความสะดวกโดยมีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ย ($\mu=3.44$, $\sigma=0.81$) รองลงมา คือ มีหน่วยงานที่ให้การรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ($\mu=3.36$, $\sigma=0.98$) และได้รับการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาแนะนำการดูแลสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ ($\mu=3.36$, $\sigma=0.88$)

3.3.3 ความต้องการด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ความต้องการด้านการรับรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=3.26$, $\sigma=0.79$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ($\mu=3.50$, $\sigma=0.99$) รองลงมา คือ มีการเผยแพร่

ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์หรือสิทธิการคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ผู้สูงอายุ ($\mu=3.30$, $\sigma=0.81$) และการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลในหน่วยงานของรัฐ ($\mu=3.26$, $\sigma=0.72$)

3.4 ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3.4.1 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการและอาหาร

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงด้าน โภชนาการและอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.37$, $\sigma=0.66$) พบสูงที่สุด คือ สามารถให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน ($\mu=3.82$, $\sigma=0.52$) และรองลงมา คือ สามารถจัดอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลต่างๆ เพื่อช่วยในการขับถ่ายให้ผู้สูงอายุ ($\mu=3.52$, $\sigma=0.68$) และ สามารถให้ผู้สูงอายุกินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำกัน ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน ($\mu=3.42$, $\sigma=0.64$)

3.4.2 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านการนอนหลับพักผ่อน

ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านการนอนหลับพักผ่อนโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.33$, $\sigma=0.67$) พบสูงที่สุดคือ สามารถให้ผู้สูงอายุนอนให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ($\mu=3.78$, $\sigma=0.42$) และรองลงมา คือ สามารถจัดที่นอนให้มีความอ่อนนุ่ม สะอาดและสุขสบาย ($\mu=3.40$, $\sigma=0.53$) และสามารถจัดสภาพแวดล้อมในห้องนอนของผู้สูงอายุให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด มีของใช้เท่าที่จำเป็น ($\mu=3.36$, $\sigma=0.63$)

3.4.3 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในเรื่องการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu=2.48$, $\sigma=0.77$) พบสูงที่สุดคือ สามารถช่วยผู้สูงอายุออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ ($\mu=2.54$, $\sigma=0.81$) รองลงมา คือ สามารถสังเกตความผิดปกติของผู้สูงอายุ ขณะออกกำลังกาย ($\mu=2.48$, $\sigma=0.79$) และ สามารถเลือกประเภทของกายออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ($\mu=2.46$, $\sigma=0.68$)

3.4.4 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขอนามัย

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสุขอนามัยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\mu=3.08$, $\sigma=0.73$) พบสูงที่สุด คือ สามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อมีการนัดหมาย ($\mu=3.50$, $\sigma=0.61$) รองลงมา คือ สามารถทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย ($\mu=3.20$, $\sigma=0.67$) และ เมื่อตรวจพบอาการผิดปกติต่างๆ ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สามารถพาไปพบแพทย์ ($\mu=2.94$, $\sigma=0.71$)

3.4.5 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านการให้ยา

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เรื่องการให้ยาในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\mu=3.41$, $\sigma=0.61$) พบสูงที่สุด คือ สามารถให้ยาแก่ผู้สูงอายุที่ถูกขนาดตามที่แพทย์สั่ง ($\mu=3.48$, $\sigma=0.58$) รองลงมาคือ สามารถให้ยาถูกต้องตรงตัวของผู้สูงอายุ ($\mu=3.46$, $\sigma=0.65$) และสามารถให้ยาแก่ผู้สูงอายุถูกต้องตามเวลา ($\mu=3.40$, $\sigma=0.64$)

3.4.6 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสุขภาพจิตในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\mu=3.00$, $\sigma=0.76$) พบสูงที่สุด คือ สามารถคอยให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจ ($\mu=3.46$, $\sigma=0.68$) รองลงมา คือ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ($\mu=3.40$, $\sigma=0.64$) และสามารถเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพบปะญาติเพื่อนฝูงและเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในบ้าน ($\mu=2.58$, $\sigma=0.84$)

3.4.7 ศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสิ่งแวดล้อมในภาพรวม อยู่ในระดับดี ($\mu=3.07$, $\sigma=0.66$) พบสูงที่สุด คือ สามารถจัดพื้นที่ภายในบ้านให้เหมาะสมและเป็นระเบียบเรียบร้อย ($\mu=3.16$, $\sigma=0.58$) รองลงมา คือ สามารถจัดอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ให้มีเฉพาะที่จำเป็นและหลีกเลี่ยงของใช้ที่เป็นอันตราย ($\mu=3.14$, $\sigma=0.53$) และสามารถสำรวจของใช้ในบ้านให้มีสภาพดี ($\mu=3.08$, $\sigma=0.57$)

3.5 ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\mu=3.44$, $\sigma=2.55$) มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมา มีคะแนนความเครียดอยู่ระดับสูง ร้อยละ 22.0 และน้อยที่สุด คือคะแนนความเครียดอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.0 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีร้อยละสูงที่สุด คือ ต้องพยายามปรับตัวหรือสภาพจิตใจและอารมณ์ (เพราะมักมีการขัดแย้งรุนแรงเกิดขึ้น) และเกิดปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 50.0 รองลงมา คือรู้สึกไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 40.0

4. อภิปรายผล

4.1 ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าโดยภาพรวมผู้ดูแลมีปัญหายุ่งในระดับน้อย อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุระยะเวลานานเฉลี่ย 9.08 ปี ทำให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ที่พบจากการดูแลผู้สูงอายุได้จากการมีประสบการณ์ในการดูแล จึงทำให้ระดับปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีภาพรวมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ให้การดูแลก็มีประสบการณ์ตรงในแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่ายี่ระยะเวลายาวนาน ผู้ดูแลก็มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น^[14]

สำหรับปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุอาจเกิดจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้างทั่วไป จึงทำให้ไม่มีเวลาในการหาข้อมูลหรือฟังการบรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพยังไม่ได้จัดอบรมการดูแลผู้สูงอายุให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลการขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ และการขาดความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแล^[7] ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ ปีที่ 6 ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้น ผู้ดูแลจะดูแลตามมีตามเกิด เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนบ้าน/ชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แหล่งความรู้ของผู้ดูแลมาจากแหล่งที่ไม่เป็นทางการ จากการปฏิบัติสืบทอดกันมา มากกว่าการได้จากแหล่งที่เป็นทางการ ปัญหาด้านสวัสดิการสังคมและด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร พบว่า สวัสดิการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลให้ความสนใจในเรื่องการได้รับการเยี่ยมบ้านแต่โดยส่วนมากการบริการสุขภาพในชุมชนเน้นการเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างและสามารถเข้าไปรับบริการที่สถานบริการได้ จึงขาดความครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องในด้านบริการสุขภาพ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพียงการดูแลกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ซึ่งการดูแลในภาวะพึ่งพิง ขาดหลักประกันคุณภาพ การดูแลที่บ้าน และความต่อเนื่องของการดูแลในระบบบริการสุขภาพ^[15]

4.2 ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ในภาพรวมพบว่า ความต้องการในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากข้อมูลทั่วไปโดยส่วนมากผู้สูงอายุมีอายุ อยู่ในช่วง 80-89 ปี มีสมรรถภาพด้านร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเสื่อมโทรม ความแก่เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเองเมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ทำให้สมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุลดลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดภาวะการพึ่งพา และจากการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลาที่นาน ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล จากการมีความคุ้นเคย ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการความ

ช่วยเหลือในการดูแลมากกว่าปัญหาที่พบ จากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่า การะการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลก็มีประสบการณ์ตรงในการดูแลและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีการศึกษาพบว่ายี่ระยะเวลา ยาวนาน ผู้ดูแล ก็จะมี ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น จากมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้จากข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำของบุคลากร ที่เกี่ยวข้องในทีม สุขภาพ รวมทั้งผู้ดูแลเองที่แสวงหาข้อมูล กำหนดหนทางแก้ไขปัญหา มีการปรับตัวทำให้คุ้นเคยกับกับ กิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาจมีครอบครัว ญาติ พี่น้องร่วมมือ ช่วยเหลือสนับสนุนกัน การดูแลที่ ต้องใช้เวลามากและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลมากกว่าปัญหาที่พบ^[14] ทำให้การศึกษาครั้งนี้พบค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาในการดูแลน้อยกว่าความต้องการของผู้ดูแล

ความต้องการของผู้ดูแลสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ด้านสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สำหรับค่า สวัสดิการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุนั้นเป็นภาวะที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องมีค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาล ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ รวมทั้ง ค่าใช้จ่าย ของผู้ดูแลเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีความต้องการ ความช่วยเหลือในด้านสวัสดิการสังคม ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยของความ ต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยด้าน ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง พบว่าปัจจัยด้านระยะเวลาใน การดูแล ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล โดยอธิบายถึงความต้องการการปรับตัวที่ต้องการ อย่างมากในระยะแรกที่เริ่มดูแลและมีความต้องการความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งหวังที่จะให้ผู้สูงอายุดีขึ้นแต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์มากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุได้เคยแก้ปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นความต้องการในสิ่งที่ต้องการทราบหรือปัญหานั้นๆ ก็จะลดน้อยลง^[14] อย่างไรก็ตาม ความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุถูกกำหนดจากเงื่อนไขและบริบทที่มีอยู่จริง เช่น สภาพครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ ระบบเครือข่ายการ ดูแลสุขภาพเป็นต้น ส่งผลให้ผู้ให้การดูแลยอมรับถึงข้อจำกัด และไม่ได้คาดหวังว่าปัญหาที่มีอยู่จะได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมด ดังนั้นลักษณะครอบครัวสถานะของผู้ให้การดูแล การแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นแล้ว ภายในครอบครัวเหล่านี้เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่ทำให้ผู้ให้การดูแลรับรู้ถึงการได้รับการจัดการภายในบ้านที่มี อยู่แล้ว

4.3 ศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลด้านร่างกาย พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ดูแลทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี โดยดูแลในเรื่องของการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น ครอบคลุมการรับประทานอาหาร การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การแก้ปัญหาอาการทางกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้ รับความสะดวกสบาย และปลอดภัย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่ารักษาพยาบาล การไปรับการรักษาตาม นัดหรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจ โดยต้องการเพื่อนคุย ถามถึงความเป็นอยู่ และสุขภาพ สามารถบรรเทาความเหงาหรือความเบื่อหน่ายจากสภาพร่างกาย ที่เป็นอยู่ได้ แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เป็นที่พึ่งพิงใกล้ชิดของผู้สูงอายุ และครอบครัวเป็น ปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างดีจะอาศัยปัจจัยภายในครอบครัว เป็นพื้นฐานที่สำคัญลักษณะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การรับประทานครุภัณฑ์การดูแลความสะดวกและสุขภาพโดยรวมส่วนสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวคนจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็นการที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และยังเป็นการแสดง ให้เห็นว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพในระดับที่ดี^[16]

จากการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้สูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ ด้านสุขภาพจิตและด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทำให้ ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม ที่เป็นการสนับสนุนและส่งเสริมในด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ และไม่สามารถให้การดูแลความปลอดภัยขณะที่ผู้สูงอายุออกกำลังกายได้ รวมถึงด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างทำให้ผู้ดูแล ไม่ได้ให้การดูแลหรือระมัดระวัง หรือ สภาพห้องน้ำไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลผู้สูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีศักยภาพในด้านนี้ต่ำ

4.4 ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ผู้ดูแลผู้สูงที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลให้การดูแลสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และส่วนมากเป็นบุตรซึ่งเป็นหน้าที่สำคัญที่บุตรต้องให้การดูแลบิดามารดา ที่มีโอกาสการตอบแทนบุญคุณ แต่ข้อที่มีคะแนนความเครียดสูงคือ ต้องพยายามปรับตัวหรือสภาพจิตใจและอารมณ์ (เพราะมักมีการขัดแย้งรุนแรงเกิดขึ้น) และเกิดปัญหาด้านการเงิน จากข้อมูลทั่วไปส่วนมากผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง อีกทั้งบางส่วนยังต้องดูแลผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งคน ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดใน

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย พบว่าผู้ดูแลมีระดับความเครียดเล็กน้อย^[17] และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ^[18] พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน หรือมีภาระค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ เพิ่มขึ้นและผู้ดูแลผู้สูงอายุบางคนนอกจากต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัวและยังต้องมีภาระที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ และต้องขดเขยเวลาที่ต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุ และพบว่าความเครียดของผู้ดูแลหลัก คือ มีความรู้สึกเหนื่อยล้า เครียด รู้สึกว่าตนเองต้องมีภาระรับผิดชอบ มีความรู้สึกขัดแย้งในใจกับพี่น้องในกรณีที่พี่น้องไม่ให้ความช่วยเหลือสุขภาพตนเองทรุดโทรม ในทางตรงกันข้ามการเป็นผู้ดูแลก็ทำให้เกิดความรู้สึกเชิงบวกแก่ผู้ดูแลด้วยกัน ปัจจัยของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ ความเสื่อมของสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเองและสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของตัวผู้สูงอายุเองการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินในระดับหนึ่งเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงที่อยู่ในวัยทำงานไม่เตรียมความพร้อมด้านการเงินไว้ดูแลตนเองเมื่อยามสูงอายุภาระหน้าที่การหาเงินเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุจึงตกอยู่กับผู้ดูแลซึ่งจะต้องมีภาระในการหารายได้ และดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมๆ กัน ความกดดันทางด้านเศรษฐกิจนี้มีหลายประการ เช่น ค่าหมอ ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล^[19]

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการความเครียด การจัดการด้านการเงิน การลดค่าใช้จ่าย การสร้างอาชีพและหารายได้เสริม
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ควรได้รับสวัสดิการที่สอดคล้องกับความจำเป็นและต้องการ ได้แก่ การบริการรถรับส่งสำหรับผู้สูงอายุจากบ้านไปสถานพยาบาล รวมทั้งจากบ้านไปเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาแนะนำ การดูแลสุขภาพ การอบรมเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
2. ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตำบลคู้ตะเภา อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย ขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์สำหรับการสนับสนุนทุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- [1] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://thaitgri.org/?p=37841>.
- [2] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://thaitgri.org/?p=36614>.
- [3] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ข่าวประชาสัมพันธ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx.
- [4] ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF. 2556.
- [5] คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิชย์. 2552.
- [6] อรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ และคณะ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 28 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTE1Mg>. 2559.
- [7] ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว. ในการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นต่อประเด็นนโยบาย เรื่อง “ระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ”. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. 2551.
- [8] กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <http://128.199.81.99/dop/frontend/web/index.php?r=site%2Freport1>. 2560.
- [9] มาลี โชคเกิด และเลิศชาย น้อยทรัพย์. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, ปีที่ 14 ฉบับที่ 2. 33-44, 2559.

- [10] มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]; 2561. . [เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf.
- [11] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิ่งตะเกา. ข้อมูลระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคิ่งตะเกา. อุดรดิตถ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิ่งตะเกา อุดรดิตถ์. 2561.
- [12] บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น. 2553.
- [13] บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่5). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักส์ 2551.
- [14] พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์และคณะ. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ปีที่ 26 ฉบับที่ 2. 54-62, 2559.
- [15] ขวลิท สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์ และวารี ศรีสุพล. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์, ปีที่ 5 ฉบับพิเศษ. 398-402, 2559.
- [16] วิภา เพ็งแสงเยี่ยม และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในชุมชน.วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, ปีที่ 18 ฉบับที่ 3. 83-95, 2559.
- [17] ศัทธิยา รัตนวิมล. ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
- [18] รศรินทร์ เกรย และสาลิณี เทพสุวรรณ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 1. 203-228, 2557.
- [19] ศศิธร สุขจิตต์, ศรัณยู เรือนจันทร์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ฐะคำ. รายงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน ด้วยกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์ ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์.อุดรดิตถ์: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์. 2561.