ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwas

เพ็ญนภา มะหะหมัด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานรักษาพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

Phennapha Mahamad

Registered nurse professional level, Sugaikolok Hospital, Narathiwas Province.

Received: 1 December 2017
Revised: 11 January 2018
Accepted: 19 February 2018

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส เก็บข้อมูลในผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทุกคนในตำบลสุไหงโกลก จำนวน 10 คน โดยใช้แบบประเมินความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ หาความสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง สำหรับการประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องการเกิดแผลกดทับ สามารถดูแลเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบและสามารถดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ด้านความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะสามารถปฏิบัติได้อยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยสรุป ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, การปฏิบัติ, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง, ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบบทความ
นางเพ็ญนภา มะหะหมัด
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส
อีเมล : daryoung501@hotmail.com, 083-1925119.

Corresponding author
Mrs. Phennapha Mahamad
Registered nurse professional level,
Sugaikolok Hospital, Narathiwas Province.
E-mail : daryoung501@hotmail.com, 083-1925119.

Abstract

The objectives of the study were to describe knowledge, attitude, and Principles healthcare by Caregivers in elderly, and to examine the relationships among those three variables. Samples of 10 Caregivers in elderly who had agree. All sample Caregivers completed three questionnaires developed for the project. and three separated questionnaires of knowledge, attitude, and Principles healthcare by Caregivers in elderly. Statistical analyses used were descriptive statistics and Pearson product moment correlation. Results revealed that the average score of Caregivers' knowledge, attitude, and Principles healthcare by Caregivers in elderly are at a high level of knowledge, a good attitude, and Principles healthcare by Caregivers. There was a significant relationship between attitude and practice.

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3 – 4 ทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 –พ.ศ. 2544 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2545,พ.ศ. 2550, พ.ศ. 2554 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 ร้อยละ 12.2 ตามลำดับ[1] และยังพบว่าสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วจาก ปีพ.ศ. 2553 ร้อยละ 13.2 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583[2] จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นพบว่าสุขภาพผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพ ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 ขณะที่มีร้อยละ 5 เท่านั้น ที่ไม่เป็นโรคและปัญหาสุขภาพดังกล่าว[3]

จังหวัดนราธิวาส พบจำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจและคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 66,448 คน เมื่อเทียบกับประชากรคิดเป็นร้อยละ 10.70 ได้รับการคัดกรองสุขภาพร่างกายคิดเป็นร้อยละ 29.57 (19650 คน) และการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ ร้อยละ 0.51 (340 คน) พึ่งพารุนแรง ร้อยละ 0.63 (423 คน) พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 4.70 (3,125 คน) ไม่พึ่งพา ร้อยละ 94.16 (62,560 คน) พบผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.62 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.40 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 0.51[4]

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในอำเภอสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ. 2559 พบประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 5,624 คน ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ จำนวน 5,417 คน ร้อยละ 96.32 สัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 6.63 (ประชากรทั้งหมด 84,827) แสดงให้เห็นว่า อำเภอสุไหงโก-ลกกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำแนกกลุ่มวัยสูงอายุ ได้ดังนี้ วัยต้นอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 78.68 (4,425 คน) วัยกลางอายุระหว่าง 70-79 ปีร้อยละ 15.44 (868 คน) วัยปลายอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.89 (331 คน) ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสมบูรณ์ ร้อยละ 0.38 (21 คน) พึ่งพารุนแรงร้อยละ 0.13 (7 คน) พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 3.04 (171 คน) ไม่พึ่งพา ร้อยละ 96.47 (5,425 คน) พบผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 49.75 โรคเบาหวาน ร้อยละ 45.23 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 0.47 [5]

ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและปฐมพยาบาลผู้สูงอายุ หากไม่มีการเตรียมความพร้อมการจัดสรรทรัพยากรแรงงานที่ลดลงจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้รายได้ประชาชาติลดลงดังนั้นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุย่อมทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม[6] วัยสูงอายุหรือวัยเกษียณขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ทำให้มีการออมลดลง ในขณะวัยทำงานต้องรับภาระมากขึ้น

ทำให้มีการใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางด้านสังคม จะพบปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องทำงานมากขึ้นและต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น บางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความอบอุ่น อีกทั้งปัญหาทางด้านสภาพจิตใจ เมื่อถึงวัยเกษียณอายุ ไม่ได้ทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจเหมือนเป็นภาระกับลูกหลาน อาจรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า และมีปัญหาสุขภาพร่างกาย ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[7]ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง ขาดผู้ดูแล จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลเอาใจใส่ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไม่สะดวก[3] การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุควรจะต้องร่วมมือกันตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศ โดยเฉพาะการร่วมมือกันในชุมชนควรมีการค้นหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้และหลักการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน[8]ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในระบบทางปัสสาวะ และการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพมากขึ้น หากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของบลูม[9]ที่ได้จำแนกการเรียนรู้เป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านความรู้ (cognitive domain) ด้านเจตคติหรือความรู้สึก (affective domain) และด้านทักษะ (psycho motor domain) และได้กล่าวว่า ทัศนคติเป็นผลทำให้เกิดการปฏิบัติและจะไม่ใช้ความรู้ก่อนการปฏิบัติจนกว่าจะมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติหรือการกระทำนั้นๆ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาสและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐานอย่างมีคุณภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทุกคนในตำบลสุไหงโก-ลก อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส จำนวน 10 คน

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลกทุกคน จำนวน 10 คน ที่สมัครใจ และมีจิตอาสา ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลสุไหงโก-ลกอย่างน้อย 3 ปี ระยะการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน มีนาคม – กันยายน พ.ศ. 2559

วิธีการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ถึงประธานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ใน ตำบลสุไหงโกลกเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2. หลังจากที่ได้รับการอนุมัติการทำวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบประธานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการประชุมเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบ ขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุตกลงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุลงนามในแบบฟอร์มยินยอม

4. นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบประเมินทัศนคติของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุรวมถึงการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

5. นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ และ หาความสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแบบสอบถามทัศนคติของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ของกรมอนามัยและแบบประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74, 0.73 และ 0.82 ตามลำดับแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และผิด จำนวน 30 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 30 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แปลผลคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประเมินความรู้ ซึ่งปรับใช้จากเกณฑ์การแปลผลโดยใช้ตัวเลขแสดงระดับคุณภาพ ได้แก่ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 60-79 มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรมอนามัย[10] โดยหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.73 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเคอร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ คะแนนรวมสูงสุด 50 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนดออกเป็น 3 ระดับค่าพิสัยระหว่าง 3.34-5 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ค่าพิสัยระหว่าง 1.67-3.33 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 1-1.66 ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ส่วนที่ 4 แบบประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยหาความเที่ยงจากแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.82 ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มี 4 ระดับ คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติจนถึงคะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง ซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ คะแนนรวมสูงสุด 25 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน แปลผล โดยใช้ค่าพิสัยในการแบ่งคะแนนจากเกณฑ์ที่กำหนด ออกเป็น 3 ระดับค่าพิสัยระหว่าง 2.1-3 ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ค่าพิสัยระหว่าง 1.1-2 ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และค่าพิสัยระหว่าง 0-1 ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74, 0.73 และ 0.82 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์เชิงลำดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ซึ่งผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40-45 ปี ร้อยละ 30 รองลงมามีอายุอยู่ในช่วง 46-50 ปี ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 60 มีเพียงร้อยละ 40 นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 60 รองลงมามีสถานภาพหม้าย/หย่า คิดเป็นร้อยละ 30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40 รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 40 มีอาชีพค้าขายคิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 80 ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อน 3 ปี ร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 1

ด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง สำหรับการปฏิบัติตามหลักการดูแล

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงพบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องการเกิดแผลกดทับ สามารถดูแลเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ และสามารถดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ด้านความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลางดังแสดงในตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 10)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิง	10	100.00
อายุ		
45-40 ปี	3	30.00
50-45 ปี	3	30.00
55-51 ปี	2	20.00
60-56 ปี	2	20.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	40.00
มัธยมศึกษา	4	40.00
ปวช.	1	10.00
อนุปริญญา	1	10.00
ศาสนา		
อิสลาม	4	40.00
พุทธ	6	60.00
สถานภาพ		
โสด	1	10.00
คู่	6	60.00
หย่า/ หม้าย	3	30.00
อาชีพ		
แม่บ้าน	3	30.00
รับจ้าง	3	30.00
ค้าขาย	4	40.00
รายได้		
5,000-3,000 บาท/เดือน	6	60.00
10,000-5,001 บาท/เดือน	4	40.00
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	8	80.00
ไม่เพียงพอ	2	20.00
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างน้อย 3 ปี		
มี	10	100.00

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (n=10)

ระดับความรู้การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ระดับความรู้	
	จำนวน (n=10)	ร้อยละ
ระดับความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		
ความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100 - 80)	10	100.00
ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 79 – 60)	0	0.00
ความรู้อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 59 - 0)	0	0.00
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
ระดับสูง	7	70.00
ระดับปานกลาง	3	30.00
ระดับต่ำ	0	0
ระดับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
ระดับสูง	6	60.00
ระดับปานกลาง	4	40.00
ระดับต่ำ	0	0

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (n = 10)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.000		
ทัศนคติ	0.48	1.000	
การปฏิบัติ	.218	.655*	1.000

* $p<0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 70 มีการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 60

บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติเป็นจิตอาสา และสมัครใจ อีกทั้งต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 3 ปี และกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีความรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี เรือนศรีและคณะ[11] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุมิตรา ชูแก้วและคณะ[12] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและญาติผู้ดูแลมาก่อนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงมีการติดต่อ ประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มมาก

ด้านทัศนคติพบว่าทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องภายใต้การติดตามของทีมสาธารณสุขในพื้นที่ อีกทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 3 ปี และเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในชุมชนเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุ สามารถสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย และสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุเปรียบเสมือนญาติจนทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความไว้วางใจ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีจิตอาสาให้การดูแลเป็นอย่างดี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ด้านการปฏิบัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 3 ปี และเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในชุมชนทำให้มีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงวัยผู้สูงอายุและการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการและมีความรู้เพิ่มขึ้นจึงสามารถทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความไว้วางใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน อยู่ในระดับสูง เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องการเกิดแผลกดทับสามารถดูแลเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบและสามารถดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ถึงแม้กิจกรรมดังกล่าวมีความยุ่งยาก ซับซ้อน แต่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ดีเนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถเรียนรู้จากการจดจำประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ มาก่อน การสังเกตวิธีการดูแลของทีมสาธารณสุข การชี้แนะ รวมถึงการศึกษาหาข้อมูลและความรู้จากสื่อต่างๆ โดยเห็นความสำคัญต่อการดูแล สามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง หากดูแลไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนตามมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจึงสามารถดูแลตามกิจกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจอม สุวรรณโณ[14] ซึ่งพบว่า กิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ถูกต้องมี 14 กิจกรรม แต่มี 2 กิจกรรมที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ และการป้องกันข้อติดและกล้ามเนื้อลีบ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เนื่องจากมีความรู้ในการดูแลอยู่ในระดับสูงและทีมสาธารณสุขได้ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้ถูกต้อง ด้านการปฏิบัติตามความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และด้านความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อน ต้องมีการเรียนรู้และฝึกทักษะจนชำนาญ จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ[14] และการศึกษาของ มานี หาทรัพย์และคณะ[15] ที่พบว่า มี 3 กิจกรรมที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลไม่ถูกต้อง ได้แก่ การฝึกขับถ่าย การดูแลเมื่อมีปัสสาวะคั่ง และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญเฉพาะ ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ฝึกฝนและประสบการณ์ในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจึงจะสามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นด้านความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก เป็นการประเมินและการดูแลไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง และอาศัยความไว้วางใจที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุการสื่อสารที่ดี ความสนิทสนม การรับฟังปัญหาด้วยความตั้งใจ และการดูแลเป็นแบบกัลยาณมิตร จึงทำให้สามารถขจัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสีวงศ์และคณะ[16] พบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์สูงกับภาวะพึ่งพิงในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามีหลักการสำคัญคือการรับฟังอย่างมีคุณภาพ ด้วยความตั้งใจเข้าใจ ไม่ตัดสิน การสื่อสารที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ความเครียด และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุนอกจากนี้ ยังพบว่าการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ทุกมิติการดูแลซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Van Hoof และคณะ[17] ที่กล่าวว่า ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านต้องอาศัยภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และทีมสหสาขาวิชาชีพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และการศึกษาของ

เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์และคณะ[18] ที่พบว่าการได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ซึ่งมีจิตอาสาในชุมชนประกอบด้วย ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีคุณภาพอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติ ได้แก่ มิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการค้นหาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) โดยเป็นจิตอาสา สมัครใจ เพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างสมศักดิ์ศรีต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ และการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับสูงก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ได้ดี แต่ต้องอาศัยทัศนคติที่ดีมาก่อน ซึ่งทัศนคติที่ดีต้องมาจากประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างน้อย 3 ปี และความเอาใจใส่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงสามารถให้การดูแลและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา ชูแก้วและคณะ[10] ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับทัศนคติ และการปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการมีความรู้มากนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระดับทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความรู้เป็นขั้นตอนแรกของการเกิดทัศนคติ แต่การนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับทัศนคติของพยาบาลเป็นสำคัญ

บทสรุป

ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ มีทัศนคติและมีการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระดับสูง สำหรับการประเมินการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ 5 ด้าน พบว่า ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องการเกิดแผลกดทับสามา รถดูแลเพื่อป้องกันข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบและสามารถดูแลเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อนอย่างน้อย 3 ปี สำหรับความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ในการดูแลที่เพิ่มขึ้น จึงจะสามารถปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นและยังพบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ชลธิชา อัศวนิรันดร. (2556). ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ: ศึกษาจากผลการคาดประมาณ ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583.ใน: ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และสุรีย์พร พันพึ่ง. การศึกษาวิเคราะห์ ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 -2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
3. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. ธีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล,ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลี่ลี อิงศรีสว่าง. รายงาน ผลการศึกษาเบื้องต้นการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี:โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2557.
4. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส. นราธิวาส : สำนักงานสถิติจังหวัดนราธิวาส; 2559.
5. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส. (2559).

6. ศศิเพ็ญ ภูวพานิช. ผลกระทบของสังคมผู้สูงอายุต่อระบบเศรษฐกิจไทย. ใน:สมประวิณ มันประเสริฐ. การศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีต่อแบบแผนการบริโภคของครัวเรือนไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว) ; 2552.7.
7. จุฑามาศ โกสียะกุล, อันธิฌา สายบุญศรี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56 : 267-76.
8. สถานวิจัยระบบการดูแลผู้สูงอายุไทย. คู่มือ (สำหรับผู้ดูแล) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
9. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of education objective: The Classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964.
10. กรมอนามัย. (2559). แบบประเมินก่อนการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมงกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข: ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6).
11 พัชรี เรือนศรี, ลินจง โปธิบาล, ภารดี นานาศิลป์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้ายในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสาร. 2558; 42:24-35.
12. มิตรา ชูแก้ว, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, วรรณา ประไพพานิช. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตาม การรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร. 2556; 18 : 249-58.
13. กฤติน ชุมแก้ว, ชีพสมุน รักสยาธร. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม). 2557; 35 : 16-29.
14. จอม สุวรรณโณ. ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเปลี่ยนผ่านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2546; 18 : 1-21.
15. มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, ทัศนีย์ นะแส. ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2557; 34 : 53-66.
16. วิรมณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์. การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล. 2558; 30 : 5-14.
17. Van Hoof J, Wetzels MH, Dooremalen AMC, Overdiep RA, Nieboer ME, Eyck AME, et al. (2015).
18. Exploring Innovative Solutions for Quality ofLife and Care of Bed-Ridden Nursing Home Residents through Codesign Sessions. Journal of Aging Research . Article ID 185054:14 pages.
19. เพ็ญศิริ อัตถาวงศ์, นิษฐนันท์ อนุสรณ์ประเสริฐ ฮารูน สาดหลี. (2560). ผลของระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงประเภท 3 แบบ Home Nursing Care (HNC) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. วาสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 73-85.