

บทบาทการดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเกาะกา จังหวัดลำปาง

The Mediating Roles of Elderly Caregivers on Gharavasa-Dhamma 4 to Promoting the Life Satisfaction of the Elderly in Kokha District Lampang Province.

บุญชนิต วิงวอน^{1*} และรุ่งอรุณ แม้าพานิชย์¹

Boonchanit Wingworn^{1*} and Rungarun Maupanich¹

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเกาะกา อำเภอเกาะกา จังหวัดลำปาง 52000

¹ Professional Nurse, Kokha Hospital, Kokha District, Lampang Province 52000

* E-mail: chanit8794@hotmail.com

Received February 20, 2024 Revised October 21, 2024 Accepted October 28, 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย คือ (1) เพื่อศึกษาความสำคัญของบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม4 และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (2) เพื่อศึกษาบทบาทผู้ดูแล การสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม 4 ส่งผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ (3) เพื่อทดสอบบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม 4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเกาะกา จังหวัดลำปาง เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 397 คน สถิติที่ใช้สถิติพรรณนา เพื่อหาค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ เทคนิคการนำเข้าทั้งหมด

ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับหลักขราวาสธรรม 4 มากที่สุด ($\bar{X}=4.50$) รองลงมา คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{X}=4.40$) และบทบาทการดูแลผู้สูงอายุระดับมาก ($\bar{X}=4.08$) ลำดับสุดท้ายการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.23$) (2) ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายมีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.850 รองลงมา คือ การดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม 4 มีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.770 และบทบาทการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการสนับสนุนจากเครือข่าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.727 ลำดับสุดท้ายบทบาทการดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อหลักขราวาสธรรม 4 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.723. และ (3) ผลการทดสอบบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักขราวาสธรรม 4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่าหลักขราวาสธรรม 4 เป็นตัวแปรที่ถ่ายทอดอิทธิพลของบทบาทการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ทั้งนี้หลักฆราวาสธรรม 4 มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะที่เหมาะสม มีความเมตตาและความอดทนผ่านการดูแลเอาใจใส่ ดังนั้น หลักการดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้เกิดสังคมแห่งความเอื้ออาทรและความสุขร่วมกัน แนวทางนี้ไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเท่านั้น แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสร้างชุมชนที่ทุกคนมีความเห็นอกเห็นใจและความเป็นอยู่ที่ดีร่วมกัน

คำสำคัญ: บทบาทการดูแลผู้สูงอายุ, การสนับสนุนจากเครือข่าย, หลักฆราวาสธรรม 4, การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this research were (1) to study the importance of the role of elderly caregivers, the network support, the principles of Gharavasa-Dhamma 4, and promoting the life satisfaction of the elderly, (2) to investigate how elderly caregivers, the network support, and the principles of Gharavasa-Dhamma 4 toward promoting the life satisfaction of the elderly, and (3) to test the mediating roles of elderly caregivers on the principles of Gharavasa-Dhamma 4 toward promoting the life satisfaction of the elderly in Ko Kha District, Lampang Province. This is a survey research study with purpose sampling. The sample group was 397 elderly caregivers. Descriptive statistics were used to find percentages and standard deviation, and inferential statistics were analyzed using multiple regression with Enter Selection Techniques.

The results showed that (1) the elderly caregivers were of the highest importance in the principles of Gharavasa-Dhamma4 ($\bar{x}$ = 4.50), followed by promoting the life satisfaction of the elderly ($\bar{x}$ = 4.40), the role of elderly caregivers at a high level, ($\bar{x}$ = 4.08). Lastly, the level of network support was moderate ($\bar{x}$ = 3.23). (2) The results of the multiple regression analysis indicate that network support has the greatest impact on enhancing the life satisfaction of the elderly, with a path coefficient of 0.850. The principles of Gharavasa-Dhamma 4 have also positively influenced promoting the life satisfaction of the elderly, with a path coefficient of 0.770. The role of elderly caregivers affects network support, with a path coefficient of 0.727. Lastly, the role of elderly caregivers affects the principles of Gharavasa-Dhamma 4, with a path coefficient of 0.723. The results to test the mediating showed that the principles Gharavasa-Dhamma 4, being the roles of elderly caregivers, was a significant variable in promoting the life satisfaction of the elderly with a statistical significance of 0.01. The principles of Gharavasa-Dhamma 4 facilitate appropriate and compassionate elderly caregivers.

Practicing patience in caregiving leads to an improvement in the quality of life of the elderly. Therefore, the principles can be effectively applied in elderly care by fostering a society of generosity and shared happiness. This approach not only enhances caregivers' skills but also contributes to improving the quality of life for the elderly, creating a community where compassion and well-being are shared among all members.

Keyword: The role of elderly caregivers, The network support, The principles of Gharavasa-Dhamma 4, Promoting the life satisfaction of the elderly.

บทนำ

ปัจจุบันนี้มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลมาจากประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา เพราะมีความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจจะมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและการแพทย์ ทำให้รัฐบาลสามารถพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง มีระบบสวัสดิการทางสังคมที่ดีส่งผลให้ประชาชนมีมาตรฐานชีวิตที่ดีกว่าประเทศด้อยพัฒนา จึงทำให้ประเทศที่พัฒนาแล้วมีโอกาสเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เร็วกว่าประเทศกำลังพัฒนา ด้วยสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

โดยเฉพาะโครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด”

(Super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565)

ประเทศไทยได้มีเป้าหมายในการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals; SDGs) จำนวน 17 เป้าหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญในการพัฒนาทุกภาคส่วน และหาทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตสำหรับคนรุ่นและรุ่นต่อไป โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย ที่นำเสนอว่าการส่งเสริม การมีสุขภาพที่ดีสำหรับคนทุกช่วงวัย จังหวัดลำปางมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย ซึ่งข้อมูลกรมการปกครอง (2564) พบว่าจังหวัดลำปางมีผู้สูงอายุจำนวน 177,944 คน คิดเป็นร้อยละ 24.40 ของประชากรทั้งจังหวัด นับว่าจังหวัดลำปางเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรรองลงมา คือ จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดลำพูนและจังหวัดแพร่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดลำปางยังมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับ 1 เช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 27.28 อันดับ 2 คือ จังหวัดแพร่ คิดเป็นร้อยละ 26.87 และ จังหวัดลำพูน คิดเป็นร้อยละ 26.67 (กรมกิจการ

ผู้สูงอายุ, 2566) จึงมีแนวโน้มว่าภาคเหนือยังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

อำเภอเกาะคาเป็นหนึ่งใน 13 อำเภอของจังหวัดลำปางที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 Re-Accredit ครั้งที่ 4 (24 ก.ย.2565-23 ก.ย. 2568) มีวิสัยทัศน์ คือ“โรงพยาบาลเกาะคาเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ที่คนลำปางไว้วางใจ ภายในปี 2569” (โรงพยาบาลเกาะคา, 2566) ทำหน้าที่ส่งเสริม รักษา ป้องกัน พัฒนาแบบองค์รวมให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน 15,298 ราย ร้อยละ 35.26 (ข้อมูล HDC สสจ. ลำปาง, 2566)

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บางคนก็สามารถดูแลตนเองได้ไม่เป็นการกระทบลูกหลานหรือครอบครัว บางคนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ก็ต้องใช้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้เพราะได้รับการอบรมจาก สปสช. หรือหน่วยงานเอกชนที่ดำเนินงาน เกี่ยวกับการบริการผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตลอดจนพยาบาลจิตอาสา ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ, 2562; อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ, 2564)

แต่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ บุตร หลาน ญาติและเพื่อนทำการดูแลส่วนใหญ่พบว่ามีความรู้หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือขาดความสนใจในเรื่องสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีศักยภาพ ไม่เท่ากัน บางคนเกษียณอายุมาจากการทำงานมีประสบการณ์และองค์ความรู้ที่ฝังอยู่ในตัวตนแต่ ไม่สามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ปัจจุบัน เพราะปัญหาของผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแค่

ร่างกายเท่านั้น อาทิ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (สุขภาพ บุคลิกภาพ ความจำ การมองเห็น การเคลื่อนไหวหรือโครงสร้างร่างกายของแต่ละบุคคล) แต่จะมีเรื่องจิตใจ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เมื่อไม่ได้ทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจเหมือนเป็นภาระกับลูกหลาน อาจรู้สึกน้อยใจ มีอาการซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือกันมากขึ้น อาทิ สภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ความเครียด สภาพคล่องทางการเงิน ความอบอุ่นในครอบครัวและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) โดยมูลเหตุจูงใจการดูแลผู้สูงอายุนั้น ต้องมีความจริงใจและความซื่อสัตย์ เน้นการฝึกฝนความอดทนและการควบคุมอารมณ์ เพราะเป็นความยากลำบาก รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่แน่นอนของผู้สูงอายุ ดังนั้น จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพร่างกายโดยตรงที่สำคัญ คือความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพจิตเสื่อม มีภาวะซึมเศร้าและขาดความสุข ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเสื่อมโทรม มีความพร้อมในสุขวิทยาส่วนบุคคล ส่งผลทำให้เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อได้ง่าย มีความเครียดทำให้อาการโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม จึงต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ดังนั้น ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข (Collin et al., 2008) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้รับการกล่าวหาว่าเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่เสื่อมสภาพ มีภาวะพึ่งพาต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จึงจำเป็นต้องสนับสนุนและเพิ่มองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ ให้กับสมาชิกของครอบครัวใน

การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ครอบครัวมีความอบอุ่น มีความเข้มแข็งขึ้น อีกทั้ง การดูแลผู้สูงอายุจะบรรลุผลยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้ทบทวนถึงบทบาทของผู้ดูแลสูงอายุมิมีความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม จึงเป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสำคัญของบทบาทของผู้ดูแล การสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุตามหลักฆราวาสธรรม 4 และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาบทบาทผู้ดูแล การสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุตามหลักฆราวาสธรรม 4 ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง
3. เพื่อทดสอบบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักฆราวาสธรรม 4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ให้คำนิยามผู้สูงอายุหรือผู้สูงวัย หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุไว้ 3 ประเภท คือ (1) ระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ (2) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)

หมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ และ (3) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประเทศ ส่วนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ อ้างตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุหมายถึง เป็นบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือ คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ จำนวนวัยทำงานและวัยเด็กแรกเกิดลดลง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

งานศึกษาของ อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และคณะ (2560) ได้สรุปแนวคิดผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ดิตสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบน

ทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้
สื่อกับตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพัง
บนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการ
ความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการ
ความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ป่วย
และช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพไม่
สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ใน
ท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่า
ผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับภายในท่านอนหรือ
อยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา

ฉะนั้น ปรากฏการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องมี
การดำเนินงานที่เพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยการ
พัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน
(Community based long-term care) ซึ่ง มี
ความจำเป็น โดยมุ่งเน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐาน
ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิก
ในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการดูแลระยะยาว
เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. บทบาทการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวจึงเป็นกลุ่มที่สามารถให้การ
ดูแลผู้สูงอายุในเบื้องต้น ครอบครัว 5 มิติ ดังนี้
(นาริรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ, 2552)

1) บทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และกลุ่ม
ผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียง ซึ่งจะต้องให้ความ
ช่วยเหลือและดูแลเรื่องการกิจวัตรประจำวัน
ครอบคลุมทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องอาหาร การกิน
แต่งตัว ทำความสะอาดร่างกาย การใช้ห้องน้ำห้อง
ส้วม เคลื่อนที่ภายในบ้าน และออกไปทำกิจกรรม
นอกบ้าน ซึ่งจะต้องสลับเวลาในการร่วมกันดูแล

เนื่องจากมีภาระต้องทำมาหากิน หรือมีธุระต้องทำ
รวมไปถึง การนอนเฝ้าเวลากลางคืน

2) บทบาทในการให้ความช่วยเหลือและ
สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน
สำหรับผู้สูงอายุ อาทิ ให้เงินใช้ รับผิดชอบดูแล
ค่าใช้จ่ายในบ้าน เช่น ค่ากับข้าว ค่าน้ำค่าไฟ ค่า
รักษาพยาบาล หรือจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็น
ต่าง ๆ สำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง เช่น
กระดาดชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น

3) บทบาทในการดูแลอาหารและ
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ คือ จัดเตรียมและ
ทำอาหารให้ผู้สูงอายุทั่วไป และผู้สูงอายุที่มีโรค
ประจำตัว

4) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามบรรทัด
ฐานและค่านิยมที่ดีของวัฒนธรรมไทย คือ
ปรนนิบัติ ดูแล เอาใจใส่ผู้สูงอายุทั้งยามปกติยาม
เจ็บป่วย รวมไปถึงเยี่ยมเยียน พุดคุย และให้กำลังใจ

5) บทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมทาง
กายภาพที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของ
ผู้สูงอายุ โดยการ จัดบ้าน สภาพแวดล้อม
บรรยากาศทั้งในบ้านและรอบ ๆ บ้าน จัดหา
เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นการ
ดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่ต้องเน้นย้ำในการดูแล
โดยเฉพาะ คือ กิจกรรมการช่วยเหลือหรือการดูแล
ที่กระทำโดยตรง หรือโดยอ้อม ที่เป็นกระบวนการ
ที่ส่งเสริมให้บุคคลหรือผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิต
ในสังคมได้อย่างเป็นปกติ

การดูแลผู้สูงอายุจำแนกบทบาทได้ 8
แนวทาง ดังนี้ (ศิริพันธ์ สาสัจย์, 2551)

1) ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุโดย
ครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัวนั้น และผู้ที่มี

หน้าที่อยู่นอกครอบครัว ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงมีทั้งผู้ดูแลอย่างเป็นทางการและผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

2) บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน (Community Based Approach) มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแรงจูงใจ และพัฒนาการมาจากแนวคิดลดการพึ่งพิงจากภายนอก (Deinstitutionalization) เน้นการปฏิบัติงานที่มุ่งใช้คุณลักษณะของชุมชนและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครื่องมือ เพื่อสร้างจิตสำนึก การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน โดยชุมชนและเพื่อชุมชนอื่น โดยที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชนมีหน้าที่ เพื่อคอยกระตุ้นให้คำแนะนำ และสนับสนุนการดำเนินงาน

3) การดูแลผู้สูงอายุโดยองค์กรเอกชนในปัจจุบันองค์กรเอกชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากมีแนวโน้มว่าครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะความจำเป็นต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องแสวงหาผู้ดูแลช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานเอกชน

4) บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) คือ หน่วยบริการปฐมภูมิ และบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์จิตวิทยาและสังคม เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

5) บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือที่เรียกว่า “อผส.” คือ

ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนที่ขาดคนดูแลถูกทอดทิ้งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฉุกเฉิน ได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง โดยให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น และความต้องการของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงเท่าเทียม เพียงพอและสม่ำเสมอในความรู้เรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

6) บทบาทการดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มพึ่งพาแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการอายุโดยกลุ่มพึ่งพา (Group Home) เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2513 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เนื่องจากสาเหตุมาจากการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสังคมอเมริกาเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว ไม่มีลูกหลานคอยดูแลและรูปแบบการบริการทางสังคมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง

7) บทบาทการดูแลผู้สูงอายุโดยสถานสงเคราะห์ วัตถุประสงค์ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุเร่ร่อน ไร้ที่พึ่ง ไร้ที่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในบ้านของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติพี่น้องดูแล

8) บทบาทการดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุภายในชุมชนเป็นบริการในระดับชุมชนที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวได้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือรับบริการจากศูนย์ประเภทเข้าไป เย็นกลับ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและอบอุ่นในบั้นปลายชีวิต ภายในศูนย์มีบริการที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการของผู้สูงอายุและสภาพของชุมชนประกอบด้วยบริการ ด้านสุขภาพอนามัย กิจกรรมเสริมรายได้ บริการด้านสังคมสงเคราะห์ ศาสนาและนันทนาการ ตามความ

สนใจของผู้สูงอายุ ดังนั้น สรุปได้ว่าบทบาทของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ ประกอบไปด้วย (1) การดูแลโดยครอบครัว (2) การดูแลโดยชุมชน (3) การดูแลโดยองค์กรเอกชน (4) การดูแลโดยศูนย์ สุขภาพชุมชน (5) การดูแลโดยอาสาสมัคร (6) การ ดูแลผู้สูงอายุโดยกลุ่มพึ่งพา (7) การดูแลโดยสถาน สงเคราะห์ (8) การดูแลโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ (ศิริพันธ์ สารัตถ์, 2551)

3. แนวคิดเกี่ยวกับหลักพราวาสธรรม 4

พราวาสธรรม เป็นหลักคำสอนที่พระพุทธ องค์แสดงไว้เพื่อให้สาวกผู้อยู่ครองเรือนได้นำไป เป็น แนวทางในการดำเนินชีวิตให้ประสบ ความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ธรรมดาผู้อยู่ ครองเรือนย่อมจะมีการ เกี่ยวข้องกันกับสมาชิกใน ครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น สามีเกี่ยวข้องกับ ภรรยา บุตรธิดาเกี่ยวข้องกับ บิดามารดา พ่อตา แม่ยาย เกี่ยวข้องกับลูกเขย นายจ้างเกี่ยวข้องกับ ลูกจ้าง เป็นต้น บุคคลผู้มีความเกี่ยวข้องกัน จำเป็นต้องมีธรรมะเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติตน ต่อกัน จึงจะทำให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขดังนั้น พระพุทธองค์ จึงวางหลักธรรมสำหรับผู้อยู่ ครองไว้ เรียกว่า พราวาสธรรม (พระโกสิณฺฐ ปญญาวิโร, 2559)

หลักพราวาสธรรม 4 จะสอนให้คนเรารู้จัก การดำเนินชีวิตทางโลกอย่างผู้ประสบความสำเร็จ ซึ่งพราวาสธรรมประกอบด้วย 2 คำ คือ “พราวาส” แปลว่า ผู้ดำเนินชีวิตในทางโลก ผู้ครองเรือน และ “ธรรม” แปลว่า ความถูกต้อง ความดีงาม นิสัยที่ดี งาม พราวาสธรรม อันประกอบด้วยธรรมะ 4 ประการ คือ สัจจะ ทัมะ ชันติ และจาคะ โดย หลักธรรม 4 ประการนี้ มีความสำคัญต่อการสร้าง ตัวของพราวาสมาดั่งรายละเอียดต่อไปนี้ (ปริยะพงษ์ คุณปัญญา และคณะ, 2564)

1) สัจจะ (truth) ภาษาบาลีมีความหมาย ได้ 2 อย่าง คือ ความจริง (truth) และความซื่อตรง ตามสัญญา (honesty) การมีความจริงครบถ้วน และถูกต้องเท่าที่จะทำได้ทั้งในทางหลักการและ ปฏิบัติพอที่จะเรียกได้ว่ารอบรู้หรือรอบคอบ

2) ทัมะ (adjustment to the known truth) แปลว่า การข่มใจ การปรับตัว ผูกพัน ข่มจิตและ รักษาใจเป็นการรู้จักบังคับควบคุมอารมณ์ ของ ตนเอง ซึ่งหลักธรรมข้อนี้มีมานานแล้ว สำหรับทัมะ นี้ หากบุคคลใดมีสูงก็จะควบคุมอารมณ์ของตนเอง ได้ดี

3) ชันติ (tolerance; for the middle way) แปลว่า ความอดทน อดกลั้น ซึ่งหลักธรรมข้อนี้ เป็นหลักที่สำคัญมากสำหรับชีวิตมนุษย์ หาก ต้องการให้ชีวิตมีความสมหวัง สำเร็จตั้งใจหมาย ความอดทนนั้น เป็นหลักการตั้งแต่สมัยโบราณแล้ว ซึ่งแม้แต่ปัจจุบันนี้ความอดทนอดกลั้นยังสามารถ นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต การทำงาน และการเข้าสังคมกับคนรอบข้าง

4) จาคะ (liberality; generosity) แปลว่า จิตอาสาเสียสละหรือบริจาคสิ่งที่ไม่ควรมียู่ในตน การให้ในหลักของจาคะนี้ ไม่ใช่เป็นเพียงการให้ ในลักษณะเพื่อแผ้ว แบ่งปันสิ่งของเท่านั้น แต่ยัง หมายถึง การให้น้ำใจแก่กัน การแสดงน้ำใจ เอื้อเฟื้อต่อกัน ตลอดจนการเสียสละความพอใจ และความสุขส่วนตนได้ สละความสุขสบาย และผลประโยชน์ส่วนตนได้

ดังนั้น หลักพราวาสธรรม 4 มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสร้างความสงบสุขใน องค์กรและสังคม หากคนในสังคมทุกคนปฏิบัติ ตามหลักธรรมนี้แล้ว ย่อมอำนวยคุณประโยชน์ ให้แก่ ผู้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิด ความสุขสวัสดิ์ มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิต

และยังทำให้องค์การต่าง ๆ ตลอดจนสังคมเกิดความสงบเรียบร้อย

4. คุณภาพชีวิต

WHO (1998) ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้หรือความเข้าใจของปัจเจกบุคคลที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเอง ตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์กับเป้าประสงค์ ความคาดหวัง มาตรฐาน และความกังวลใจที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งงานศึกษาของอัจฉรา นวจินดา และคณะ (2563) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตของบุคคล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเพียงพอให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

งานศึกษาของ Power et al., (2002) กล่าวถึงตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ด้วยการทบทวนแนวคิดของคุณภาพชีวิต เพื่อกำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของ WHO (1998) และหลักทฤษฎี 4 ประการของสมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ประยุทธ์ ปยุตโต) หลักทฤษฎี 4 ประการ คือ สัจจะ (ความซื่อสัตย์) ทมะ (การฝึกตน) ขันติ (ความอดทน) และจาคะ (การเสียสละ) เพราะเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตเพื่อให้

มีคุณภาพที่ดี โดยมีตัวชี้วัด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (WHO, 1998; Power et al., 2002)

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้ขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ E2566-075 ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนมาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นลูก หลาน สามีหรือภรรยา เพื่อน และเครือญาติหรือเพื่อนบ้าน ตลอดจนอาสาสมัครภายในชุมชน ตลอดจนพนักงานบริษัทที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเกาะคาและขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพ โดยมารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเกาะคา ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1953) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้เป็น 384.16 ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน และกลุ่มตัวอย่างตอบรับได้จำนวน 397ราย คิดเป็นร้อยละ 99.25 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2) ศึกษาระดับความสำคัญของประเด็นบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากเครือข่าย หลักทฤษฎี 4 ประการ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อถาม โดยลักษณะคำถามเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 5 ระดับ (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert, 1970) และ ส่วนที่ 3 ประเด็นปัญหาและอุปสรรคของการดูแล ผู้สูงอายุ โดยมีการตรวจสอบเครื่องมือ คือ แบบสอบถามหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง 0.950-0.972 นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try Out) แล้ว คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นหรือค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ตามวิธีของครอนบาคได้ค่าความ เชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ 0.902 โดยมีค่า 0.70 ขึ้น ไป (Nunnally, 1978) และค่าความเชื่อมั่น โดยรวมของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0.893-0.899 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการ ประสานกับหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาต เก็บข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการตามแพทย์ นัดและมาตรวจรักษาโรงพยาบาลเกศา การ ดำเนินการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองในช่วง ระหว่าง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 เพื่อให้ครอบคลุมตามหน่วย ตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือ ลูก หลาน สามี ภรรยา เครือญาติ หรือเพื่อนบ้าน พนักงานบริบาล ตลอดจนอาสาสมัครภายในชุมชนที่ทำหน้าที่มาส่ง หรือมารับในการมาใช้บริการ ตลอดจนดูแล ผู้สูงอายุที่มารับบริการ โดยมีคำถามคัดกรอง คือ ท่านเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุใช่หรือไม่ ถ้าใช่ก็จะแจก แบบสอบถามให้กรอกหรือตอบตามรายละเอียดใน แบบสอบถาม จำนวน 20-30 คน/วัน (คลินิก OPD ของโรงพยาบาลเกศา) (ทุกวันตอนเช้าขณะรอ เรียกชื่อ/เข้าตรวจ เวลา 7.30-8.30 น.) จนครบ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความสมบูรณ์ ซึ่งได้รับ กลับมาจำนวน 397 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.25

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการวิเคราะห์ตัวแปร แต่ละด้านเป็นร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลจากตัวอย่าง เพื่อนำ ลักษณะที่วิเคราะห์ได้ไปอนุมาน หรือเป็นตัวแทน ลักษณะของประชากร โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis ด้วยเทคนิค Enter Selection ในการวิเคราะห์ข้อมูล

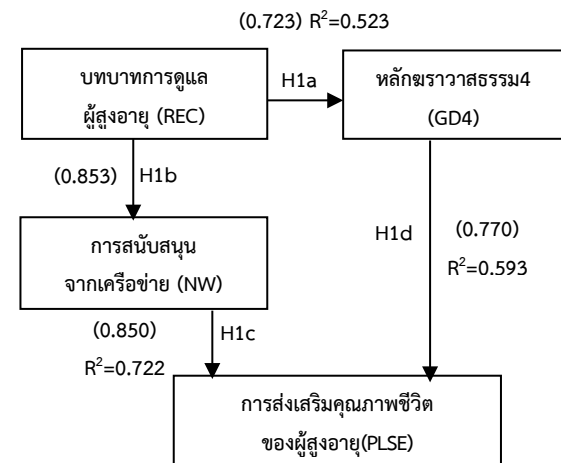
ผลการศึกษา

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบ แบบสอบถาม เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.30 มีอายุ อยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากถึงร้อยละ 39.80 สถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 54.66 การศึกษา ระดับปริญญาตรีร้อยละ 43.58 มีรายได้เฉลี่ยต่อ เดือน 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 47.60 มีความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ มาก ถึงร้อยละ 48.36 รองลงมาคือญาติพี่น้อง สามี/ ภรรยา ความเกี่ยวพันอื่น ๆ เช่น คนข้างบ้านที่ คู่กันเคยกัน/จิตอาสา คิดเป็น 27.46 21.16 และ 3.02 ตามลำดับ จำนวนมีสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกัน มากที่สุด มีจำนวน 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 51.64 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ มากที่สุด 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 53.15 เวลาที่ได้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันใช้ เวลาประมาณ 7-12 ชม. มากที่สุด เป็นร้อยละ 53.40 ผู้ดูแลมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยต้องทาน ยาเป็นประจำพบว่า ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 49.37 (196=76.26%) โรคความดันโลหิตสูง โรค อื่นและมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ได้แก่โรคไขมันใน เลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคไตเท่ากัน

คิดเป็นร้อยละ 15.62, 15.37 13.35, 4.79 และ 0.75 ตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมาใช้บริการของโรงพยาบาลด้วยรถส่วนตัว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.25 มาใช้บริการของโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยการมาตรวจ-รับยาตามนัดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.62

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยหลัก 4 และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.499$, S.D.=0.498) และ $\bar{X}=4.403$, S.D.=0.515) เพราะหลักสี่จะ (ความจริงใจและซื่อสัตย์) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลแสดงความจริงใจในการดูแลและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รองลงมา คือ บทบาทการดูแลผู้ป่วย ระดับมาก ($\bar{X}=4.084$, S.D.=0.539) เพราะ ผู้สูงอายุ มักประสบปัญหาสุขภาพที่หลากหลายการดูแลที่เหมาะสมสามารถช่วยบรรเทาอาการและลดความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนได้ การมีผู้ดูแลที่มีทักษะในการดูแลด้านสุขภาพและการจัดการกับโรคเรื้อรังจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีขึ้น และการสนับสนุนจากเครือข่าย ระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.230$, S.D.=0.783) เนื่องจากการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ แต่ไม่สามารถทดแทนความสำคัญของการดูแลจากครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องใกล้ชิดและให้การสนับสนุนในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาบทบาทผู้ดูแลสูงอายุ การสนับสนุนจากเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามหลัก 4 ส่งผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีผลต่อการสนับสนุนจากเครือข่ายมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.853 ค่า $R^2=0.727$ รองลงมา คือ การสนับสนุนจากเครือข่ายมีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.850 ค่า $R^2=0.722$ ต่อมา การดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามหลัก 4 มีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.770 ค่า $R^2=0.593$ สุดท้ายบทบาทการดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีผลต่อหลัก 4 มีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางเท่ากับ 0.723. ค่า $R^2=0.523$ ดังภาพที่ 1 ตารางที่ 1



ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงผลการถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

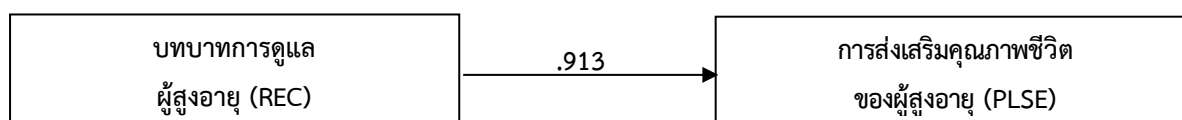
ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์	SE	T value	P value
ค่าคงที่	0.034	.076	0.451	0.652
บทบาทการดูแลผู้สูงอายุ : REC	0.853	.037	15.427**	0.000
การสนับสนุนจากเครือข่าย : NW	0.850	.038	6.186**	0.000
หลักฆราวาสธรรม 4 : GD4	0.770	.025	7.616**	0.000
R= 0.9330, R ² = 0.871, MSE= 0.0750, F= 881.132, df1= 3, df2= 393				

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

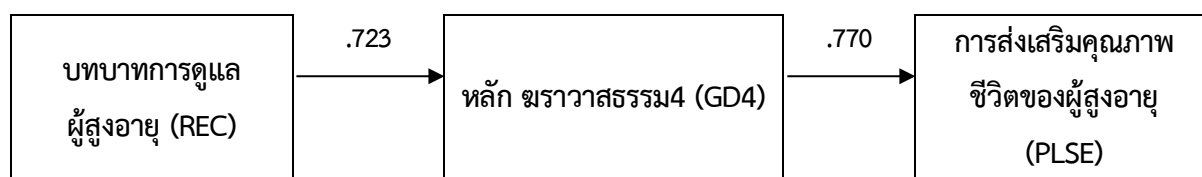
หมายเหตุ DV: การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อทดสอบบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักฆราวาสธรรม 4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการทดสอบพบว่าหลักฆราวาสธรรม 4 เป็นตัวแปรที่ถ่ายทอดอิทธิพลของบทบาทการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ซึ่งเมื่อทดสอบอิทธิพลทางตรงจากบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุไปสู่การ

ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางค่อนข้างสูง คือ .913 แต่เมื่อใช้หลักฆราวาสธรรม 4 มาเป็นปัจจัยเชื่อมโยงแล้วทำให้บทบาทการดูแลผู้สูงอายุที่มีการประยุกต์ใช้หลักฆราวาสธรรม 4 ไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางลดลง คือ มีค่าเพียง .723, .770 ดังภาพที่ 2 และ 3



ภาพที่ 2 อิทธิพลทางตรงของบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 3 หลักฆราวาสธรรม 4 เชื่อมโยงบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับหลักฆราวาสธรรม 4 มากที่สุด เพราะหลักธรรมนำมาซึ่งความสุข เป็นธรรมในการดำเนินชีวิตที่นำมาสู่ความคิดดีและการปฏิบัติดี ดังแนวคิดของพระโกลนรุ่ง ญาณวชิโร (2559) ได้นำเสนอว่า บุคคลผู้มีความเกี่ยวข้องกันหรืออยู่ร่วมกัน จำเป็นต้องมีธรรมะเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติตนต่อกัน จึงจะทำให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข ดังนั้น พระพุทธองค์ จึงวางหลักธรรมสำหรับผู้ครองเรือนไว้ เรียกว่า ฆราวาสธรรม 4 รongลงมา คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะหาผู้ใดมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้ว ย่อมทำให้ทุกคนมีความสุข อันประกอบไปด้วยการมีสุขภาพแข็งแรง ครอบครัวที่อบอุ่น การมีสภาพแวดล้อมที่ดี มีสังคมรอบข้างที่มีความสุข ย่อมนำมาซึ่งจิตใจเบิกบาน และนำมาซึ่งความผาสุก ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ WHO (1998) ที่สรุปว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้หรือความเข้าใจของเอกบุคคลที่มีต่อสถานภาพชีวิตของตนเอง ตามบริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมที่ใช้ชีวิตอยู่และสัมพันธ์กับเป้าประสงค์และความคาดหวัง รวมถึงงานศึกษาของ อัจฉรา นวจินดา และคณะ (2563) ที่นำเสนอว่าคุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่าง เพียงพอ ท้ายที่สุดทำให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ลำดับต่อมา คือ บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก เพราะสังคมยุคปัจจุบันเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุบางคนก็

สามารถพึ่งตนเองได้และผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น จึงต้องอาศัยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีบทบาทที่หลากหลาย เช่น การให้คำแนะนำ การเฝ้าดูแล การให้ความรู้กับผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี ลำดับสุดท้ายการสนับสนุนจากเครือข่ายระดับปานกลาง สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุต้องมีการดูแลตนเองเป็นเบื้องต้นก่อน หลังจากนั้น หากมีอุปสรรค ปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือแล้วย่อมต้องอาศัยเครือข่ายมาสนับสนุนการดำเนินชีวิต กิจกรรมการพบแพทย์ตามนัด หรือเพื่อตรวจสุขภาพให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการสนับสนุนจากเครือข่ายมากที่สุด เนื่องจากการดำเนินชีวิตหรือการทำกิจกรรมใด ๆ ก็ตามต้องอาศัยการสนับสนุนเครือข่าย เช่น เครือข่ายครอบครัว ซึ่งเป็นวงในที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน หรืออาจจะเป็นเครือข่ายญาติ พี่น้องที่ต้องอาศัย พึ่งพาซึ่งกันและกัน เพราะการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรมีหลายรูปแบบที่จะให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเอง/พึ่งพาตนเองได้ การประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การประสานกับแหล่งประโยชน์ของชุมชนที่สามารถสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุได้ตั้งงานศึกษาของ อรุณี สันฐิตินิพนธ์ (2562) ที่สรุปว่าเครือข่ายที่มีความหลากหลายทั้งครอบครัว ภาครัฐและภาคประชาชนที่เป็นตัวแทนของชุมชนในการดูแลเรื่องสุขภาพของชุมชน ต่างก็มีเป้าหมายเดียวกัน คือ เน้นผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รองลงมา คือ การสนับสนุนจากเครือข่าย มีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะเครือข่ายที่มีความแตกต่างย่อมนำมาซึ่งศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับงานวิจัยของ อิติรัตน์ ราศิริ และคณะ (2561) สรุปว่าการสนับสนุนหรือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายนั้น มีปัจจัยหลายประการขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ประสานงาน (เจ้าหน้าที่) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่จะพิจารณาถึงความสอดคล้อง เหมาะสมกับลักษณะของชุมชนนั้น ๆ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเช่นกัน

ลำดับต่อมา หลักฆราวาสธรรม 4 มีผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะแนวทางในการดำเนินชีวิตให้ประสบความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ธรรมดาผู้อยู่ครองเรือนย่อมจะมีการเกี่ยวข้องกันกับสมาชิกในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บางครั้งอาจจะมีการกระทบ กระแทกกันบาง เช่น สามัคคีภรรยา พ่อกับลูก แม่กับญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุภายในครอบครัว ดังนั้น ต้องมีการประยุกต์ใช้หลักฆราวาสธรรม 4 ซึ่งเป็นหลักธรรมะที่ใช้ในการปฏิบัติต่อกัน จึงจะทำให้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข โดยที่ พระพุทธองค์ ได้วางหลักธรรมสำหรับผู้อยู่ครองเรือนอย่างมีความสุข ความสำเร็จและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ พระโกธการ ปญญาวิโร (2559) ที่สรุปว่าหลักฆราวาสธรรม 4 จะสอนให้คนเรารู้จักการดำเนินชีวิตทางโลกอย่างผู้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย สัจจะ (ความจริง) ทมะ (รักษาสัจจะ การรู้จักข่มจิตใจตนเอง) ขันติ (ความอดทน

หรือความอดกลั้น) และจาคะ (จิตอาสาเสียสละ) ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสร้างความสงบสุขในครอบครัวองค์การและสังคม หากคนในสังคมทุกคนปฏิบัติตามหลักธรรมนี้แล้ว ย่อมอำนวยความสะดวกประโยชน์ให้แก่ผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสุขสวัสดิ์ มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพ และยังทำให้สังคมเกิดความสงบเรียบร้อย

บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อการสนับสนุนจากเครือข่าย เพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุมีหลายบทบาท เช่น การดูแลโดยครอบครัว ชุมชน องค์การเอกชน ศูนย์สุขภาพชุมชนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แบบกลุ่มพึ่งพา การดูแลโดยสถานสงเคราะห์และการดูแลโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบันที่ต้องมีความร่วมมือจากเครือข่ายทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุเดือดร้อนและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้

นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ (2564) สรุปว่าสิ่งที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการเสริมสร้างจิตสำนึกให้ครอบครัวชุมชนตระหนัก และให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้เป็นนักสังคมสงเคราะห์พื้นบ้าน ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทางด้านสุขภาพ อนามัย ด้านจิตใจและสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลำดับสุดท้ายบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อหลักฆราวาสธรรม 4 ทั้งนี้เพราะหากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ความอดทน ความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุและศักยภาพทุกระดับไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชนและองค์การทั้งภาครัฐและเอกชน

ด้วยหลักฆราวาสธรรม 4 แล้ว ย่อมทำให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไปในที่สุด

ผลการทดสอบบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักฆราวาสธรรม 4 ในการเชื่อมโยงไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าหลักฆราวาสธรรม 4 เป็นตัวแปรที่ถ่ายทอดอิทธิพลของบทบาทการดูแลผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะการใช้หลักฆราวาสธรรม 4 มาเป็นปัจจัยเชื่อมโยงแล้ว ทำให้บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพมากขึ้น เพราะผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการดูแลเอาใจใส่ในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกวิธี จิตใจอ่อนโยนและมีความเมตตาเป็นพื้นฐาน ย่อมนำมาสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ประกอบการ

1.1 เชิงวิชาการ การวิจัยนี้มีการให้ความสำคัญกับหลักฆราวาสธรรม 4 เป็นตัวแปรเชื่อมโยง แต่ในขณะเดียวกันยังมีตัวแปรที่สำคัญอีก คือ การสนับสนุนจากเครือข่าย ซึ่งนักวิจัยที่สนใจจะต่อยอดงานวิจัย ควรมีการทดสอบตัวแปรเชื่อมโยงด้านนี้ เพื่อจะได้มีความครอบคลุม

1.2 เชิงปฏิบัติการ ผลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้จริงหรือประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นโดยอาศัยหลักฆราวาสธรรม 4 ซึ่งส่งผลให้เกิดความรัก ความผูกพันที่มีต่อกัน มีกำลังใจทำให้ครอบครัวมีความสุข เกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมส่งผลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ด้านสังคม (ความจริงใจและซื่อสัตย์) ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ซื่อสัตย์และโปร่งใสกับผู้สูงอายุ รวมถึงสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแล ด้านทักษะ (การฝึกตนและควบคุมตนเอง) ผู้ดูแลควรฝึกฝนความอดทนและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เมื่อพบกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก เช่น เมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ไม่คาดคิดหรือดื้อรั้น การฝึกทักษะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ด้านขันติ (ความอดทน) ควรแสดงความอดทนต่อความต้องการและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ซึ่งบางครั้งอาจต้องใช้เวลานานขึ้นในการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันหรือการสื่อสาร ซึ่งจะช่วยลดความเครียดทั้งของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และด้านจาคะ (การให้และเสียสละ) ผู้ดูแลควรมีความพร้อมที่จะเสียสละเวลาและความพยายามในการให้การดูแลอย่างเต็มที่ และพร้อมที่จะให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การเสียสละนี้ควรมาจากความเต็มใจเพื่อทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและไม่ถูกละเลย

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). สืบค้น 19 เมษายน 2567, จาก www.dop.go.th/th/laws/1/28/843

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้น 19 เมษายน 2567, จาก www.dop.go.th/th/know/15/926

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 แบ่งตามช่วงอายุ*. สืบค้น 19 เมษายน 2567, จาก <https://www.dop.go.th/th/laws/1/33/816>
- กรมการปกครอง. (2564). *เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในประเทศไทย และร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13*. สืบค้น 23 มิถุนายน 2567, จาก <https://mis5.dopa.go.th/>
- อิติรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ. (2561). แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 315-328.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2564). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของชุมชนเขตเมือง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(3), 67-74.
- ปรียะพงษ์ คุณปัญญา, กิรติ บุญเจือ และรวีขตาแก้ว. (2564). *การสอนฆราวาสธรรมเพื่อการอบรมบ่มนิสัย: การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิัจักษ์และวิธาน. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 9*, 982-995.
- พระไกรรค์ ปญญาวิโร. (2559). *หลักฆราวาสธรรมกับการปฏิบัติตนสู่ความดีงาม*. *วารสารมหาวิทยาลัยวิทยาเขตร้อยเอ็ด*, 5(2), 263-271.
- พิสมัย สุระกาญจน์ และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). *บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ*. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 26(2), 83-92.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศไทย 4.0*. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 17(3), 235-247.
- อรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง และพรณีภา ไชยรัตน์. (2562). *การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 39-54.
- อัจฉรา นวจินดา และขจีจรัส ภิรมย์ธรรมศิริ. (2563). *ความพึงพอใจ: ตัวแปรกลางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ*. (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อรุณี สันติวิทย์. (2562). *การจัดการเครือข่าย: กรณีศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองวารินชำราบ และเทศบาลตำบลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสาร*

- มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 10(1), 296-313.
- อติญาณ ศรีเกษตริณ ดาราวรรณ รองเมือง และรุ่งนภา จันทรา. การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(1):12-20.
- Collins, A.L., Goldman, N. & Rodriguez, G. (2008). Is Positive Well-Being Protective of Mobility Limitations among Older Adults?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63, 21-327.
- Cochran, W. G. (1953). *Sampling techniques*. (1st ed.). Oxford, England: John Wiley.
- Likert, R. (1970). *A Technique for the Measurement of Attitude*. In G.F.Summer (ED). New York: Rand McNally. Brace & World.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. (2nd ed.), New York: McGraw-Hill,
- Power, M. J., Bullinger, M., & Whoqol Group. (2002). The Universality of Quality of Life: An Empirical Approach Using the WHOQOL. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. (129-149). Netherland: Kluwer Academic Publishers.
- World Health Organization. (1998). *World Health Organization Organisation mondiale de la Santé. The World Health Report 1998 Life in The 21st Century: A Vision For All*. Retrieved April 3 , 2 5 6 7 . From https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/ea3.pdf

