

การดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุ และครอบครัว

Elderly Care in the Health Service System from Perspectives of Elders and Families

นางลักษณ์ พรหมดิงการ*, สุชาติ เครื่องชัย, สุดาวลัย สายสีป, อภิรดี คำเงิน, จุฑาทิพย์ เดชเดชะ
คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ลำปาง 52000

Nongluk Promtingkran, Suchart Krueangchai, Sudawan Saisueb,
Apiradee Khumngeon, Juthatip Dejdech

Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang 52000

*Email : nongluk_nong@yahoo.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัว จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุและครอบครัว เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 800 คนเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 2) มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ โดยแบบสอบถามผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้อ้างอิงความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า มุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.67) เมื่อแบ่งรายด้านพบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$, S.D. = 0.65) และมุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.87) และเมื่อแบ่งรายด้านพบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.61)



ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลพื้นฐานนโยบายประเทศและการดูแลแบบหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และครอบครัว รวมถึงคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : การดูแลผู้สูงอายุ มุมมอง ผู้สูงอายุ ครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ

Abstract

This objective of descriptive research was to study the elderly care in the health service system from the perspectives of elders and families of Lamphang, during March to August 2018. The participants were selected by purposive sampling which consisted of 800 elders and families. The instrument was a questionnaire consisting of 2 parts 1) personal data of the sample and 2) views of the elderly and their families on the care of the elderly in the health care service system. The research questionnaire was developed by the researcher who reviewed literature related to the elderly health care service system. The content validity index of questionnaire was 1.00. The data was analyzed using descriptive statistics.

The research found that the elderly's perspective on the elderly health care service system was at a high level ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.67) and the highest was positive attitude to elderly ($\bar{x} = 4.26$, S.D. = 0.65). Moreover, the family's view about the elderly health care service system was at a high level ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.87) and positive attitude towards elderly was the most popular also ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.61).

The results can help nurses and public health officers by giving a basis for developing a better health care services and quality of nursing. Furthermore, It can be used in public policy and to humanize care that is suitable for the elders and families.

Keywords : Elderly Care, Perspective, Elderly, Family, Health service system

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมโลกไม่ว่าเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงอัตราเกิดและอัตราตายที่ลดลงกับอายุ ค่าเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของประชากรโลก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรส่งผลให้



ทั่วโลกเผชิญปัญหาที่สำคัญ คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 2000 มีจำนวนผู้สูงอายุเท่ากับ 2,000 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 6,000 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050⁽¹⁾ รวมถึงภูมิภาคเอเชีย ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรจำนวนมากที่สุดของโลกนั้น ในปี ค.ศ. 1995 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้นประมาณ 281 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุหญิง 148 ล้านคน และผู้สูงอายุชาย 133 ล้านคน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกซึ่งประกอบด้วย ประเทศจีน เกาหลี ฮองกง มองโกเลีย และญี่ปุ่น มีจำนวนผู้สูงอายุสูงที่สุด รองลงมาคือ ภูมิภาคเอเชียกลาง ตอนใต้ ได้แก่ ประเทศอาฟกานิสถาน บังกลาเทศ รองลงมาคือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ ประเทศบรูไน กัมพูชา ทิมอร์ตะวันออก อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม⁽²⁾

สำหรับประเทศไทยก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เนื่องจากจำนวนประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทั้งในแง่ของจำนวนและอัตราส่วนต่อประชากรทั้งประเทศ จากการคาดประมาณของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สรุปว่า จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คาดหมายว่า ในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงถึง 10.80 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 15.30 ของประชากรทั้งประเทศ นั้นหมายความว่าประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (aging society) ไปโดยปริยาย⁽³⁾ ปริมาณตัวเลขของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากอัตราการเกิดลดลงจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุมีอายุยืนมากขึ้นอันเป็นผลมาจากการเจริญทางด้านทางการแพทย์⁽⁴⁾ ผสมผสานกับการเคลื่อนตัวของกลุ่มประชากรที่เป็นผลผลิตจากอัตราการเกิดที่สูงในอดีตหรือในระยะสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่มีอายุครบ 60 ปี (baby boom) (ค.ศ. 1946-1964) และเคลื่อนเข้าสู่วัยสูงอายุพร้อมกันเป็นจำนวนมาก ทำให้โครงสร้างของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีจำนวนมาก ต่อมา เมื่อมีการรณรงค์คุมกำเนิดอย่างกว้างขวาง ประกอบกับเศรษฐกิจที่มีความผันผวนมากขึ้น ทำให้ครอบครัวมีลูกน้อยลง รวมถึงการแต่งงานช้าลงของหนุ่มสาวสมัยใหม่ จึงทำให้อัตราการเกิดลดลง รวมถึงการเจริญรุ่งเรืองของเขตเมืองเข้ามา มีบทบาทมากขึ้น⁽⁵⁾

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว⁽⁶⁾ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่ การเปลี่ยนแปลงขนาดของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวต้องดิ้นรนเพื่อทำงานเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง⁽⁷⁾ ด้วยสภาพสังคมที่เร่งรีบทำงานแข่งกับเวลา ประชาชนต้องมีความรับผิดชอบในการทำงานนอกบ้าน อาจทำให้ไม่มีเวลาเท่าที่ควร เกิดการละเลยการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ซึ่งมีปัญหาสุขภาพจากวัยที่เสื่อมถอย มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุถูกทำร้าย บางคนมีภาวะซึมเศร้า เกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือไม่ก็กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ^(8,9)



ผู้สูงอายุจึงเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น ๆ เป็นวัยที่มีความเสื่อมทางด้านร่างกาย หากไม่ได้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั่วไปและเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับวัย อากาศทุเลาหรือไม่มีอาการกำเิบหรือรุนแรง จึงต้องมีการดูแลช่วยเหลือหรือแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงสนับสนุนให้ครอบครัวได้ใช้ศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾

การดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านใหญ่ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดย 1) ด้านร่างกาย การดูแลภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น จัดการปัญหาที่คุกคามชีวิต การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดอุบัติเหตุ⁽¹¹⁾ 2) ด้านจิตใจ ดูแลให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่า ว่าเหว่ ไม่มีความสุข ไม่ต้องการเป็นภาระ และเป็นส่วนเกินของครอบครัว เสริมสร้างพลังอำนาจให้มีความรู้สึกรู้ว่าตนเองมีค่า มีความสามารถ มีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ สามารถเผชิญโลกได้ มีความมั่นใจ และการจัดการกับความเครียด⁽¹²⁾ 3) ด้านสังคม ส่งเสริมการร่วมกิจกรรมในชุมชน และประสานความช่วยเหลือทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ หน่วยบริการสุขภาพในชุมชน หน่วยงานของรัฐ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ในการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประเมินสภาพ วางแผนการพยาบาลทั้งในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างเหมาะสม

การดูแลหัวใจความเป็นมนุษย์ของโรช (Roach)⁽¹³⁾ ได้อธิบายการดูแลเป็น 5 องค์ประกอบคือ 1) ความเห็นอก เห็นใจ (compassion) ความรักใคร่ มีความสงสารต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน บรรณาณาให้ผู้อื่นเป็นสุข 2) ความสามารถ (competence) ด้านความรู้ทักษะ ประสบการณ์ การตัดสินใจและความรับผิดชอบในวิชาชีพ 3) ความเชื่อมั่น (confidence) ความเชื่อถือความศรัทธา ความไว้วางใจ และการรักษาความลับ 4) ความมีสติรู้ชอบ (conscience) ความรู้สึกรู้ผิด ตระหนักถึงกฎระเบียบและจริยธรรม มโนธรรม เป็นความรู้สึกรู้ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ 5) ความมุ่งมั่น (commitment) ความเสียสละ ความกระตือรือร้น ความจริงจัง ความตั้งใจจริงภายใต้ความรับผิดชอบ และสำหรับประเทศไทยได้มีการนำหลักการการดูแลหัวใจความเป็นมนุษย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จะเป็นกลไกสำคัญของการให้บริการสุขภาพ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของประชาชน⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการพบว่า มีการรุกร้าสิทธิของผู้สูงอายุ คือ การบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ เช่น การส่งผู้สูงอายุเข้าสถานสงเคราะห์ เป็นต้น การไม่เคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จำกัดอิสรภาพ ประจานให้อายในที่สาธารณะ ไม่ถามความสมัครใจเพราะว่าชราภาพ ป่วย หรือพิการ ไม่ต้องออกความเห็นก็ได้⁽¹⁵⁾ และพบว่าไม่มีความเห็นใจ ไม่มีการเสียสละให้แก่ผู้สูงอายุ เพิกเฉย มองข้าม ใช้คำพูดเสียงดัง ตวาด ต่ำหนิ และไม่เชื่อมั่นในตัวผู้สูงอายุ



หรือสมรรถนะ เป็นต้น อีกทั้งการไม่มีความรู้ หรือไม่รู้จักภาวะเปียบหรือกฎหมายของผู้สูงอายุ มักมีคนเอาเปรียบและแสวงหาผลประโยชน์⁽¹²⁾ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนารูปแบบการบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงประสบปัญหาทั้งความเท่าเทียม ความล่าช้า อีกทั้งด้านค่าใช้จ่ายก็มีอัตราสูงกว่าในวัยอื่นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หน่วยบริการสาธารณสุขและรัฐต้องเร่งพัฒนาออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่โดยอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ และเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น ซึ่งการพัฒนาต้องให้ตรงกับกรรับรู้ของผู้รับบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพและคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัว

นิยามศัพท์ การดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง การให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ บริการประจําญาติมิตร รวมถึงการดูแลด้วยหัวใจของความ เป็นมนุษย์ สามารถประเมินได้จากการบอกเล่าของผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีประสบการณ์ตรงในการมารับบริการสถานบริการของรัฐ ตามแบบสอบถามการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ครอบครัว หมายถึง ผู้ดูแลสูงอายุหลัก (primary caregiver) เช่น บิดา หรือมารดา หรือสามี หรือภรรยา หรือบุตร หรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดบุคคล เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและด้านอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง หรือให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือบุคคลต้องการพึ่งพาคนอื่น โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือฉุกเฉินที่เคยได้รับบริการสถานบริการของรัฐ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ตามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัว



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มประชากรเป็นผู้รับบริการที่มารับบริการ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - สิงหาคม 2561 ณ สถานพยาบาลของรัฐ จังหวัดลำปาง จำนวน 128,293 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางที่เคยมีประสบการณ์ในการรับบริการ ในสถานบริการภาครัฐจำนวน 400 ราย และครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 400 ราย ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ โดยใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)⁽¹⁶⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 95 ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 400 ราย โดยการคำนวณสัดส่วนเกี่ยวกับประชากรแต่ละสถานพยาบาลของรัฐ

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามสถานบริการของรัฐในจังหวัดลำปาง 13 อำเภอแล้วสุ่มอำเภอจากสถานบริการทั้ง 13 อำเภอ โดยเทียบสัดส่วนจากจำนวนสถานบริการของรัฐทั้งหมดในจังหวัดลำปาง (ใช้อัตราส่วน 3 : 1) จะได้จำนวน 4 อำเภอ โดยสุ่มจากอำเภอเมือง มา 10 สถานบริการ จาก 29 สถานบริการ อำเภอเกาะคา มา 4 สถานบริการ จาก 13 สถานบริการ อำเภอแม่ทะ มา 5 สถานบริการ จาก 14 สถานบริการ และอำเภองาว มา 4 สถานบริการ จาก 12 สถานบริการ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามสถานบริการใน 4 อำเภอ โดยการคำนวณสัดส่วนจากจำนวนสถานบริการทั้งหมดใน 4 อำเภอ (ใช้อัตราส่วน 3:1) แล้วทำการสุ่มสถานบริการทั้ง 4 อำเภอ ได้สถานบริการทั้งหมด 23 สถานบริการ ดังนี้ 1) อำเภอเมือง ประกอบด้วย 10 สถานบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 358 ราย 2) อำเภอเกาะคา ประกอบด้วย 4 สถานบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย 3) อำเภอแม่ทะ ประกอบด้วย 5 สถานบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ราย 4) อำเภองาว ประกอบด้วย 4 สถานบริการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย

ขั้นตอนที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในสถานพยาบาลของรัฐทั่วจังหวัดลำปาง แต่ละแห่ง โดยการคำนวณสัดส่วนจากประชากรผู้มารับบริการสถานพยาบาลของรัฐจังหวัดลำปางในแต่ละแห่ง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 800 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี ขึ้นไป และครอบครัวผู้สูงอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในสถานบริการภาครัฐ ตั้งแต่เดือนมีนาคม - สิงหาคม 2561
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
3. สม่ครใจเข้าร่วมวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การใช้บริการจากโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ และสิทธิหรือสวัสดิการในการรักษาพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ คำถาม ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาที่น้อยที่สุด	ให้คะแนน เท่ากับ 1
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาน้อย	ให้คะแนน เท่ากับ 2
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลาปานกลาง	ให้คะแนน เท่ากับ 3
เห็นด้วยมาก	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามาก	ให้คะแนน เท่ากับ 4
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง กิจกรรมนั้นใช้เวลามากที่สุด	ให้คะแนน เท่ากับ 5

โดยหลังจากนั้นหาคะแนนเฉลี่ยเป็นร้อยละ เพื่อนำมาแปลผลระดับมุมมอง โดยเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

$$\text{การหาอัตราภาคขั้น} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{40 - 8}{3} = 10.66$$

มีค่าเฉลี่ย 8.00 – 18.66 มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

มีค่าเฉลี่ย 18.67 – 29.33 มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

มีค่าเฉลี่ย 29.34 – 40.00 มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เป็นพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และในส่วนของแบบสอบถามมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุและครอบครัว ที่ไม่ใช่หน่วยบริการ



สุขภาพที่ทำการศึกษาวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสถานบริการภาครัฐทั่วจังหวัดลำปาง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลที่สถานบริการภาครัฐทั่วจังหวัดลำปาง
 - 2.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ สถานบริการภาครัฐ ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์และแจ้งการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
 - 2.3 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยจะดำเนินการทำหนังสือ ขอกการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เมื่อผ่านความเห็นชอบแล้ว ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถานบริการของรัฐ เพื่อขอเก็บข้อมูลในหน่วยงานบริการสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยจึงจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง จะให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจและจะชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลมุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.00) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 57.25) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 81.25) อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 47.50) มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 75.00) การใช้บริการจากโรงพยาบาลมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 48.00) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 85.00) และใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 98.75) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 69.50) และครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.62) อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 26.00) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 50.75) อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป/กรรมกร (ร้อยละ 23.75) รายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 47.75) การใช้บริการจากโรงพยาบาลมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง (ร้อยละ 96.50) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทางการแพทย์ในแต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ไม่ได้เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 75.00) และใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 96.50) ส่วนใหญ่เป็นสิทธิ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 66.00)

ผลการวิเคราะห์หัตถมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการ พบว่า หัตถมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.98$, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{x} = 4.26$, S.D. = 0.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์หัตถมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ

การรับรู้	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการรับรู้
1. ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	4.26	0.65	มากที่สุด
2. ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ	4.14	0.71	มาก
3. ด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ	3.48	0.76	มาก
4. ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	3.84	0.83	มาก
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ	4.08	0.77	มาก
6. ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	3.74	0.86	มาก
7. ด้านการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ	3.98	0.85	มาก
8. ด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ	4.09	0.92	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	3.98	0.67	มาก



ผลการวิเคราะห์มุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.87) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.61) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์มุมมองของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ

การสื่อสารการตลาดเชิงบูรณาการ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการรับรู้
1. ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	4.33	0.61	มากที่สุด
2. ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ	4.20	0.66	มาก
3. ด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ	3.98	0.72	มาก
4. ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	3.90	0.81	มาก
5. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ	4.12	0.70	มาก
6. ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ	3.83	0.85	มาก
7. ด้านการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ	4.06	0.81	มาก
8. ด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ	4.08	0.87	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.08	0.87	มาก

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากนโยบายของประเทศหรือรัฐในการพัฒนาคุณภาพบริการ และมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลแบบหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบกับมียุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ และสังคม สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพในการเฝ้าระวังโรคก่อนเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดเป็นโรคเรื้อรัง การชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงออกไปได้นานที่สุด⁽¹⁷⁾ ตลอดจนการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพ โดยมีนโยบายที่มุ่งเน้นการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ และการกระจายบุคลากรเหล่านั้นไปยังพื้นที่ชนบทและพื้นที่ขาดแคลนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ⁽¹⁸⁾ อีกทั้งอาจเนื่องจากมุมมองต่อกระบวนการดูแลหรือการดำเนินงาน เพื่อการจัดการสุขภาพไม่ใช่เพียงการให้บริการ การหยิบยื่นบริการที่เจ้าหน้าที่คิดว่าเหมาะสม หรือการบริการแบบกลไกที่มีได้คำนึงถึงลักษณะความแตกต่างของบุคคลที่รับบริการอยู่ตรงหน้า แต่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลแต่ละคนในการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นเข้าร่วมด้วย



และผสมผสานคู่ไปได้กับการดูแลรักษาพยาบาลด้วย ไม่ได้แยกโดดเดี่ยว อีกทั้งการส่งเสริมสุขภาพต้องคิด ออกแบบดำเนินการให้เนียนไปกับวิถีชีวิตของประชาชน⁽¹⁹⁾ และมุมมองใหม่ของด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไม่น้อยไปกว่าด้านอื่น ในที่นี้จะพิจารณาแนวโน้มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับทั้งสุขภาพของปัจเจกชนและการสาธารณสุขโดยรวม ได้แก่ 1) สุขภาพในฐานะสิทธิมนุษยชน 2) แนวโน้มคุณภาพการดูแล 3) การใช้ความรู้เป็นฐาน 4) ความกว้างขวางของกรอบนิยามสุขภาพ 5) ระบบการเงินเพื่อสุขภาพ และ 6) อุตสาหกรรมสุขภาพและธุรกิจสุขภาพ จะเห็นได้ว่า สุขภาพสามารถมองจากมุมต่าง ๆ ได้หลายอย่าง มีแนวโน้มพอที่จะคาดว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บางอย่างเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และบางอย่างขึ้นอยู่กับ การจัดการและผู้ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งต้องสติ พิจารณาเรื่องต่าง ๆ ให้ถ่องแท้ กำหนดทิศทางที่พึงประสงค์ โดยใช้ปัญญาหาแนวทางดำเนินการให้เกิดผลสำเร็จ ตลอดจนมีพลังเพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ ที่ดีที่สุด⁽²⁰⁾ ประกอบกับการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย การดูแล 5 องค์ ประกอบ คือ 1) ความเห็นอกเห็นใจ (compassion) ปรารถนาที่จะให้ผู้อื่นเป็นสุข 2) ความสามารถ (competence) ประกอบด้วย 2.1) ด้านความรู้ความสามารถสอดคล้องกับวิถีชุมชน 2.2) ด้านทักษะ/ ประสบการณ์ความชำนาญและการตัดสินใจของแต่ละบุคคล 3) ความเชื่อมั่น (confidence) ความเชื่อถือ ความศรัทธาและความไว้วางใจ 4) ความมีสติรู้ชอบ (conscience) เป็นความรู้สึกว่าอะไรควรทำไม่ควรทำ และ 5) ความมุ่งมั่น (commitment) อุดหนุน เสียสละ กระตือรือร้น ตั้งใจที่จะกระทำการพยาบาล⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิราพรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, จินณฉิธา ณรงค์ศักดิ์ (2557) ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น ผลการวิจัยพบว่า การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมี อาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการ สาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)⁽²¹⁾ นอกจากนี้ มุมมองของผู้สูงอายุและครอบครัวอาจเป็นผลมาจากปัจจัยที่หลากหลาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ ปัจจัยทางสังคม การกำหนดความหมายของการดูแลตามวัฒนธรรม รูปแบบการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และอื่น ๆ ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจส่งผลให้มุมมองของผู้สูงอายุ และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้ บริการพื้นฐานนโยบายประเทศและการดูแลแบบหัวใจความเป็นมนุษย์
2. ผู้บริหารควรสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลมีการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง



3. ควรได้มีการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการประเมินการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ โดยนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดมาตรฐานและการประเมินคุณภาพการดูแลในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการประเมินที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2011 [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 4]. Available from: https://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf
2. เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์. มองไปข้างหน้าเมื่อกรุงเทพมหานครมุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางของประชาคมอาเซียน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2561]. เข้าถึงจาก: <http://asean.bangkok.go.th/asean/images/>
3. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
4. Long GT, Pfau WD. Ageing, poverty and the role of a social pension in Vietnam. *Development and Change*. 2009;40:333-60.
5. Saito E, Sagawa Y, Kanagawa K. Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nursing & Health Sciences*. 2005;7:29-36.
6. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2654 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญพาณิชย์; 2553.
7. Shen S, Li F, Tanui JK. Quality of life and old age social welfare system for the rural elderly in China. *Ageing International*. 2012;37:285-29.
8. Lee PL, Lan W, Yen TW. Aging successfully: A four-factor model. *Educational Gerontology*. 2011;37:210-27.
9. Ponce MSH, Lezaeta CB, Lorca MBF. Predictors of quality of life in old age: A multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing*. 2011;4:121-39.
10. กิตติกร นิลมานัต, รัตใจ เวชประสิทธิ์. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.



11. อัญชลี ชุ่มบัวทอง, วิจิตร ชะโลปถัมภ์, พิชญา ทองอยู่เย็น, ศรายุทธ โชคชัยวรรรัตน์, กันตภณ ธรรมวัฒนา, บั๋งอร ฉางทรัพย์, และคณะ. คุณภาพการนอนหลับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24:833-43.
12. วลัยพร นันทศุภวัฒน์. การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2552.
13. Roach MS. Caring from the heart: the convergence of caring and spirituality. Place: Paulist Press; 1997.
14. อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, ต่วนฮานาณี วัดเส้น, วันดี สุทธิรังษี. มุมมองผู้รับบริการต่อการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในพื้นที่ต่างวัฒนธรรม บริบทอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;35-44.
15. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การพยาบาลผู้สูงอายุ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติงแอนด์เซอร์วิส; 2560.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Table for determining sample size from a given population. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.
17. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ.[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ค. 2562]. เข้าถึงจาก: <http://thaitgri.org/?p=36662>
18. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, วริศา พานิชเกรียงไกร, วลัยพร พัชรนฤมล, แอนน์มิลส์. การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสาร The Lancet. 2561;1-21.
19. สุภัตรา ศรีวณิชชากร. มองมุมใหม่ในการจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 18 ส.ค. 2561]. เข้าถึงจาก: <http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/default/files/images/new/seminar53>
20. จรัส สุวรรณเวลา. มุมมองใหม่ของสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
21. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, จินฉัตร ฌนรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล. 2557;104-15.