

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
The results of the program to promote self-efficacy and social support in
caring for bed-ridden elderly people in Thung Khlong Subdistrict,
Kham Muang District, Kalasin Province.

สุกฤทธา ศรีณะพรหม

Sukritta Srinaphrom

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคำม่วง

(Received: March 9, 2024; Accepted: April 29, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบวัดผลการศึกษาก่อน-หลัง การทดลอง (One-group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์ภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-tests ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.34 (95% CI = 0.16-0.52, P-value <0.01) การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.24 (95% CI = 0.43-2.72, P-value = 0.01) และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.47 (95% CI = 0.29-0.65, P-value <0.01) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลองที่ได้จัดขึ้น ซึ่งสามารถส่งเสริมให้ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสัมพันธภาพครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

Abstract

This study was quasi-experimental research with pre-post experimental measurements to study the results of a program that promoted self-efficacy and social support in caring for the elderly. Thirty homebound and bedridden caregivers of the elderly were purposively sampled. The research period lasted 8 weeks. Data were collected using questionnaires. The relationships within the family and social support for caring for the elderly in the family were measured. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistical analysis was performed with Paired Sample t-tests at a statistical significance level of 0.05.

The research results found that after the experiment, the level of relationships within the family of caregivers of the elderly had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.34 (95% CI = 0.16-0.52, p-value <0.01). Social support had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.24 (95% CI = 0.43-2.72, p-value = 0.01). And caring for the elderly in the family had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.47 (95% CI = 0.29-0.65, p-value <0.01). The study results demonstrated the effectiveness of the trial program implemented, which was able to promote important factors related to caring for the elderly in terms of family relationships, social support, and direct care of the elderly. There was concrete development in a better direction.

Keywords; Self-efficacy promotion program, social support, care for bedridden elderly

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการวางแผนนโยบายและการบริหารจัดการทางเศรษฐกิจและสังคม โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเริ่มเข้าสู่การเป็น "สังคมสูงวัย" ตั้งแต่ปี 2548 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะก้าวสู่จุดสูงสุดของ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" ในปี 2574 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการลดลงของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานสูงขึ้นเป็นลำดับ จากเดิม 27.7 คนต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 56.2 คนต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่กำลังจะมาถึง รัฐบาลจึงได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25-59 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุจะมีแผนส่งเสริมเน้นเรื่องการออม การไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระ รวมถึงวิธีการดูแลผู้สูงอายุและการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี พร้อมทั้งมีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อ ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะการมีร่างกายที่เสื่อมโทรมลงการมีโรคภัยต่างๆ ทั้งโรคทางกายและโรคทางสมอง ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงา อังว้าง และอาจจะมี ความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมีอาการเปลี่ยนแปลงและการที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม ความทันสมัยและเทคโนโลยีใหม่ๆ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุประชากรดังกล่าวทำให้เกิดประเด็นท้าทาย คือ จะทำอย่างไรที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปอย่างยั่งยืน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคมและสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจและพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียม เช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่นซึ่ง ปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายมิติที่ซับซ้อนนอกจากนี้ยังรวมไปถึง ปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เป็นปัจจัยการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น มีบันไดหลายชั้น มีทางต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ตลอดจนปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความรู้เรื่องสิทธิ



ประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ทักษะทางด้านการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2560)

จากการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 66, 64 และ 81 คน ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 53, 85 และ 104 คน ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 26, 36 และ 25 คน ตามลำดับ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 43, 49 และ 51 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม จำนวน 120, 152 และ 188 คน ตามลำดับ (Health Data Center : HDC) (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลทุ่งคลอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของภาวะพึ่งพิง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการดูแลจัดการอย่างเร่งด่วน จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางใน การส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยการประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของ ผู้อื่น (vicarious experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษา effect size เท่ากับ 0.5 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ด้วยวิธี Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% (Grove, Burns, & Gray, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. บุคคลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ลักษณะความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุและให้การ

ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่หรือญาติพี่น้อง

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยในพื้นที่ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80

2. เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ ขอลถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัย ประยุกต์ใช้โปรแกรมของ พรเทพ ธาราเวชรักษ์ (2566) โดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ

1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมประเมินความพร้อมและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก

2) การนำเสนอตัวอย่างหรือประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้อื่น โดยผู้วิจัยได้แสดงวิธีการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจน

3) การให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ผ่านกิจกรรมปฏิบัติการดูแลในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว และสะท้อนคิดถึงประสบการณ์ความสำเร็จของตน เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าตนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้จริง

4) การใช้คำพูดกระตุ้นและชักจูง โดยผู้วิจัยกล่าวชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง พร้อมให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อสามารถทำได้อย่างถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนผู้สูงอายุ เพศและอายุของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)



ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบแรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านสุขภาพ 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การดูแลด้านสังคม และ 4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รับรองเลขที่ KLS.REC 129/2566 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุระหว่าง 50-56 ปี ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 43.27 ปี (S.D. = 10.66) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.67 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.66 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.33 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 50 ระยะเวลาใน

การดูแลผู้สูงอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 63.33 ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 50 รองลงมา ญาติพี่น้อง ร้อยละ 20

ผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ อายุ

ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 30 อายุเฉลี่ย 77.46 ปี (S.D. = 11.29) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 94 ปี ผู้สูงอายุสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 30 ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.33 (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิการ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทอง		
	$\bar{X}$	SD.	ระดับ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
1. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน พุดจาถ้อยทีถ้อยอาศัย	4.13	0.68	มาก	4.50	0.51	มาก
2. เมื่อมีปัญหาครอบครัว จะปรึกษาและหาแนวทางการแก้ไข	4.13	0.57	มาก	4.33	0.48	มาก
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญ	4.10	0.61	มาก	4.37	0.49	มาก
4. สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด	3.93	0.74	มาก	4.37	0.56	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ	3.97	0.76	มาก	4.40	0.56	มาก
6. สมาชิกในครอบครัวเชื่อฟังคำสั่งสอน คำแนะนำของผู้สูงอายุ	4.03	0.72	มาก	4.50	0.51	มาก
7. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน	4.10	0.55	มาก	4.30	0.47	มาก
โดยรวม	4.06	0.48	มาก	4.39	0.32	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลองสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.06) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว และการปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาครอบครัว

ร่วมกัน (ค่าเฉลี่ย 4.13) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน (ค่าเฉลี่ย 4.10)

หลังการทดลอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย

4.39) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว และการเชื่อฟังคำสั่งสอนและคำแนะนำของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.50)

รองลงมาคือ การรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ (ค่าเฉลี่ย 4.40) และการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 4.37)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

การสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
1. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยเพื่อนสนิท เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน	3.80	0.61	มาก	4.23	0.50	มาก
2. สามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ	3.93	0.64	มาก	4.23	0.50	มาก
3. ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง	4.30	0.53	มาก	4.37	0.49	มาก
4. ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลคำม่วง	3.97	0.61	มาก	4.20	0.48	มาก
5. ได้รับการบริการจาก อสม. มาพบปะพูดคุยที่บ้านเพื่อให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ	4.10	0.80	มาก	4.33	0.48	มาก
6. ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	4.03	0.76	มาก	4.27	0.45	มาก
7. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรับสวัสดิการและสิทธิผู้สูงอายุจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลคำม่วง	4.03	0.49	มาก	4.23	0.43	มาก
8. ได้รับการบริการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการด้านสุขภาพ	3.90	0.76	มาก	4.27	0.45	มาก
9. นำเบี้ยผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุ	4.20	0.66	มาก	4.30	0.53	มาก
10. ได้รับการสนับสนุนสวัสดิการต่างๆ จากชุมชน	3.80	0.61	มาก	4.07	0.45	มาก
โดยรวม	4.01	0.44	มาก	4.25	0.26	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.01) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง (ค่าเฉลี่ย 4.30) รองลงมาคือ การนำเบี้ยผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.20)

หลังการทดลอง ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดิม (ค่าเฉลี่ย 4.25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับบริการจากอสม.มาพบปะพูดคุย ให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.33) รองลงมาคือ การได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง (ค่าเฉลี่ย 4.37)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
ด้านสุขภาพ	4.11	0.52	มาก	4.39	0.38	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.76	0.37	มาก	4.36	0.32	มาก
ด้านสังคม	3.67	0.46	ปานกลาง	4.23	0.31	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.79	0.40	มาก	3.79	0.40	มาก
รวม	3.87	0.34	มาก	4.34	0.26	มาก

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลอง พบว่าระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.87) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.11) ด้านอารมณ์และจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 3.76) และด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 3.79) ส่วนด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.67)

หลังการทดลอง ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดิม (ค่าเฉลี่ย 4.34) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.39) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์และจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 4.36) และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 4.23) ส่วนด้านเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.79)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	95% CI	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.				
สัมพันธภาพภายในครอบครัว	4.06	0.32	4.40	0.49	0.34	3.90	0.16-0.52	<0.001*
การสนับสนุนทางสังคม	4.01	0.44	4.25	0.26	0.24	2.79	0.43-2.72	0.01
การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	3.87	0.34	4.34	0.26	0.47	5.39	0.29-0.65	<0.001*

จากตารางที่ 4 หลังการทดลอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว (Mean difference = 0.34, 95% CI = 0.16-0.52, P-value <0.01) การสนับสนุนทางสังคม (Mean difference = 0.24, 95% CI = 0.43-2.72, P-value = 0.01) และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Mean difference = 0.47, 95% CI = 0.29-0.65, P-value <0.01) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการทดลองที่ส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หลังการทดลอง อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการที่ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อย ตลอดจนนำเสนอตัวแบบจากสื่อต่าง ๆ และเรื่องเล่าจากชีวิตจริงทั้งในด้านดีและไม่ดี ย่อมเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและหันมาให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้มี

ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีการปรึกษาหารือช่วยเหลือกัน และทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น และนำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากชีวิตจริงของผู้สูงอายุของเพื่อนบ้าน ในด้านดีและไม่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological Systems Theory) ของ Bronfenbrenner (1979) ที่ระบุว่าปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากโปรแกรมได้จัดให้มีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการฝึกปฐมนิเทศเบื้องต้น ทั้งในรูปแบบการนำเสนอตัวแบบจากสื่อต่างๆ รวมถึงการยกตัวอย่างเรื่องราวจากชีวิตจริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุในละแวกบ้านเรือน ทั้งในแง่บวกที่ดีและไม่ดี อีกทั้งยังมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในเรื่องการปฐมนิเทศเบื้องต้น เช่น การตรวจชีพจร วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย และการนับจังหวะการหายใจ ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้

ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากทั้งครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ผู้ดูแลตระหนัก รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือต่างๆ ที่พร้อม ให้ความเกื้อกูล สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social Support Networks) ของ Gottlieb (1983) ซึ่งระบุว่า การที่ บุคคลได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ชุมชน หรือองค์กร ย่อมช่วยให้บุคคลนั้น สามารถเผชิญและรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยภาพรวมมี การปรับปรุงเพิ่มพูนขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านสุขภาพอนามัย ด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจน ด้านสังคมสัมพันธ์ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คือโปรแกรมได้มุ่งเน้นการ ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาผู้ สูงวัยในการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ประเด็นอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ ประกอบกับการทบทวนเนื้อหาที่ได้ บรรยายและสาธิตมาแล้วทั้งหมด โดยเน้นย้ำในส่วนที่ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือขาดความ มั่นใจเกินกว่าร้อยละ 50 อีกทั้งยังมีการซักถาม ซักชวน และกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากทุก คนย่อมต้องพบกับภาวะเจ็บป่วยเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติและเป็นแกนนำในการแนะนำให้ บุคคลในครอบครัวหันมาให้ความสนใจและร่วมกันดูแลผู้ สูงวัยด้วย นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเวทีให้ผู้เข้าร่วมได้ แลกเปลี่ยนความรู้สึจากประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อปลูกฝังความภาคภูมิใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ สูงวัย ที่สำคัญ โปรแกรมยังให้การเสริมสร้างสมรรถนะ

แห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัย ของอิวัจ และคณะ ที่ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนผู้ดูแลทั้ง ในด้านความรู้ ทักษะ และจิตวิญญาณจะช่วยเพิ่มพูน ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างดียิ่ง สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Hughes et al. (2021) ที่พบว่า การ สนับสนุนผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจิตวิญญาณ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้น การนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมา ประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ส่งผลให้สัมพันธภาพครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งจะ นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแลผู้สูงอายุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและ เอกชน ควรให้การสนับสนุนและร่วมมือกันในการดำเนิน โปรแกรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานหลังจากการจัดโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ หาแนวทางพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผล ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการ
จัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ
เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด
3. ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยัง
พื้นที่อื่นๆ เช่น ตำบล อำเภอก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- พรเทพ ธาราวะรักษ์. (2566). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
ตำบลน้ำริด อำเภอมืองอุดรดิษฐ์ จังหวัดอุดรดิษฐ์. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด , สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอมืองอุดรดิษฐ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: เอส
เอส พลัส มีเดีย.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2566). *การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง 2564-2566*. สืบค้นเมื่อ [31
ธันวาคม 2566]. จาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580).
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติสำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาและสังคมแห่งชาติ. (2563). ผลกระทบของ การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในประเทศ
ไทย. สืบค้นจาก https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ
(ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy is the exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Best, J. W. (1981). Education research (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Harvard University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge.
- Gottlieb, B. H. (1983). Social support strategies: Guidelines for mental health practice. Sage Publications.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.). Saunders.
- Hughes, L. C., van Beurden, E. K., Grealy, M. A., & Hughes, J. T. (2021). A systematic review of family carers' experiences of caring for older Australians with chronic disease. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.717498>