

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว
ในจังหวัดสุพรรณบุรี

นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ

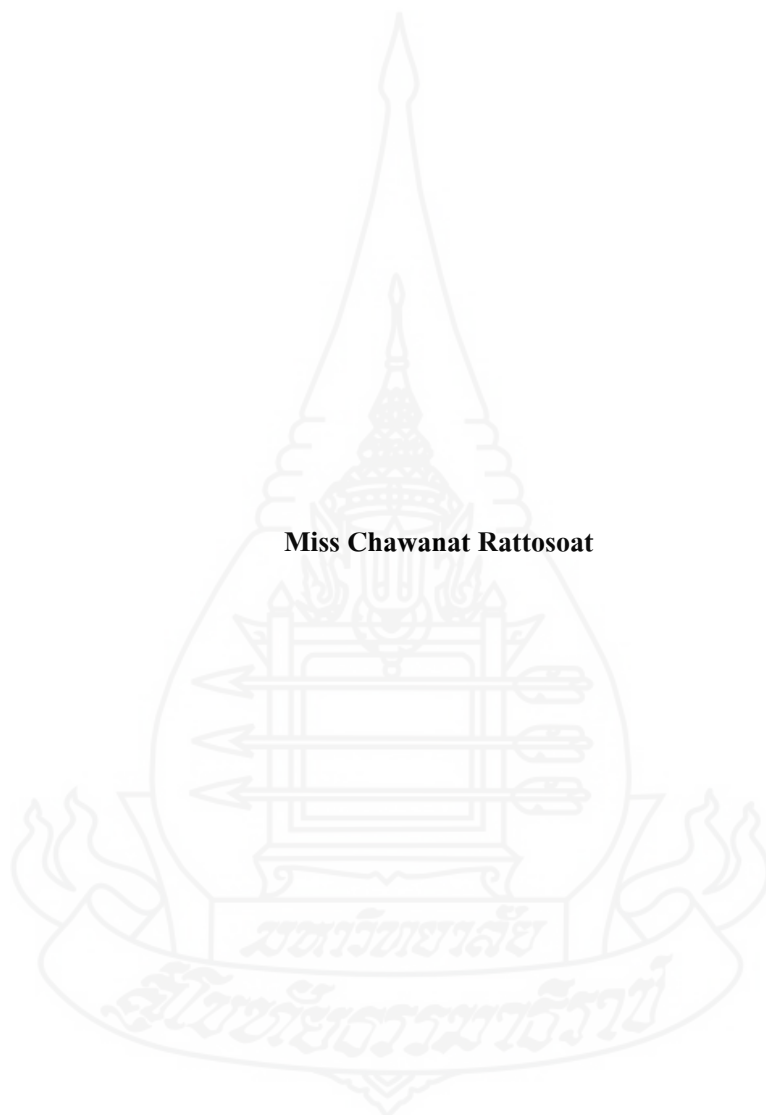


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

พ.ศ. 2559

Factors Relating to Elderly Care of Families in Suphanburi Province

Miss Chawanat Rattosoat



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Arts in Family and Social Development

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัด
สุพรรณบุรี
ชื่อและนามสกุล นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ
วิชาเอก การพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2560

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ)



..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน)



..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด พรหมขันธ์)



ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี
ผู้วิจัย นางสาวชนัญ รัตโนสถ **รหัสนักศึกษา** 2567000076 **ปริญญา** ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
(การพัฒนาครอบครัวและสังคม) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โขทัยสวัสดิ์
(2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน **ปีการศึกษา** 2559

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี (2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี และ (3) ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 105,726 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยทดสอบค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.52$) (2) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ (3) สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับเงินและสิ่งของไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Thesis title: Factors Relating to Elderly Cares of Families in Suphanburi Province

Researcher: Ms.Chawanat Rattanosat ; **ID:** 2567000076;

Degree: Master of Arts (Family and Social Development);

Thesis advisors: (1) Dr.Rutchaneekorn Chotchaisatit, Associate Professor;

(2) Dr.Poonsuk Wachwitthan, Assistant Professor; **Academic year:** 2016

Abstract

The purposes of this research were to study (1) conditions of elderly cares provided by families in Suphanburi province; (2) relationships between personal and family factors of elderly caregivers and cares provided to the elderly in Suphanburi province and (3) relationships between family relationships, social support and cares for the elderly provided by the families in Suphanburi province.

The populations of this study were 105,726 elderly caregivers in the families who lived in Suphanburi province. The samples were 400 caregivers selected by multi-stage sampling technique. The research instrument was a questionnaire with the reliability of 0.92. Statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square test.

The study found that (1) overall, the conditions of cares provided for the elderly by family members in Suphanburi province were at the high level (\bar{X} = 3.95, SD = 0.52; (2) Personal and family factors of the elderly caregivers regarding the average income of the families were statistical significantly related to the elderly cares in terms of emotional, mental and economic aspects and (3) The family relationships were statistical significantly related to the elderly cares, while social support regarding finance and giving things were not statistical significantly related to the elderly cares. However, other aspects of social support of the elderly caregivers were statistical significantly related to cares for the elderly.

Keywords: Cares for the elderly, Family, Elderly caregivers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความอนุเคราะห์ ความกรุณาเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบ และเอาใจใส่เสมอมาจน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วย ความเรียบร้อย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่าง ยิ่ง และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์เล็ก สมบัติ ที่ได้กรุณาเป็นประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ที่เสนอประเด็นต่างๆ ช่วยให้มีวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สถาบันอันทรงเกียรติแห่งนี้ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์อันทรงคุณค่าให้แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ คำสตัยชื่อ อาจารย์ ดร.เอกจิตตรา คำมีศรีสุข และคุณอุบลวรรณ เรือนทองดี ที่ได้เสียสละเวลา อันมีค่าในการตรวจสอบ แก้ไข ให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอคอนเจดีย์ สาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาม้า สาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรี-ประจันต์ สาธารณสุขอำเภอเดิมบางนางบวช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเดิมบางนางบวช และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็น ประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะเจ้าหน้าที่สาขา มนุษยนิเวศศาสตร์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องเอกสารเกี่ยวกับวิทยานิพนธ์และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ คุณยาย คุณพ่อ คุณแม่ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้คำแนะนำและให้กำลังใจมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทุก ท่าน และสำนักบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้สนับสนุนทุนในการวิจัยตลอดจน คณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้แก่ผู้วิจัยได้ประสบความสำเร็จในครั้งนี้

ชวณัฐ รัตโนสถ

พฤศจิกายน 2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	11
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	12
แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว	22
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม	32
แนวคิดเกี่ยวกับจังหวัดสุพรรณบุรี	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	50
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	50
การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบ	51

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของผู้ดูแล	53
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สัมพันธภาพภายในครอบครัว	57
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	58
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์	60
และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ	
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล	61
และครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว	
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพ	74
ภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว	
ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม	83
กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรีจากการ	
พิสูจน์สมมติฐาน	
ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ	92
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
สรุปการวิจัย	98
อภิปรายผล	102
ข้อเสนอแนะ	108
บรรณานุกรม	109
ภาคผนวก	114
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)	115
ข หนังสือขอความอนุเคราะห์ที่ทดลองเครื่องมือ	119
ค หนังสือขออนุเคราะห์เก็บเครื่องมือเพื่อการวิจัย	121
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	128
ประวัติผู้วิจัย	135

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอ	42
ตารางที่ 3.2 แสดงสถานที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	45
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของผู้ดูแล	53
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว	57
ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	59
ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของระดับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ	60
ตารางที่ 4.5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ	62
ตารางที่ 4.6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ	65
ตารางที่ 4.7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุด้านสังคม	68
ตารางที่ 4.8 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ	71
ตารางที่ 4.9 แสดงความสัมพันธ์ไคสแควร์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว	74
ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ	75
ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ	77
ตารางที่ 4.12 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม	79
ตารางที่ 4.13 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.14 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว.....	83
ตารางที่ 4.15 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ.....	84
ตารางที่ 4.16 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ.....	86
ตารางที่ 4.17 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม.....	88
ตารางที่ 4.18 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ.....	90
ตารางที่ 4.19 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ของการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว.....	92
ตารางที่ 4.20 แสดงร้อยละของจำนวนผู้ตอบ/ไม่ตอบ แบบสอบถามปลายเปิด.....	92
ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ.....	94



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.5 จากการสำรวจประชากรสูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2550 พบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 10.7 จากการคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2543-2573 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.7 ในปี 2573 ส่วนประชากรวัยเด็ก (0-14 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.6 ในปี 2543 เหลือร้อยละ 11.2 ในปี 2573 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2558) มีการคาดการณ์จากนักประชากรศาสตร์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2585 และในปี 2556 มีการคาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556, น.12)

ทั้งนี้องค์การสหประชาชาติยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีระยะเวลาที่จะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุค่อนข้างสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศ กล่าวคือสัดส่วนประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 8 ในปี 2543 เป็นประมาณร้อยละ 16 ในปี 2560 หรือใช้เวลาเพียง 20 ปี ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุเป็นเท่าตัวขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 70-100 กว่าปี (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2551) อ้างถึงในศิริวรรณ ศิริบุญ และชเนตติ มิลินทางกูร, 2551) ได้นำเสนอการศึกษาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตามเพศและอายุที่นำเสนอด้วยพีรามิดประชากรประเทศไทยและพีรามิดประชากรอายุ 60 ปี และมากกว่าระหว่างปี 2513-2593 ที่เป็นเครื่องยืนยันถึงภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ ทั้งนี้เพราะฐานพีรามิดซึ่งเป็นตัวแทนประชากรวัยเด็กมีแนวโน้มที่จะแคบลง ในขณะที่ยอดพีรามิดของประชากรซึ่งหมายถึงกลุ่มประชากรวัยสูงอายุขยายกว้างขึ้นและรวดเร็วขึ้น ประเด็นที่น่าสนใจคือในราวปี 2563 ถือเป็นประวัติศาสตร์ของประเทศไทยที่จะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2551)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนโครงสร้างทางอายุเป็นประชากรสูงวัย คือ อัตราการเพิ่มประชากรลดลงอันเป็นผลจากนโยบายประชากรที่เน้นการวางแผนครอบครัวโดยการสมัครใจในปี 2513 และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการมีบุตรกล่าวคือจะคำนึงถึง “คุณภาพ” มากกว่า

“ปริมาณ” และการลดลงของภาวะการณ้ตายของประชากรไทยที่เป็นผลจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ในการขยายบริการทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มจำนวนสถานบริการสาธารณสุขไปในพื้นที่ต่างๆ การพัฒนาด้านสังคมโดยเฉพาะการศึกษาและการส่งเสริมสถานภาพสตรีทำให้อัตราการตายของมารดาและทารกลดลงและมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคมกขึ้น (กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเครือข่ายผู้สูงอายุ, 2558) การที่ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้ประเทศมีระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้นในการเตรียมการรองรับการดูแลและผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุด้วย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องมีการวางแผนที่ดีเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

อัตราการเป็นภาระวัยสูงอายุ พบว่า อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็กลดลงอย่างมากและต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2513 ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยชราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลาเดียวกัน ทั้งนี้การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ สัดส่วนของประชากรวัยทำงานที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุจะลดน้อยลงในปี 2533 มีประชากรวัยแรงงาน 10 คน ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คนและมีการประมาณการณ์ว่าในปี 2563 ภาระของประชากรวัยแรงงานในการดูแลผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเพราะประชากรวัยแรงงานประมาณ 4 คนจะต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2551) มีการคาดการณ์ประมาณประชากรไทยปี 2553-2583 พบสัดส่วนประชากรสูงอายุช่วงปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ จะเพิ่มประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดการเพิ่มของประชากรสูงอายุก่อนหน้านี้จะนำไปสู่การเพิ่มของประชากรวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554, น.13)

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าในปี 2554 คนวัยแรงงาน 5.5 คนดูแลผู้สูงอายุ 1 คน แต่ตัวเลขนี้จะลดลงเหลือคนวัยแรงงาน 4.2 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ในปี 2558 และลดลงเหลือคนวัยแรงงาน 2.7 คน ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ในปี 2568 เพียงแค่นี้ก็เห็นแล้วว่าเป็นไปได้ยากที่เงินเลี้ยงดูจากลูกจะเพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูผู้สูงอายุซึ่งมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อยๆ ได้ในระยะยาว ผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่งซึ่งไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยเกษียณและไม่ได้มีลูกให้การเลี้ยงดูก็ต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ โดยพบว่ามีผู้สูงอายุที่ยังคงต้องทำงานสูงถึงร้อยละ 38.3 และมีร้อยละ 35.1 ที่อาศัยรายได้จากการทำงานเป็นรายได้หลักในการดำรงชีวิต ทั้งนี้ยังพบว่าเกือบร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุที่ยังทำงาน ทั้งงานในภาคเกษตรกรรมและประมง รวมทั้งเป็นพนักงานในร้านค้าหรือตลาดซึ่งไม่ได้มีรายได้สูง ดังนั้น ก็อาจกล่าวได้ว่ารายได้จากการทำงานนี้ก็ไม่น่าจะมากพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความกินดีอยู่ดีได้ อีกทั้งรายได้จากการทำงานนี้ย่อมมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่ารายได้จากการทำงานนี้ก็ไม่มีมายั่งยืนเช่นกัน อีกหนึ่งประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ

มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.4 ที่อาศัยเบียดบังชีพจากภาครัฐเป็นรายได้หลัก ซึ่งทราบกันดีว่าเบียดบังชีพนี้มีจำนวนไม่กี่ร้อยบาท จึงเป็นไปได้ยากที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเป็นอยู่ที่ดีได้ จากการที่ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยเกษียณตามที่กล่าวมา ทำให้ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ประสบปัญหาจากการมีรายได้ต่ำ ซึ่งจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 33.2 มีรายได้เฉลี่ยไม่ถึง 20,000 บาทต่อปี (ประมาณ 1,667 บาทต่อเดือน) และอีกร้อยละ 24.8 มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,000 บาท แต่ไม่ถึง 40,000 บาท (ประมาณ 3,333 บาทต่อเดือน) จะเห็นว่าผู้สูงอายุเกือบร้อยละ 60 มีรายได้ต่ำมาก และย่อมทำให้มีข้อจำกัดในการบริโภคและการดำรงชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (ศุภเจตน์ จันทรสาส์น, 2557) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาด้านความมั่นคงทางการเงิน ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของตัวผู้สูงอายุเอง และนำไปสู่ปัญหาความยากจนของผู้สูงอายุ

ปัญหาความยากจนเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องอย่างมากกับการอยู่ดีมีสุขของประชากรผู้สูงอายุ ข้อมูลความยากจนของสำนักพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดทางสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี 2543-2553 พบว่าผู้สูงอายุและเด็กมีสัดส่วนที่ตกอยู่ในภาวะความยากจนสูงกว่าประชากรวัยแรงงาน การที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่ในความยากจนสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบั่นทอนคุณภาพชีวิตในบั้นปลายที่จะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น

ประชากรสูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อมีอายุเพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญจะเกิดในทุกระบบของร่างกาย (Aiken, 1995) ซึ่งนอกจากจะทำให้สมรรถภาพของร่างกายในด้านต่างๆ ลดลงแล้ว ยังมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติหรือเกิดโรคต่างๆ ตามมา ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) ความผิดปกติหรือโรคที่เกิดจากความสูงอายุ เช่น ต้อกระจก หูตึง กระดูกพรุน ข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม ช่องคลอดเสื่อม ต่อมลูกหมากโต โรคพาร์กินสัน ภาวะลมพิษจากความชรา และ 2) ความผิดปกติหรือโรคที่สัมพันธ์กับความสูงอายุ ประกอบด้วย โรคหลอดเลือดแข็ง ไชกระดูกผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การติดเชื้อง่าย อัลไซเมอร์ มะเร็งที่อวัยวะต่างๆ (รัชนีภรณ์ ภูกร, 2538) อย่างไรก็ตาม ปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต โภชนาการ จะมีอิทธิพลในการเร่งหรือชะลอการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ ความผิดปกติหรือโรคที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง มักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาในประชากรสูงอายุ (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ: 2549)

ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันถูกจัดว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2554, น.23) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี 2550 และ 2554 พบว่าภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตามอายุ โดยร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ด้วยตนเองและพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันสูงกว่าผู้ชาย การมีข้อจำกัดดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ทั้งนี้ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่ ทูพพลภาพเกิดจากปัญหาสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554, น.14) และจากการสำรวจของ สำนักสถิติแห่งชาติในปี 2550 พบว่าผู้พิการ 100 คน จะมีผู้พิการที่เป็นผู้สูงอายुर้อยละ 15.3 และการ เจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักพบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยโรคที่พบบ่อยคือ โรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไ้ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต ไ้ตวายเรื้อรัง โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุของการทูพพลภาพและเสียชีวิตได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้จะทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก

ทั้งนี้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบ อาชีพหารายได้มาใช้จ่ายได้ นอกจากการเจ็บทางกายแล้วยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยาวมากขึ้นยังมี ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข อ้างใน วิพรรณม ประจวบเหมาะ, 2555, น.25) ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาในเรื่องของการมองเห็น ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวันของ ผู้สูงอายุและอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม ซึ่งถ้าเกิดขึ้นแล้วจะส่งผล กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุหรือเป็นสาเหตุของความพิการได้และการพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยส่งผลกระทบต่อศักยภาพของการทรงตัวและการ เคลื่อนไหวลดลง รวมทั้งสภาพแวดล้อมของบ้านที่พักอาศัยทั้งภายในและภายนอก ปัจจุบันประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุซึ่งมักมีปัญหา ทางด้านสุขภาพ จึงต้องการผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุโดยสมาชิกใน ครอบครัว ไม่เพียงแต่ไม่ได้รับค่าตอบแทน และใช้เวลา และแรงงานมาก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้สูงอายุด้วย เช่นกัน (รศรินทร์ เกรย์, 2557)

จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุดังกล่าวแล้วนั้น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอยู่ในความดูแล จำเป็นต้องมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและตระหนักว่าความสูงวัยเป็นภาวะที่ จะต้องเกิดกับทุกคน การทำความเข้าใจความสูงวัยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปฏิบัติต่อ ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและนำมาซึ่งความสุขของผู้สูงอายุ และสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งนี้ จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่ก้าวสู่การเป็นสังคม ผู้สูงอายุแล้ว จากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าจังหวัดสุพรรณบุรีมี จำนวนและสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2555 มีจำนวนผู้สูงอายुर้อยละ 14.86 ของ ประชากรทั้งหมดและเพิ่มเป็นร้อยละ 17.22, 19.8 ในปี 2557 และในปี 2558 ตามลำดับ แสดงให้

เห็นว่าจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจังหวัดสุพรรณบุรี ทำให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และจากการคัดกรองโรคผู้สูงอายุในปี 2558 พบผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 เจ็บป่วยและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปวดเข่า ตาต้อกระจก ปัญหาสุขภาพเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแล้วเรื่องสวัสดิการและความเป็นอยู่ก็ต้องการความช่วยเหลือจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีเตรียมความพร้อมของครอบครัว ชุมชน บุคลากร หน่วยงาน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อการรองรับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของจังหวัดสุพรรณบุรี (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559)

จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามี การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน จังหวัดสุพรรณบุรีว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

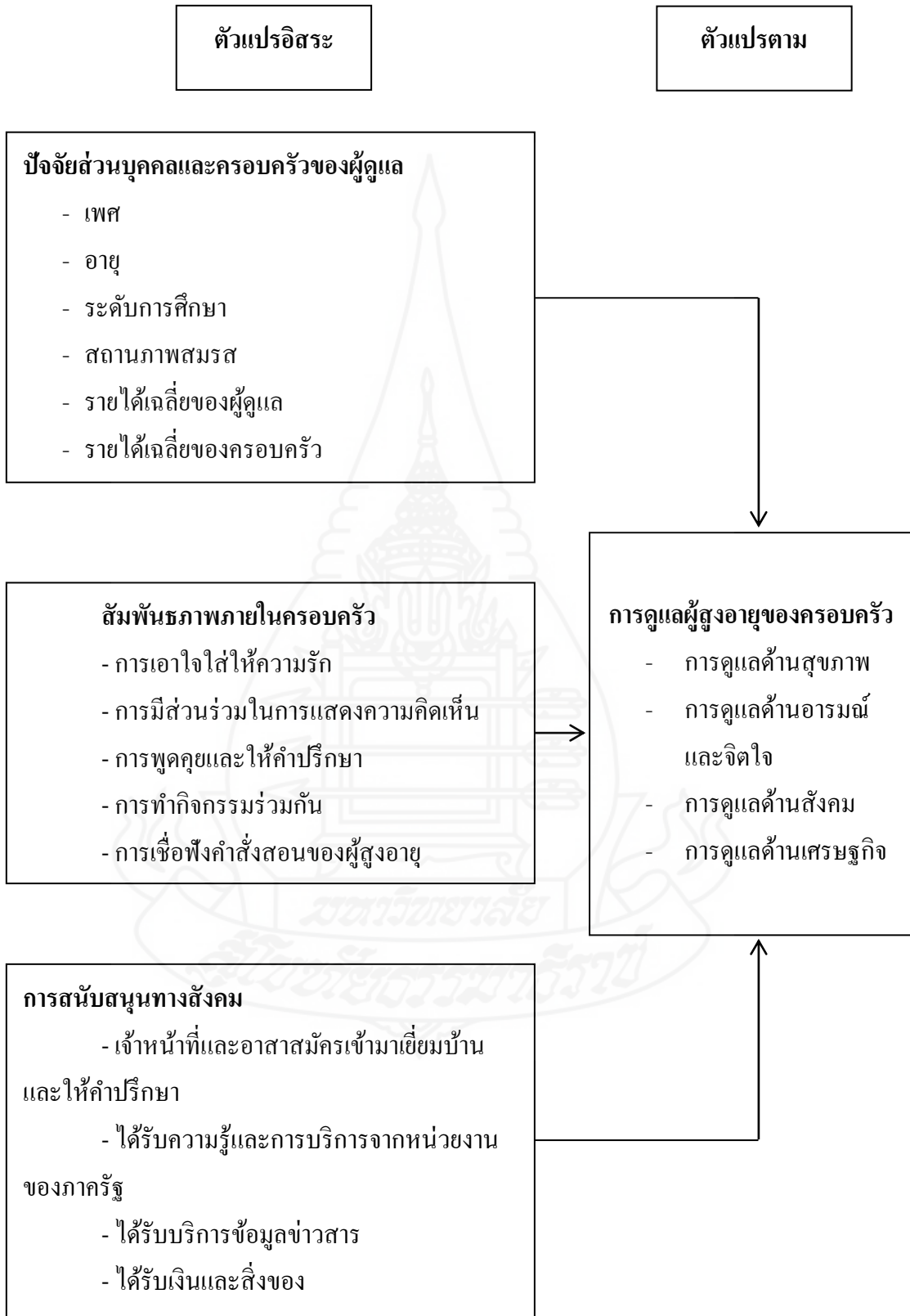
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 2.1 ศึกษาสภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี
- 2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี
- 2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี ตลอดจนผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และนำมาพิจารณาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดงานวิจัย



4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน จังหวัดสุพรรณบุรี

4.1.1 เพศ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.4 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.5 รายได้เฉลี่ยของของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

4.2.1 การเอาใจใส่ให้ความรัก มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.2.2 การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.2.3 การพูดคุยและให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.2.4 การทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.2.5 การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

4.3.1 เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.3.2 ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.3.3 ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

4.3.4 การได้รับเงินและสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ที่ใช้ในการศึกษา คือ

ประชากร (Population) คือผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ใช้สถิติของจำนวนผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ใน จังหวัดสุพรรณบุรี คือ จำนวน 105,726 คน (กรมการปกครอง, <http://www.dopa.go.th>: ปี 2557)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) จำนวน 400 คน

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา งานวิจัยนี้ได้กำหนดขอบเขตตัวแปรที่ทำการศึกษา ดังนี้

5.2.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

2) สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ

3) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับความรู้และบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ

5.2.2 ตัวแปรตาม คือ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านเศรษฐกิจ

5.3 ขอบเขตพื้นที่ทำการศึกษา การวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) ได้ 3 อำเภอ ดังนี้ 1) อำเภอเดิมบางนางบวช 2) อำเภอศรีประจันต์ และ 3) อำเภอบางปลาม้า

5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2559 – กรกฎาคม 2560

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะเพื่อการศึกษาดังต่อไปนี้

6.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีรายชื่อทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี

6.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ และอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุติดสังคม โดยมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านการเงิน ที่อยู่อาศัย อาหารและดูแลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

6.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล หมายถึง ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ของครอบครัว

6.3 การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกที่รับผิดชอบให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกสนับสนุนและเอาใจใส่ในกิจกรรมการดูแลต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้คือ

6.3.1 การดูแลทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดหาที่อยู่อาศัยให้ได้อย่างเหมาะสม จัดหาดูแลเครื่องนุ่งห่ม ดูแลสุขภาพอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย อำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะในการเดินทางไปโรงพยาบาลและช่วยเหลือด้านแรงงาน

6.3.2 การดูแลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่องสรรเสริญ สนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความสามารถและงานอดิเรกต่างๆ ดูแลให้ได้รับความบันเทิงและพักผ่อนหย่อนใจตามสมควร

6.3.3 การดูแลทางด้านสังคม ได้แก่ สนับสนุนให้ได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและกิจกรรมในชุมชนต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมทางศาสนา ตลอดจนให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์อยู่ตลอดเวลา

6.3.4 การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวต่างๆ

6.4 สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเครือญาติ หรือนุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ร่วมกัน มีการสนทนาพูดคุย ปรีกษาหารือกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกายวาจาและใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม

6.5 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนเกื้อกูลจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชนในด้านการได้รับความรักการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง ให้กำลังใจคำแนะนำรวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือ ทางด้านการเงิน สิ่งของ การบริการและข้อมูลข่าวสาร

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะมีประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือ

7.1 ทำให้ทราบถึงลักษณะการดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

7.2 ทำให้ทราบถึงปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

7.3 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวางแผนช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือดูแลครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
4. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับจังหวัดสุพรรณบุรี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงยอมรับโดยทั่วไปว่าหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุ ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แม้ในบางกรณีอาจไม่ได้กำหนดอย่างเป็นทางการหรือระบุชัดเจนทางกฎหมาย แต่โดยส่วนใหญ่มักถูกอ้างอิงหรือตกลงไว้ที่เกณฑ์อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย กำหนดไว้หรือตกลงไว้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การมีอายุ 60 ปี ยังเป็นการครบรอบปีนักษัตรรอบที่ 5 และเริ่มต้นปีนักษัตรรอบที่ 6 จากรอบปีนักษัตร 12 ปี ซึ่งเป็นที่นิยมในการนับในหลายๆ ประเทศทางเอเชีย (Cowgill, 1986) สำหรับบางประเทศ เช่น กลุ่มประเทศในภูมิภาคแอฟริกา ถูกเสนอให้ใช้ที่เกณฑ์อายุของบุคคล ตั้งแต่ 50 ปีหรือ 55 ปีขึ้นไป เนื่องจากยังมีอายุไม่ยืนยาวเท่ากับภูมิภาคอื่นๆ (WHO, n.a)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ระบุว่า ผู้สูงอายุ หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ระบุไว้ในมาตรา 53 ว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ แสตนัยว่า ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของการดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแล เช่น ผู้สูงอายุ ทารกและเด็ก และการดูแลนั้นเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลอาจเป็นทั้งคนในวิชาชีพ รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว (ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแล (carer) คือ ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล (Carers UK, 2005: pp.1) ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม (2539, น. 84) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ว่า ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีลักษณะสำคัญ คือ

2.1.1 ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์เป็นญาติหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น

2.1.2 ผู้รับการดูแล ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งอารมณ์และสติปัญญา การคิดและตัดสินใจต่างๆ ที่มีผลทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการการดูแลและการบำบัดรักษาที่เฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองและการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

2.1.3 มุ่งเน้นการดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2.1.4 สถานการณ์การให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแห่งอาศัย

การดูแล (Caring) เป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล โดยทั่วไปเป็นการช่วยให้คนมีความเจริญเติบโตและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ การดูแล คือ กิจกรรมการช่วยเหลือ หรือการดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมซึ่งมีกระบวนการในการให้ความช่วยเหลือ (Assertive) ต่อผู้อื่นที่แสดงออกในพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเข้าถึงความรู้สึก (Empathic) ความสนใจเอาใจใส่ (Attention) การช่วยเหลือเกื้อกูล (Supportive) การให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilitative) ความต้องการของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจกล่าวได้ว่าการดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น

การดูแลซึ่งกันและกันเป็นวัฒนธรรมของมนุษยชาติที่ได้รับการสืบทอดมาช้านาน และส่วนใหญ่ยังคงมีอยู่ในแต่ละครอบครัว Schulz (1989) และเพ็ญแข ชิวพันธ์ (2545) ได้ให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการดูแลที่สำคัญว่าเกิดจากแรงจูงใจในการช่วยเหลือ (Monitoring for Helping) ซึ่งสามารถนำมาอธิบายแรงจูงใจในการดูแลผู้อื่นของบุคคล กล่าวคือ แรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล (Egoistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่ผลักดันให้บุคคลช่วยเหลือผู้อื่นเพื่อหวังผลตอบแทนจากการกระทำนั้นๆ ได้แก่ การได้รับค่าจ้างตอบแทน การได้รับคำชมจากบุคคลอื่น และสังคม หรือการสำนึกต่อความผิดหากไม่ทำการช่วยเหลือผู้อื่น และแรงจูงใจที่เกิดจากความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) เป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจความสงสารที่มีต่อผู้ที่ต้องการพึ่งพิง โดยอาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น เป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เกี่ยวข้องเป็นญาติ หรือมีบุญคุณต่อกันมาก่อน จึงทำให้เกิดความผูกพันและรู้สึกอยากช่วยเหลือ

มีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและสังคมที่ใช้อธิบายแนวคิดเรื่องการดูแล โดยรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ จากบทความวิชาการ และการวิจัยวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลที่ได้มา แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทศนะ ได้แก่

- 1) การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อน
- 2) การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรม ตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคล หรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์
- 3) การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจเป็นห่วงต้องการปกป้องและอุทิศให้
- 4) การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัวระหว่างคนใกล้ชิด

5) การดูแลเป็นการปฏิบัติกรเพื่อการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทัศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพได้

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

2.2.1 ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (*formal carers/ caregiver*) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ จากสถานบริการพยาบาล หรือกลุ่มองค์กร ที่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งผู้ช่วยการดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (*care assistant*)

2.2.2 ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ (*informal carers/ caregiver*) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 (Ungerson, 1990) และที่สำคัญคือไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ แรงจูงใจที่ให้การดูแลอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วยจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายด้วยกันทั้งคู่ (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2543; Bell & Gibbons, 1989; Parker, 1992) ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ อาจมีผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุหลายคน Parker (1992) ได้อธิบายความแตกต่างของกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการตามลักษณะความสัมพันธ์

1) แบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

(1) ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือญาติผู้ดูแล (*family carers/ caregiver*) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการที่พบได้บ่อยมากที่สุด ในสังคมไทย ทั้งนี้ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาตินี้อาจประกอบไปด้วยผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เช่น สมาชิกในครอบครัวบางคนรับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมในการดูแลโดยตรงที่บ้าน บางคนรับผิดชอบดูแลทางด้านการเงินและค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการดูแล บางคนรับผิดชอบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เป็นต้น

(2) ผู้ให้การช่วยเหลือไม่เป็นทางการ (*informal helper*) หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่มาจากเครือญาติอื่นๆ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลืองานบ้าน

หรือกิจวัตรประจำวันโดยไม่คิดค่าตอบแทน ทั้งนี้อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้วยความรัก ความผูกพัน หรือเป็นการตอบแทนคุณความดีที่ผู้ป่วยเคยมีให้แก่ผู้ดูแลประเภทนี้มาก่อนในอดีต

2) แบ่งตามปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

(1) **ผู้ดูแลหลัก (main carers/ caregiver หรือ primary caregiver)** คือ บุคคลที่ผู้ได้รับการดูแลระบุว่าเป็นผู้ที่ให้การช่วยเหลือดูแลในระยะเวลาเจ็บป่วย หรืออาจเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลคิดเป็นจำนวนชั่วโมงต่อวันสูงสุด หรืออาจเป็นผู้ที่ยอมรับตนเองว่าเป็นผู้ดูแล (self-identified) ทำหน้าที่ดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพยาสวนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหาร ดูแลเรื่องการรับประทานยา ช่วยเหลือในการขับถ่าย เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) ซึ่งผู้ดูแลหลักนี้จะเป็นผู้เผชิญกับภาวะเครียดสูงสุด นอกจากนี้ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหรือมีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดจากการดูแลต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีภาวะเครียดกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (Grafstrom et al., 1992) ดังนั้นกลุ่มผู้ดูแลหลักจึงควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อหาแนวทางให้การช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นจึงมุ่งเน้นไปที่ผู้ดูแลหลักเป็นพิเศษเช่นกัน

(2) **ผู้ดูแลรอง (Secondary carers/caregiver)** หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ พาผู้ป่วยไปปฏิบัติธรรม เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2547) กิจกรรมการช่วยเหลือที่ให้อาจเป็นครั้งคราว หรือมีระยะเวลาคิดเป็นจำนวนชั่วโมงในการดูแลช่วยเหลือน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

2.3 บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือความพิการต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยบริการขั้นพื้นฐานประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือการให้กำลังใจ ความอบอุ่น การจัดหาอาหารที่เหมาะสม เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลสุขภาพ เป็นต้น โดยเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุเป็นการระคับระคองด้านจิตใจ เข้าใจอารมณ์ และปรนนิบัติ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ เช่น เงิน การช่วยงานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านการประเมินตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้ 4 บทบาท (Lubkin, 1986; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; จอม สุวรรณโณ, 2540; เพียงใจ ดิระไพวงศ์, 2546) ดังนี้

2.3.1 บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันทั่วไป เช่น การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่

อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางและช่วยเหลือด้านแรงงาน อาจกล่าวได้ว่าเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุบรรลุยังปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต

2.3.2 บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดวิกฤตทางจิตใจและอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าและอารมณ์อ่อนไหวง่าย ผู้สูงอายุบางกลุ่มต้องการการดูแลเอาใจใส่พิเศษ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ แต่รู้สึกได้ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจมีความต้องการได้รับการตอบสนอง 2 ประการ ได้แก่ (May, 1993, pp. 273-278) ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Security needs) และความต้องการได้รับการยกย่องเห็นความสำคัญ (Resignations needs) ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในด้านนี้ ผู้ดูแลต้องสามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการ ประการดังกล่าวข้างต้น

2.3.3 บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่การสนับสนุนให้ได้ทำงานอดิเรกตามสมควร การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่างๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ บทบาทของผู้ดูแล “เป็นลักษณะของการเกื้อกูลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสารเพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคมและเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยเสมอ เมื่อเปรียบเทียบกับบทบาทการดูแลด้านนี้กับบทบาทด้านอื่นๆ พบว่าการตอบสนองความต้องการทางสังคมเป็นบทบาทที่ครอบครัวปฏิบัติค่อนข้างน้อย” (May, 1993, pp.273-278)

2.3.4 บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเงินค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การช่วยจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สินและผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ ลักษณะการปฏิบัติตามบทบาทนี้ ได้แก่ การมอบเงินให้แก่ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่บุตรจะเป็นผู้ทำหน้าที่นี้ อย่างไรก็ตาม ในการพิจารณาถึงบทบาทของครอบครัวด้านนี้พึงพิจารณาอย่างระมัดระวังเนื่องจากครอบครัวอาจไม่ได้มอบเงินให้ผู้สูงอายุโดยตรง แต่อาจมีบทบาททางอ้อม เช่นการจัดหาอาหาร ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเครื่องนุ่งห่ม และสาธารณูปโภคต่างๆ ส่วนการจัดหาอาชีพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุนั้น พบว่ามี การปฏิบัติค่อนข้างน้อยมาก

2.4 ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ครอบครัวจะมีศักยภาพหรือมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้มากน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

2.4.1 จำนวนสมาชิกครอบครัว หมายถึง จำนวนบุตร หลานญาติที่เป็นครอบครัวหรือที่ใกล้ชิด ถ้าหากจำนวนสมาชิกครอบครัวมาก ก็จะมีศักยภาพหรือมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าหากจำนวนสมาชิกครอบครัวน้อย ก็จะมีศักยภาพหรือมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุน้อย

2.4.2 การมีทักษะในการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกัน สมาชิกครอบครัวต้องสามารถปรับตัวได้ในการอยู่ร่วมกันระหว่างสมาชิกครอบครัวด้วยกัน และอยู่ร่วมกันกับผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ ในกรณีที่สมาชิกครอบครัวไม่สามารถดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุได้

2.4.3 สถานภาพการสมรสของครอบครัว สถานภาพการสมรสของครอบครัวผู้สูงอายุและของ ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การแยกกันอยู่ การหย่าร้าง และการเป็นม่าย ย่อมมีผลต่อศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.4.4 การมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของบุตรสาว เนื่องจากบุตรสาวมีบทบาทสำคัญในการดูแลพ่อแม่ผู้สูงอายุ ถ้าหากบุตรสาวต้องประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว ย่อมมีผลต่อเวลา แรงงาน และศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ลดลงด้วย

2.4.5 การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของสมาชิกครอบครัว หากสมาชิกครอบครัวซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ย่อมมีผลต่อศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

2.5 ปัญหาในการดูแล

2.5.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น ผู้ดูแลคิดว่าอาการของโรคที่ผู้ป่วยแสดงออกมาทางพฤติกรรมต่างๆ เป็นผลมาจากการถูกผีเข้าเป็นเรื่องทางไสยศาสตร์ จึงนำผู้ป่วยไปรักษากับหมอผี หมอพระ หรือบางรายคิดว่าโรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้จึงนำผู้ป่วยไปรักษาตามสถานพยาบาลต่างๆ มีการแสวงหารักษาอยู่ตลอดเวลา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2543) จากการศึกษาของ Graham and Shamp (1997) พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลจะมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้มีระดับความซึมเศร้าที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับความรู้

2.5.2 ปัญหาทางด้านพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่าอาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ดูแลมากที่สุด (Deimling & Bass,

1986; Teri et al., 1992) และเป็นปัญหาก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น (Sasat, 1998)

2.5.3 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living หรือ ADL) จากการศึกษาพบว่ายิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองน้อยลงเท่าไร ยิ่งต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัคย์ และคณะ, 2543)

2.5.4 ระดับความเจ็บป่วย (Level of illness) จากการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ ADL ของผู้ป่วยและภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด กล่าวคือในผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (ศิริพันธุ์ สาสัคย์ และคณะ, 2543)

2.5.5 ระยะห่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจะมีภาวะเครียดสูงกว่าผู้ที่อยู่คนละบ้าน (Yeatman et al., 1993)

2.5.6 ความเชื่อและทัศนคติ (belief and attitude) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะเชื่อว่าอาการและการแสดงของโรคเป็นผลมาจากกรรมเก่าของผู้ป่วย และผู้ดูแลก็คิดว่าเป็นกรรมกรรมของตนเองเช่นกันที่จะต้องมาดูแลผู้ป่วย หรือผู้ดูแลบางรายก็คิดว่าเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำหน้าที่ของสามีภรรยาที่ต้องดูแลซึ่งกันและกัน หรือหน้าที่ของลูกที่ต้องดูแลพ่อแม่เมื่อยามเจ็บป่วยในขณะเดียวกันเพื่อนบ้านและชุมชนก็คิดว่าเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายในครอบครัวของตนเอง จึงมีการหยิบยื่นความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติค่อนข้างน้อย (ศิริพันธุ์ สาสัคย์ และคณะ, 2543)

2.5.7 ภาวะขาดแคลนของผู้ดูแล จากภาวะปัจจุบันที่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และขนาดของครอบครัวมีจำนวนลดลงจากการคุมกำเนิดที่ได้ผล ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล รวมทั้งคนทำงานบ้านที่สามารถดูแลผู้ป่วยก็หายากและการจ้างเจ้าหน้าที่ช่วยดูแลจากศูนย์ต่างๆ ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และปัญหานี้คาดว่าจะรุนแรงยิ่งขึ้นในอนาคต

2.5.8 ปัญหาทางการเงิน หากผู้ป่วยต้องการการดูแลที่ต้องใช้ในระยะเวลาต่างๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้ว จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตัวเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้

2.6 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประสบกับปัญหาจากการดูแลทั้งในด้านการจัดการดูแลและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการในเรื่องต่างๆ ของสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวไว้ 5 ด้าน (พุลสุข เวชวิฐาน 2558 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2553,2547) ดังนี้คือ

2.6.1 ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สภาวะการเจ็บป่วย พัฒนาการของโรค ตลอดจนพยากรณ์โรคของผู้สูงอายุ

2.6.2 ความต้องการด้านเวลาในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษานาน ผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องการจัดตารางประจำวันสำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสม โดยต้องจัดสรรเวลา เพื่อให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีเวลาในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.6.3 ความต้องการสนับสนุนด้านเวลาจากสมาชิกครอบครัวบุคคลอื่น การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวทุกคนและเป็นภาระที่หนัก ดังนั้น สมาชิกครอบครัวบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว แต่ให้ความช่วยเหลือด้านเวลาและการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ย่อมทำให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดภาระในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและมีเวลาในการดูแลสุขภาพตนและภาระงานส่วนตัว

2.6.4 ความต้องการสนับสนุนด้านการเงินเพื่อใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหลากหลายด้าน ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเครื่องนุ่งห่ม และค่าอุปกรณ์และสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินของสมาชิกครอบครัวอื่นๆ หรือจากญาติสนิท ย่อมเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินของผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

2.6.5 ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นเวลานานย่อมทำให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ได้รับผลกระทบที่นำมาซึ่งความเครียดของผู้ดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทางด้านจิตใจ จึงเป็นความต้องการที่สำคัญของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งนี้ ในการสนับสนุนนั้น สมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ และญาติสนิท สามารถช่วยทำหน้าที่เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อทำให้ผู้ที่ทำให้หลักในการดูแลผู้สูงอายุได้คลายความตึงเครียดลง และลดความกลัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ลดความกลัวจากการที่ต้องรับผิดชอบในหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ลดความกลัวจากการเปลี่ยนแปลงวิถีดำเนินชีวิตของตน และลดความกลัวที่จะต้องจากผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.7 การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลและบริการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุผ่านสื่อต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น การสนทนากับบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและคนในชุมชนการเรียนรู้จากสิ่งพิมพ์สำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ หนังสือพิมพ์ หนังสือ นิตยสารและวารสาร

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ คือ

2.7.1 ครอบครัว ถือว่ามีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะผู้หารายได้หลักของครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นพ่อหรือลูกคนใดคนหนึ่ง หากเกินความสามารถของคนในครอบครัวก็จะขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่คุ้นเคย ด้วยบริบทของชุมชนยังคงความเป็นชนบทคนในชุมชนจะรู้จักกันทั้งชุมชน ส่วนใหญ่ตั้งถิ่นฐานจากรุ่นหนึ่งสู่อีก รุ่นหนึ่ง แต่ละครอบครัวจึงมีความเอื้อเพื่อเอื้อแก่ มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการอุปถัมภ์ดูแลกันจากรุ่นหนึ่งสู่อีก รุ่นหนึ่ง การนับญาติจึงสะท้อนทุนคนของครอบครัว หากมีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน การอุปถัมภ์ดูแลก็จะมีมาก เช่น การเยี่ยมเยียน การนำอาหารมาให้ การดูแลยามเจ็บป่วย เป็นต้น กรณีที่ครอบครัวและเครือข่ายไม่สามารถจัดการได้ บุคคลที่สำคัญและใกล้ชิดผู้สูงอายุ คือผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลคือตัวแทนที่จะสื่อสารบอกความต้องการ ปัญหาของผู้สูงอายุมาติดต่อกับหน่วยงานภาครัฐ

2.7.2 ภาคประชาชน มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุชัดเจนมากขึ้น โดยส่วนมากเป็นการดำเนินการภายใต้โครงการที่ริเริ่มโดยหน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยเพื่อทำหน้าที่เติมเต็มและหนุนเสริมการดูแลส่วนที่ข้อจำกัดของการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งต่อมาทางภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มของผู้สูงอายุในชุมชนเองที่รวมตัวกันและทำกิจกรรมเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ตนอยู่ ที่ปรากฏได้เด่นชัด เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมคลังปัญญาผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน

2.7.3 ภาครัฐ มีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นอกเหนือจากการเข้าไปส่งเสริมให้ชุมชนจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในท้องถิ่นตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานแล้วยังมีบทบาทในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้สามารถแบ่งภาครัฐที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นสองส่วน คือ

1) ส่วนกลาง

(1) **อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.)** เป็นรูปแบบการดูแลและพิทักษ์คุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในชุมชน โดยการเปิดรับสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุถึงบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดการดูแลและประสบปัญหาทางสังคมเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงบริการของรัฐและใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครอื่นที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน (อสม.) โดยอาสาสมัครจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้พิทักษ์สิทธิ ผู้สื่อสารและเป็นกระบอกเสียง เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมอยู่บ่อยครั้งสามารถนำข่าวสารจากภาครัฐมาให้กลุ่มเป้าหมายได้โดยตรง ระบบอาสาสมัครของรัฐจึงเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ

(2) *อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Home Care for the Elderly)*

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นโครงการที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จวบจนกระทั่งปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบการดูแล และการคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น รวมถึงภาคประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตนเอง โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลและประสบปัญหาสังคม ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงบริการของภาครัฐ ขณะเดียวกันจะยังคงสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวภายในชุมชนของตนเองได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

(3) *โครงการส่งเสริมสุขภาพในวัด* เป็นการส่งเสริมการจัดและพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในวัดให้มีสุขภาพอนามัย เหมาะแก่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและคนในชุมชน

(4) *การดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน* เป็นโครงการเตรียมความพร้อมให้คนในชุมชนก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุผ่านกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตควบคู่กับกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 6 กิจกรรม คือ การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมการออมเพื่อสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างรายได้จากการใช้ภูมิปัญญาผู้สูงอายุและการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา

(5) *การดูแลผู้สูงอายุผ่านสถาบัน* เป็นการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนรูปแบบที่ต่างกันรวม 3 สถาบัน คือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ

(6) *บริการสาธารณะและนันทนาการ* เป็นการทำให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกและสิทธิพิเศษเฉพาะเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจกรรมประจำวัน

และเข้าร่วมกิจกรรมสังคมต่างๆ ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย โดยอำนวยความสะดวกในรูปแบบป้ายแสดง ทางลาด ลาดจับ สุนัขและพื้นผิวสัมผัส เป็นต้น

2) ส่วนท้องถิ่น

(1) ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ ได้พัฒนาจากศูนย์อ่อนแก่ประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมายสำคัญคือ เพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมและบริการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมเพื่อเป็นศูนย์ส่งเสริมอาชีพและถ่ายทอดภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและเป็นศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยกลไกการดำเนินงานนั้นจะมีหน่วยงานในระดับท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินการ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ โดยมีการร่วมมือกับหน่วยงานในจังหวัดและพื้นที่ให้สนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ

(2) กองทุนผู้สูงอายุ เป็นกองทุนสำหรับคุ้มครองส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในขอบเขตที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 รับรอง โดยสนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและอาชีพผู้สูงอายุ สนับสนุนเงินอุดหนุน โครงการสำหรับองค์กรสำหรับผู้สูงอายุ องค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และให้ทุนประกอบอาชีพประเภท กู้ยืม รายบุคคลและรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำหัตถกรรม งานฝีมือ เกษตรกรรม เป็นต้น

(3) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นสิทธิอันพึงได้ของเงินช่วยเหลือเพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุทั่วประเทศ

2.7.4 ภาคเอกชน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาคเอกชนไทยดำเนินการโดยธุรกิจภาคเอกชนและองค์กรสาธารณะประโยชน์ มีการให้บริการที่หลากหลายทั้งด้านที่อยู่อาศัย การฟื้นฟูสุขภาพอนามัยและอื่น

3. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

3.1 ความหมายและความสำคัญของครอบครัว

3.1.1 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว (family) มีความหมายหลากหลายแตกต่างกันไปตามความเชื่อ ประสพการณ์และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แม้แต่นักวิชาการที่ศึกษาเรื่องเกี่ยวกับครอบครัวก็ยังไม่ให้ความหมายที่แตกต่างกันไปตามความเข้าใจของแต่ละคน

ภัสสร ลิมานนท์ และคนอื่น ๆ กล่าวว่าครอบครัวหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน (อาจอาศัยอยู่ประจำหรืออาศัยอยู่ชั่วคราว) ภายในบ้านและกลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต เช่น พ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย หรือโดยการสมรส เช่น สามี ภรรยา ลูกเขย สะใภ้ (ภัสสร ลิมานนท์ และคนอื่น ๆ 2538, น.10)

ภิญโญ ทองดี (2552) อธิบายว่าครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่สองคนที่มาแต่งงานกัน หรือมีความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยา อาศัยอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน อาจจะมีหรือไม่มีการสืบสายโลหิตหรืออาจจะเลี้ยงดูผู้อื่นโดยการรับมาอุปการะ อีกทั้งยังอาจมีญาติพี่น้องหรือผู้อื่นมาอาศัยอยู่ด้วยในสถานที่เดียวกัน

จิราพร ชมพิกุล และคณะ (2552) ได้ให้ความหมายของครอบครัวว่า หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์ผูกพันกัน ทางสายโลหิตหรือกฎหมาย โดยสมาชิกแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น บิดามารดา สามีภรรยา บุตร และปู่ย่าตายาย เป็นต้น

ครอบครัว (ราชบัณฑิตยสถาน 2554, น.142) หมายถึง สถาบันทางสังคมขั้นมูลฐานที่ประกอบด้วยชายหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอยู่ร่วมกันกับหญิงหนึ่งหรือมากกว่า โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมอนุมัติพร้อมด้วยสิทธิและหน้าที่ที่สังคมยอมรับ

ครอบครัว คือหน่วยทางสังคมหน่วยหนึ่งหรือเป็นกลุ่มบุคคลที่มีฐานะภาพ (Statuses) เป็นตัวกำหนดความสัมพันธ์ บุคคลกลุ่มนี้ผูกพันกัน โดยบทบาทและหน้าที่ต่อกัน คาดหวังต่อกัน บุคคลอื่นจะสัมพันธ์กับบุคคลกลุ่มนี้ก็โดยกำหนดฐานะภาพและบทบาทของตนเสียก่อน ในครอบครัวหนึ่งๆ อย่างน้อยที่สุดครอบครัวจะต้องประกอบด้วยคู่สมรส (คู่ฟัวตัวเมีย) หนึ่งคู่ และลูกๆ ซึ่งอาจจะเป็นเพศหญิงหรือเพศชายหรือเพียงเพศใดเพศหนึ่ง บางครอบครัวที่ไม่มีลูกนั้นถือว่าเป็นช้อยกเว้น ไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดา (นิยพรรณ วรรณศิริ 2550, น.169)

ครอบครัวคือกลุ่มทางสังคมซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัวคือ สมาชิกอยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ทางเพศและทางเศรษฐกิจเป็นหลัก มีลักษณะของการร่วมมือกันเสมอในครอบครัวจะต้องมีผู้ใหญ่ 2 เพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันและเป็นที่ยอมรับกันในสังคม มีลูกหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งคนไม่ว่าจะเป็นลูกแท้หรือบุตรบุญธรรมก็ตาม (ศิริรัตน์ แอดสกุล 2553, น.44)

ครอบครัว (family) หมายถึงกลุ่มคนที่มีพื้นฐานมาจากการเป็นเครือญาติกันเป็นหน่วยของความร่วมมือ เพื่อทำสิ่งต่างๆ เพื่อความอยู่รอดร่วมกัน กลุ่มคนดังกล่าว จะใช้ชีวิตประจำวันร่วมกัน คือ กินอยู่หลับนอนด้วยกัน (งามพิศ สัตย์สงวน 2552, น.15)

แม้คำว่าครอบครัว จะเป็นคำที่เราใช้กันอยู่ และมีความหมายที่เราเข้าใจกัน โดยทั่วไปว่าหมายถึง บิดามารดา หรือสามีภรรยา บุตร พี่น้อง ฯลฯ แต่เมื่อพิจารณานิยามของ ครอบครัวจากแง่วิชาการต่างๆ ความหมายของครอบครัวก็ต่างกันออกไป

ด้านชีววิทยา หมายถึง กลุ่มคนที่เกี่ยวพันกันทางสายโลหิต

ด้านกฎหมาย ชายหญิงที่จดทะเบียนสมรสกัน มีบุตร คนเหล่านี้เป็น ครอบครัวเดียวกันตามกฎหมาย บิดามารดาและบุตรมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติต่อกันตามกฎหมาย บุตร มีสิทธิได้รับมรดกจากบิดามารดา ถ้าไม่มีบุตรผู้สืบสายโลหิตขึ้นไปหรือลงมาโดยตรงหรือที่จดทะเบียนเป็นบุตรบุญธรรม ก็นับว่าเป็นครอบครัวเดียวกันตามกฎหมาย

ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวคือคนที่ใช้จ่ายร่วมกัน จากเงินงบเดียวกัน ที่ทำการ สมรสแล้วแยกบ้านไปอยู่ต่างหาก แต่มีพันธะทางศีลธรรมที่จะเลี้ยงน่อง ก็ต้องส่งเสียให้เงินน่อง เล่าเรียน เช่นนี้นับว่าใช้จ่ายจากงบเดียวกันและเป็นครอบครัวเดียวกัน

ด้านสังคม ครอบครัวคือกลุ่มคนที่รวมกันอยู่ในบ้านเดียวกัน อาจเกี่ยว หรือไม่เกี่ยวพันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย แต่มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้ความรักและความเข้าใจ ต่อกันมีความปรารถนาดีต่อกัน เช่น ลูกของลูกจ้างอยู่ในบ้านเดียวกัน เจ้าของบ้านเลี้ยงดูให้ความเอาใจใส่ ให้ความรัก ก็นับว่าเด็กนั้นเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในแง่สังคม ความสัมพันธ์นั้นอาจจะ แน่นแฟ้นมั่นคงหรือไม่ กระชับสั้นคลอนหรือร้าวราน แต่ยังไม่ถึงแตกแยกก็ยังนับเป็นครอบครัวอยู่ (สมาคมทศเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย 2554, น.86-87)

3.1.2 ความสำคัญของครอบครัว มีอยู่ 2 ส่วนคือ ความสำคัญที่มีต่อบุคคลและความสำคัญที่มีต่อสังคม

1) **ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อบุคคล** มี 3 ประการ ดังนี้

(1) **ความสำคัญด้านชีวภาพ** มนุษย์ในฐานะเป็นสิ่งมีชีวิตมีลักษณะที่แตกต่างกับสิ่งมีชีวิตอื่น คือ มนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยลำพังได้โดยไม่ติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น มนุษย์จำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูจากผู้อื่นจึงจะสามารถมีชีวิตรอด

(2) **ความสำคัญด้านสังคมและวัฒนธรรม** เนื่องจากบุคคลไม่ได้ดำรงอยู่ แต่เฉพาะในครอบครัวของตนเท่านั้น แต่ยังดำรงอยู่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น ความรู้และทักษะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตในสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ ความรู้และทักษะเหล่านี้บุคคลย่อมได้รับจากครอบครัว ในแต่ละช่วงชีวิต บุคคลสามารถเรียนรู้และได้รับการถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้จากครอบครัว จากความสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ในทางสังคม บุคคลสามารถเรียนรู้แบบแผนความสัมพันธ์ในสังคม และทางวัฒนธรรม บุคคลได้เรียนรู้วิถีชีวิตการดำเนินชีวิตในสังคมนั้น

(3) *ความสำคัญด้านบุคลิกภาพ* บุคลิกภาพส่วนหนึ่งของบุคคลได้รับการหล่อหลอมมาจากครอบครัวผ่านช่วงวัยต่างๆ มาเป็นลำดับ

2) *ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสังคม* มี 3 ประการดังนี้

(1) *ความสำคัญต่อชุมชน* ครอบครัวแต่ละครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันในชุมชนนั้นๆ ย่อมมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการติดต่อระหว่างกัน ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในเรื่องต่างๆ ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนในสังคมชนบท

(2) *ความสำคัญต่อสังคม* ครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความอยู่รอดของสังคมทั้งนี้เนื่องจากถือว่าสังคมย่อมนประกอบไปด้วยสถาบันสังคมต่างๆ จำนวนหนึ่งที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของสังคม เช่น สถาบันการเมืองการปกครอง สถาบันศาสนา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษา รวมทั้งสถาบันครอบครัว สถาบันเหล่านี้ล้วนมีบทบาทหน้าที่สำคัญต่อความอยู่รอดของสังคมทั้งสิ้น หากสถาบันใดสถาบันหนึ่งไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ก็ย่อมมีผลกระทบต่อความอยู่รอดของสังคมสังคม

(3) *ความสำคัญต่อประเทศ* ครอบครัวมีความสำคัญต่อประเทศในด้านความมั่นคงและในด้านการเมืองการปกครอง

3.2 โครงสร้างของครอบครัว

ครอบครัวสามารถแบ่งออกตามโครงสร้างได้ 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

3.2.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยชายและหญิงอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยสังคมอนุญาตให้มีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันได้ และอาจมีลูกที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันหรือจากการรับมาเลี้ยงได้ ดังนั้นครอบครัวแบบนี้จะประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกนั่นเอง (Leslie and Korman 1989, pp.11)

ครอบครัวเดี่ยวเป็นหน่วยพื้นฐานที่สุดทางสังคม เป็นหน่วยย่อยที่สุด เล็กที่สุด มีสมาชิกน้อยที่สุด เป็นรากฐานของหน่วยทางสังคมขนาดใหญ่ขึ้นไปทั้งในด้านของจำนวนประชากรและทางด้านเศรษฐกิจ และการสืบทอดวัฒนธรรม

ครอบครัวเดี่ยวประกอบด้วย ชายและหญิง ที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกัน โดยทางสังคมยอมรับและบุตรที่ยังไม่แต่งงาน หรืออาจเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้ ครอบครัวเดี่ยวมีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทางเศรษฐกิจและการศึกษาอบรมสมาชิกรุ่นหลังๆ ที่จะดำรงและจรรโลงสังคมส่วนรวมของมนุษยชาติสืบต่อไป

ครอบครัวเดี่ยวมีลักษณะเป็นสากล (Universal) และเป็นรากฐานของกลุ่มทางสังคมของทุกๆ สังคม ทั้งในด้านโครงสร้างหน้าที่ Lowie (1920) กล่าวว่า ไม่ว่าจะเป็สังคมนิ

ส่วนใดของโลกก็ตาม และไม่ว่าครอบครัวเดียวจะมีเงื่อนไขใดๆ ก็ตาม เช่น เป็นครอบครัวเดี่ยวที่แท้จริงหรือไม่แท้จริง ครอบครัวเดียวก็จะประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกๆ ที่ยังไม่ได้แต่งงานเท่านั้น

หน้าที่ของครอบครัวเดี่ยวที่ทุกๆ สังคมกำหนดและคาดหวังมี 4 ประการ ได้แก่

1) **หน้าที่ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual Relationship)** เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่ในครอบครัวสองคน คือ พ่อและแม่ หน้าที่ทางเพศจะตอบสนองทางกายภาพ คือการบรรเทาความต้องการทางเพศ (Sexual Release) ในกรณีทางเพศนั้น ครอบครัวเดี่ยวก่อให้เกิดวัฒนธรรมหลายๆ ด้าน เช่น การควบคุมการแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ไม่ให้มากเกินไป จนเกิดอันตรายต่อสังคม เช่น การสมสู่สำส่อนจนเกิดการหึงหวงและทำลายล้างกัน การควบคุมไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับคนที่มิใช่สายเลือดเดียวกัน ซึ่งจะเป็นการทำลายเผ่าพันธุ์ของมนุษยชาติคือการทำลายยีนส์ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชายและหญิงเป็นการผูกชายและหญิงมาเป็นครอบครัว การผูกสัมพันธ์ไมตรีของคนหน่วยย่อยให้เป็นคนหน่วยใหญ่ ความสัมพันธ์ทางเพศก่อให้เกิดสมาชิกรุ่นใหม่ (ลูกๆ) ในสังคม สังคมก็จะใหญ่ขึ้น

2) **หน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ (Reproduction)** หน้าที่นี้เป็นหน้าที่ผลิตมนุษย์รุ่นใหม่ให้แก่สังคม เป็นการเพิ่มสมาชิกใหม่ที่สมาชิกที่ตายไป

3) **หน้าที่ทางเศรษฐกิจ (Economic)** หน้าที่ทางเศรษฐกิจของครอบครัวเดี่ยว จะรวมสมาชิกเข้าด้วยกันในทุกๆ ด้านของความสัมพันธ์ พ่อหาเลี้ยงครอบครัว แม่ทำงานบ้าน การแบ่งแยกแรงงานตามอายุและเพศจึงเกิดขึ้น ลูกชายที่โตขึ้นก็ช่วยงานหนักจากพ่อ ลูกสาวช่วยงานบ้าน ช่วยกันหากิน (Production) ช่วยกันประหยัดอดออม (Consumption) เป็นการร่วมมือกันทางเศรษฐกิจในสังคมหน่วยพื้นฐานสุด

4) **หน้าที่ทางการศึกษา (Socialization or Enculturation)** ได้ผูกพันครอบครัวเดี่ยวเข้าด้วยกัน ทุกๆ คนมีส่วนในการอบรมสมาชิกใหม่พอๆ กัน

3.2.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกอย่างน้อยสามรุ่นอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย บิดามารดา และลูก บางครอบครัวอาจมีสมาชิกอื่นอาศัยด้วย เช่น ลุงป้า น้า อา เป็นต้น เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและเครือญาติอาศัยอยู่ร่วมกัน (Leslie 1989, pp.32)

ครอบครัวขยาย (The Extended Family) คือ ครอบครัวซึ่งมีสมาชิก 3 รุ่น (3 Generations) อยู่ร่วมกัน (Selby, pp.23) คือ รุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย รุ่นคู่ของ Ego เอง และรุ่นลูกๆ ของ Ego ส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวที่ประกอบขึ้นด้วยครอบครัวเดี่ยว (พ่อ แม่ ลูก) หลากๆ ครอบครัว

มาอยู่ร่วมกัน อาจจะเป็นการอยู่ร่วมกันภายในหลังคาเดียวกัน หรือคนละบ้านแต่อยู่ภายในบริเวณเดียวกันก็ได้ ลักษณะสำคัญที่สุดคือ ต้องมีเศรษฐกิจร่วมกัน ช่วยกันผลิต ช่วยกันบริโภค นอกจากทางเศรษฐกิจแล้ววงญาติที่อยู่ร่วมกันต่างก็ต้องรับผิดชอบความปลอดภัยความอยู่รอดและสังคมร่วมกัน

Anderson (1974, pp.290) จึงเรียกครอบครัวขยาย ว่า ครอบครัวร่วมมือ (Corporate Family) ด้วยอีกชื่อหนึ่ง

ลักษณะของการร่วมมือทางเศรษฐกิจซึ่งเกี่ยวพันกับที่อยู่อาศัยของครอบครัวขยาย มีดังนี้

1) สมาชิกอยู่ร่วมกันในบริเวณเดียวกันหรือต่อเนื่องกันและมีเศรษฐกิจร่วมกัน

2) สมาชิกแต่ละแห่งแต่มีการร่วมมือทางเศรษฐกิจและติดต่อไปมาหาสู่กันเสมอๆ ไม่ขาด

3) อยู่แห่งเดียวกัน บริเวณเดียวกัน แต่ต่างคนต่างทำมาหากิน แต่ยังคงพึ่งพาศึกเห็นียวกันในเรื่องความปลอดภัยและความมั่นคงของครอบครัว

องค์ประกอบของครอบครัวขยาย

ครอบครัวขยายอาจมีขนาดเล็กหรือใหญ่ก็ได้ ขนาดทั่วไป อาจมีญาติใกล้ชิด ได้แก่ สามี-ภรรยา ลูกๆ ที่แต่งงานแล้ว ลูกๆ ที่ยังโสดอยู่ พ่อแม่ของทั้งคู่สามีและภรรยา พี่ๆ น้องๆ ของทั้งสามีและภรรยาที่แต่งงานแล้วมีลูกแล้วและที่ยังโสดอยู่ ญาติพี่น้องของฝ่ายชาย สะใภ้ ของญาติเกี่ยวดอง แม้กระทั่งภรรยานอกกฎหมายและลูกๆ เป็นต้น ครอบครัวขยายอาจจะมีสมาชิกในครอบครัวประมาณถึง 30-40 คน แต่ครอบครัวขยายขนาดเล็กที่สุดอาจมีสมาชิกเพียง พ่อ แม่ และลูก (1 คน) ที่แต่งงานแล้วก็ได้

3.3 สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเครือญาติ หรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ร่วมกัน มีการสนทนาพูดคุย ปกปักรักษาหรือกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจาและใจ และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นสัมพันธภาพทั้งที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ แบ่งได้เป็น 4 ประเภท

ครอบครัวแบบสุดขั้ว หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและความร่วมมือกันมีน้อย การปรับตัวไม่ดี

ครอบครัวระดับกลางก่อนไปทางสุดขั้ว หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันน้อย ความร่วมมือ และการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

ครอบครัวระดับกลางก่อนไปทางสมดุล หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันปานกลาง ความร่วมมือ และการปรับตัวอยู่ในระดับดี

ครอบครัวแบบสมดุล หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันกันมาก มีความร่วมมือและมีการปรับตัวอยู่ในระดับดี

3.3.1 สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว มีองค์ประกอบสำคัญ คือ

1) การปฏิบัติตามบทบาทและพันธกิจของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทและพันธกิจหลายอย่างในเวลาเดียวกัน ถ้าสมาชิกแต่ละคนสามารถปฏิบัติพันธกิจตามบทบาทต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมก็จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ราบรื่นและต่างมีความสุข และครอบครัวก็มีความสุข เช่น สามีมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวมีพันธกิจในการทำมาหากินเลี้ยงครอบครัว ในขณะที่เดียวกันก็มีบทบาทในฐานะพ่อที่ดีต่อบุตร คือ ต้องช่วยภรรยาเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอนบุตร และหากสามียังมีบิดามารดาของตนเอง รวมทั้งพี่น้องและเครือญาติ ผู้ที่เป็นสามีก็ต้องแสดงบทบาทและพันธกิจต่างๆ อย่างสอดคล้องกับบทบาทนั้นๆ ถ้าสามารถปฏิบัติได้เรียบร้อยและบรรลุเป้าหมาย ก็จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและเกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างเครือญาติ

2) การใช้หลักมนุษยสัมพันธ์ นักจิตวิทยามนุษยนิยม กล่าวว่า คนมีความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นจริงๆ 2 อย่าง คือ

(1) ความต้องการของร่างกาย ได้แก่ การกิน การพักผ่อน การขับถ่าย และความต้องการตอบสนองทางเพศ

(2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงในชีวิต ความรู้สึกว่ามีพวกพ้อง มีเพื่อน และมีหลักประกันอนาคต

การมีมนุษยสัมพันธ์ในครอบครัวมีเป้าหมายสำคัญ คือ เพื่อให้เกิดความสุข ความรักความอบอุ่น ซึ่งความสุขของแต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน

3) การสื่อสารที่ดีภายในครอบครัว

การสื่อสาร คือ กระบวนการร่วมรับรู้ข่าวสาร ความคิดเห็น ค่านิยม ตลอดจนอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น เป็นวิถีทางที่จะได้รู้จักตนเองและผู้อื่นดียิ่งขึ้น

ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดี จะสามารถทำหน้าที่ได้ดี เป็นเพราะการสื่อสารที่ดีจะทำให้สมาชิกเข้าใจซึ่งกันและกัน ยอมรับความคิดเห็น เหตุผลที่แตกต่างกัน ปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้เหมาะสม ทำให้มีความราบรื่นในการดำเนินชีวิตครอบครัว

ครอบครัวมีการสื่อสารที่ไม่ดี เกิดความไม่เข้าใจกัน มีความหวาดระแวง ไม่ไว้ใจกัน ไม่สามารถปรับพฤติกรรมเข้าหากันได้ เพราะสมาชิกไม่สามารถบอกให้อีกฝ่ายหนึ่ง รู้ถึงความรู้สึกความคิดเห็นของตัวเองได้ ในที่สุดจะเป็นที่มาของความแตกแยก

ปัจจัยที่เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวมีทั้งปัจจัยภายในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกครอบครัวใช้เวลาแก่กัน การสื่อสารที่ดี การทำกิจกรรมร่วมกัน และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม และปัจจัยภายนอกครอบครัว ได้แก่ กลุ่มที่อยู่ใกล้เคียงครอบครัวและกลุ่มสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ

3.3.2 สัมพันธภาพในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

รากฐานที่สำคัญที่สุดของครอบครัว คือ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวทั้งในเรื่องความรัก ความผูกพัน และความอบอุ่นที่มีให้กัน เมื่อเกิดเรื่องเดือดร้อนหรือเรื่องทุกข์ใจแก่สมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่ง สมาชิกคนอื่นๆ ก็จะมีอารมณ์ความรู้สึกเดือดร้อนหรือทุกข์ใจไปด้วย ดังนั้น ถ้าหากสมาชิกครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ย่อมก่อให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างสมาชิกครอบครัว และสมาชิกครอบครัวจะร่วมในการแก้ปัญหาให้กันและกัน สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวในอดีตจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกครอบครัวจะเกิดขึ้นได้ ต้องประกอบด้วยปัจจัยดังนี้ (พูลสุข เชาววิฐาน 2558 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2553, 2547)

- 1) ความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความอบอุ่น ความมั่นคง และความปลอดภัยแก่สมาชิกครอบครัว
- 2) การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด และข่าวสารระหว่างสมาชิกครอบครัว เป็นต้น
- 3) ความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัว เช่น การเอาใจใส่ดูแลบุตรของบิดามารดา และการที่บุตรดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น
- 4) การยอมรับบทบาทและหน้าที่ตามความเหมาะสมของสมาชิกครอบครัว
- 5) การให้ความช่วยเหลือต่อกันระหว่างสมาชิกครอบครัว

3.4 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว

บทบาทของครอบครัว (Role of family) หากสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจ และสามารถทำบทบาทหน้าที่ของทุกคนได้ ครอบครัวก็จะมีความสุข บทบาทการทำหน้าที่ครอบครัวที่สำคัญมี 6 ด้าน คือ

3.4.1 บทบาทหน้าที่การแก้ปัญหาของครอบครัว

3.4.2 บทบาทการทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว

3.4.3 การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัว

3.4.4 สร้างครอบครัวที่มีสายใยรักและความผูกพันทางอารมณ์

3.4.5 ครอบครัว เป็นที่พึ่งทางใจและความผูกพันในครอบครัว

3.4.6 มีการสื่อสาร สื่อภาษานำพาความสุขใจ

James A. Inciardi and Robert A. Rothman (1990: pp.327-330) ได้อธิบายหน้าที่ของครอบครัวว่า ครอบครัวในสังคมทั่วไปมีหลายหน้าที่ซึ่งมีหน้าที่ต่อปัจเจกบุคคลและสังคม หน้าที่ที่เห็นชัดเจนที่สุด คือ การให้สมาชิกใหม่ บำบัดความต้องการทางเพศ ให้การอบรมสั่งสอนเด็กให้รู้จักระเบียบกฎเกณฑ์ของสังคม สนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ ให้สถานภาพและการควบคุมอารมณ์ หน้าที่ของครอบครัวเหล่านี้สามารถใช้อธิบายได้อย่างหลากหลายในวัฒนธรรมต่างๆ

Friedman (1986, อ้างอิงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) กล่าวว่าครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว 6 ประการ คือ

- 1) หน้าที่ในด้านความรักและเอาใจใส่
- 2) หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสมาชิก
- 3) หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่
- 4) หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว
- 5) หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ
- 6) หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุนั้น หน้าที่ที่สำคัญของครอบครัว คือ หน้าที่ในการให้ความรักและเอาใจใส่ โดยครอบครัวอยู่ร่วมกันได้มีพื้นฐานของความรักและความผูกพัน ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งได้รับความทุกข์ ประสบความเดือดร้อน สมาชิกคนอื่นจะรู้สึกได้รับผลกระทบรู้สึกทุกข์และเดือดร้อนร่วมด้วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) นอกจากนี้หน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและการจัดหาสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิกก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ

3.5 การดูแลผู้สูงอายุกับแนวคิดจากทฤษฎีครอบครัว

3.5.1 หน้าที่ในการดูแลครอบครัว เป็นแนวคิดสำคัญจากทฤษฎีหน้าที่เชิงโครงสร้าง เนื่องด้วยระบบทุกต้องมีหน้าที่ของตนเองและครอบครัวเป็นระบบพื้นฐานที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดของระบบสังคม ดังนั้นครอบครัวจึงต้องมีหน้าที่ของตนเองเช่นกัน โดยเฉพาะหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัวตั้งแต่เกิดเพื่อให้เติบโตเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สามารถจัดการดำรงชีวิตอยู่

ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพตลอดช่วงชีวิต จนถึงวาระสุดท้าย เนื่องด้วยแนวคิดทฤษฎีหน้าที่เชิงโครงสร้างของครอบครัวมีรากฐานที่สำคัญมาจากทฤษฎีหน้าที่ ที่ว่าการทำหน้าที่ของสังคมช่วยให้สังคมสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างเหมาะสมเช่นเดียวกันกับการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในระบบร่างกายของมนุษย์ที่ต้องทำหน้าที่ให้สอดคล้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว นับเป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวที่ต้องรับบทบาทในการให้ การบริการ การดูแลและการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ (Kingbury & Scanzoni ; พูลสุข เวชวิฐาน, 2557)

3.5.2 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นหน้าที่ตามบทบาท ครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแล การช่วยเหลือ การสนับสนุนสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งนี้ สมาชิกครอบครัวแต่ละคน ต้องทำหน้าที่ของตนให้สอดคล้องกับบทบาทและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งบทบาทในลักษณะของการดูแล การช่วยเหลือ การสนับสนุน ตลอดจนการจัดการเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น ผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ เป็นบทบาทของสมาชิกครอบครัวเพศหญิง ได้แก่ ลูกสาว หลานสาว ภรรยา หรือญาติสนิทเพศหญิงเป็นต้น ด้วยเหตุผลว่าเพศหญิงจะมีลักษณะทางกายภาพและจิตใจที่อ่อนโยนดังนั้น สมาชิกครอบครัวเพศหญิงจึงมีหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลครอบครัวเป็นสำคัญ โดยเฉพาะ การดูแลเด็ก ผู้ป่วย และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตามสมาชิกเพศชาย ก็มีหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน แต่ส่วนใหญ่รับบทบาทการดูแลในฐานะผู้สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุต่างกันตามคุณลักษณะของ เพศ วัย ฐานะทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรู้ประสบการณ์และการศึกษา (Kingbury & Scanzoni; อ้างอิงใน พูลสุข เวชวิฐาน, 2558)

การที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนทำหน้าที่ของตนได้ดีที่สุด สอดคล้องกับบทบาท ตลอดจนสอดคล้องกับสภาวะการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สมาชิกในครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวให้อยู่ในสภาวะสมดุลกับการเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวแต่ละคนทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวภายใต้บทบาทที่แตกต่างกันได้ประสบความสำเร็จ นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีคุณค่าและบรรลุเป้าหมายร่วมกัน เพื่อความสุขของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครอบครัว

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นแนวความคิดที่นักสังคมสงเคราะห์ นิยมใช้ประกอบการปฏิบัติงาน นับตั้งแต่ยุคทศวรรษที่ (1980 Specht, 1988, pp.169) คำว่าการสนับสนุนทางสังคมบางท่านก็นิยมใช้คำว่า การเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งก็หมายถึง Social Support เช่นเดียวกัน

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ลิน (Lin 1986 as quoted in Streeter and Flank 1992, pp.81) ได้อธิบายว่า ปัจจัยบุคคลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสถานะแวดล้อมทางสังคมได้ 3 ระดับ คือ

- 1) *ระดับชุมชน* โดยผ่านกลไกบูรณาการทางสังคม
- 2) *ระดับเครือข่ายทางสังคม* โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการแลกเปลี่ยนทางสังคม
- 3) *ระดับสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด* โดยการที่บุคคลมีความใกล้ชิดสนิทสนม การแสวงหาคำแนะนำและการชี้แนะเกี่ยวกับชีวิตความเป็นส่วนตัวของเขา

แคพเพลน (Caplan, 1976, pp.39-42) ได้ให้คำจำกัดความแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

ฟิลิชุก (Pilisuk, 1982, pp.20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

4.2.1 *กลุ่มปฐมภูมิ* เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน

4.2.2 **กลุ่มทฤษฎี** เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

4.3 **องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม** (Pilisuk, 1982, pp.20) ประกอบด้วย

4.3.1 **ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน**

4.3.2 **ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย**

- 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีคุณค่าเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง
- 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
- 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

4.3.3 **ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม** อาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

4.4 **ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม**

จาคอบสัน (Jacobson, 1986, pp.252) จำแนกการสนับสนุนเป็น 3 ประเภท ดังนี้

- 1) **การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support)** เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสุขสบายใจ เชื่อว่าได้รับการยกย่อง เคารพนับถือและความรัก รวมทั้งได้รับการเอาใจใส่และให้ความมั่นใจ
- 2) **การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (cognitive support)** หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจสิ่งต่างๆ จนสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการปรับตนต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้
- 3) **การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (materials support)** หมายถึง การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาคือ

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม (House อ้างใน Babara A. Israel, 1985 , p.66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ

- 1) **Emotional Support** คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย

2) *Appraisal Support* คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องหรือให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

3) *Information Support* คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ

4) *Instrumental Support* คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

4.5 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (Gottlieb, 1985, pp.5-12) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

4.5.1 ระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

4.5.2 ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

4.5.3 ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิงปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกันและกันมีความรู้สึกเป็นส่วนร่วมในสังคมเดียวกันมีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น ให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การให้ความช่วยเหลือโดยมาเป็นแรงงาน ให้เวลา ให้ความคิด ให้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

5. แนวคิดเกี่ยวกับจังหวัดสุพรรณบุรี

5.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับจังหวัดสุพรรณบุรี

5.1.1 สภาพทั่วไปของจังหวัดสุพรรณบุรี สุพรรณบุรีตั้งอยู่ในภาคกลางด้านตะวันตกของประเทศไทย มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้ ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดชัยนาท และอุตรธานี ทิศใต้ ติดต่อกับจังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสิงห์บุรี อ่างทอง และนครศรีอยุธยา ทิศตะวันตกติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรี และอุทัยธานี

จังหวัดสุพรรณบุรี มีลักษณะพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่มมีบางพื้นที่เป็นพื้นที่ราบสูง พื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัดสุพรรณบุรี ใช้ทำนาข้าว มีแม่น้ำลำคลอง หนอง บึงอยู่ทั่วไป แม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่าน ได้แก่ แม่น้ำท่าจีนหรือแม่น้ำสุพรรณบุรี ในฤดูที่น้ำหลากน้ำจะท่วมขังในอำเภอเมืองอำเภอสองพี่น้อง และอำเภอบางปลาม้า พื้นที่ทางตอนเหนือและตะวันตกของจังหวัดมีสภาพเป็นภูเขาและที่ราบสูง โดยเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอด่านช้าง อำเภอเดิมบางนางบวช รวมทั้งในบางพื้นที่ของอำเภอดอนเจดีย์ และอำเภอหนองหญ้าไซ (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปี 2559, น.10)

5.1.2 ทรัพยากรธรรมชาติ สภาพของดินในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี เหมาะสมกับการปลูกพืชไร่ ปลูกผลไม้ต่างๆ จำแนกลักษณะของดินออกเป็นกลุ่มต่างๆ ตามความเหมาะสมและการใช้ประโยชน์ เป็น 3 กลุ่ม (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรีประจำปี2559, น.10-11)

กลุ่มดินที่เหมาะสมกับการปลูกข้าว พบอยู่บริเวณที่ราบลุ่มสองฝั่งแม่น้ำและบริเวณตอนกลางของจังหวัดครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของอำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอสามชุก อำเภอหนองหญ้าไซ อำเภอดอนเจดีย์ อำเภออู่ทอง และอำเภอเมืองสุพรรณบุรีเป็นกลุ่มดินที่เหมาะสมต่อการปลูกข้าวมากที่สุด รองมาได้แก่ พืชสวน ไม้ผลและผัก

กลุ่มดินที่เหมาะสมกับการปลูกพืชไร่ จะอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงเหนือของจังหวัด ได้แก่ ในเขตด่านช้าง และทิศตะวันตกของจังหวัด ได้แก่ ในเขตบางส่วนของอำเภออู่ทอง และอำเภอสองพี่น้อง กลุ่มดินนี้เป็นดินที่ราบอยู่ระหว่างที่ราบเชิงเขากับพื้นที่ราบลุ่มเหมาะสมสำหรับปลูกพืชไร่ เช่น อ้อย สับปะรด และมันสำปะหลัง

กลุ่มดินที่เป็นปัญหาต่อการพัฒนาการเกษตร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1. กลุ่มดินที่เป็นกรด ส่วนใหญ่จะอยู่ที่อำเภอสองพี่น้องและอำเภอบางปลาม้า มีสภาพเป็นที่ลุ่มน้ำท่วมถึง มีศักยภาพในการปลูกข้าว เป็นแหล่งเพาะเลี้ยงปลาน้ำจืดและกุ้ง 2. กลุ่มดินดิน อยุ่บริเวณที่ราบเชิงเขา ซึ่งเป็นที่สูงไม่เหมาะสมกับการเพาะปลูก ส่วนใหญ่อยู่ทางทิศตะวันตกของตำบลวังคัน ตำบลองค์พระ ในเขตอำเภอด่านช้าง 3. กลุ่มดินภูเขา จะอยู่บริเวณเนินเขาสูงทางด้านทิศตะวันตก

ของจังหวัด ไม่เหมาะสมเป็นพื้นที่การเกษตร อยู่ในเขตอำเภอด่านช้าง ได้แก่ ตำบลวังคัน ตำบลองค์พระ และตำบลห้วยขมิ้น

โดยรวมดินในจังหวัดสุพรรณบุรี เป็นดินที่มีความเหมาะสมสำหรับการเพาะปลูกในระดับสูง

5.1.3 การเมืองการปกครอง สุพรรณบุรีมีการบริหารราชการ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การบริหารราชการส่วนภูมิภาค แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอสองพี่น้อง อำเภอสามชุก อำเภอด่านช้าง อำเภอดอนเจดีย์ อำเภอหนองหญ้าไซ อำเภอศรีประจันต์ อำเภออู่ทอง อำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอบางปลาม้า แบ่งออกเป็น 41 เทศบาล 81 อบต. 110 ตำบล 1,008 หมู่บ้าน 28 ชุมชน 2) การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น แบ่งเขตการปกครอง ออกเป็นดังนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 43 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 81 แห่ง (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรีประจำปี 2559, น.15)

5.2 สถานภาพทางสังคมของจังหวัดสุพรรณบุรี

5.2.1 สถานศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี มีระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา รวมทั้ง 13 แห่ง

5.2.2 ด้านศาสนา ประชากรในจังหวัดสุพรรณบุรี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 842,991 คน นับถือศาสนาคริสต์ จำนวน 6,181 คน นับถือศาสนาอิสลามจำนวน 391 คน และศาสนาอื่นๆ จำนวน 136 คน

5.3 สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดสุพรรณบุรี

จากรายงานเศรษฐกิจการคลังของจังหวัดสุพรรณบุรีปี 2556 โครงสร้างเศรษฐกิจพิจารณาจากผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) ขึ้นอยู่กับการเกษตร (สาขาเกษตรกรรม) ภาคการขายส่ง ขายปลีกและภาคอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด ณ ราคาประจำปี ในพ.ศ.2556 เท่ากับ 81,072 ล้านบาท เทียบกับปีที่แล้วมีมูลค่า เท่ากับ 81,508 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 436 ล้านบาท ขยายตัวร้อยละ 0.53 ผลิตภัณฑ์มวลรวมของจังหวัดเฉลี่ยต่อหัว ณ ราคาประจำปี ในพ.ศ.2556 มีรายได้ต่อคนต่อปีเท่ากับ 94,932 บาท ลดลงจากที่มีรายได้ต่อคนต่อปีเท่ากับ 95,756 บาท ในปีที่แล้ว จำนวน 824 บาท คิดเป็นร้อยละ 0.86 (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรีประจำปี 2559, น.25)

5.3.1 การเกษตรกรรม ประชากรประมาณร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สภาพพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีโดยทั่วไปมีลักษณะเป็นที่ราบลุ่มประมาณร้อยละ 65 เป็นพื้นที่การเกษตรรูปแบบต่างๆ ดังนี้ ทำนาข้าว พืชไร่ ไม้ผล ไม้ยืนต้น ไม้ดอกไม้ประดับ และพืชผัก เป็นต้น ซึ่งพืชเศรษฐกิจ 5 อันดับแรกที่สำคัญได้แก่ ข้าวนาปี/ข้าวนาปรัง อ้อยโรงงาน มะม่วง แห้ว และ

มันสำปะหลัง จังหวัดสุพรรณบุรีมีครัวเรือนเกษตรกรรมทั้งสิ้น 71,183 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 24.72 โดยอำเภอสองพี่น้องมีครัวเรือนเกษตรกรรมมากที่สุด 9,1732 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 3.18 และอำเภอดอนเจดีย์มีครัวเรือนน้อยที่สุด 4,744 ครัวเรือนคิดเป็นร้อยละ 1.65 (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรีประจำปี 2559, น.28)

5.3.2 การปลุกสัตว์ จังหวัดสุพรรณบุรีมีการประกอบอาชีพเลี้ยงสัตว์ และทำปศุสัตว์ เป็นการทำให้ขายในเชิงธุรกิจ และเลี้ยงไว้เพื่อใช้งาน หรือเลี้ยงเพื่อนำผลผลิตที่ได้จากสัตว์ไปจำหน่ายเพื่อเป็นรายได้ของครอบครัว สัตว์เศรษฐกิจ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1. ไก่ 2. ไข่เป็ด 3. สุกร-ขุน 4. ไข่ไก่ 5. โคนเนื้อ (บรรยายสรุปจังหวัดสุพรรณบุรีประจำปี 2559, น.32)

5.3.3 การประมง การเลี้ยงสัตว์น้ำในจังหวัดสุพรรณบุรีมีลักษณะเชิงธุรกิจ และเพื่อการบริโภค และเป็นรายได้เสริมของครอบครัว สัตว์น้ำเศรษฐกิจ 5 อันดับ ได้แก่ 1. กุ้งขาวแวนนาไม กุ้งขาว+กุ้งก้ามกราม 2. ปลานิล 3. กุ้งก้ามกราม 4. ปลาชุก 5. ปลาทับทิม

5.4 ผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี

5.4.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรีได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) แล้ว โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนผู้สูงอายুর้อยละ 14.68 และเพิ่มเป็นร้อยละ 16.68 ในปีพ.ศ. 2558 และมีบางอำเภอที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีผู้สูงอายুর้อยละ 20 ได้แก่ อำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอสามชุก และอำเภอบางปลาม้าก็ใกล้ที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายুর้อยละ 19.8 (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559)

5.4.2 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในปี 2558 มีการสำรวจเพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) และแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง พบว่ามีผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมร้อยละ 89.01 ติดบ้านร้อยละ 10 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.99 และอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุติดเตียงมากที่สุดคืออำเภอบางปลาม้าร้อยละ 1.6 รองลงมาคืออำเภอเมืองร้อยละ 14.86 อำเภอศรีประจันต์ร้อยละ 14.85 และจากการคัดกรองโรคผู้สูงอายุในปี 2558 พบผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 เจ็บป่วยและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ปวดเข่า ตาต้อกระจก ปัญหาสุขภาพเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559)

5.4.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี

1) ศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุ ปัจจุบันจังหวัดสุพรรณบุรีมีศูนย์สงเคราะห์ผู้สูงอายุอยู่ 2 แห่ง คือ 1. ศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรีมีหลายหน่วยงาน

บูรณาการการทำงานร่วมกัน เช่น ภาซาดจังหวัดสุพรรณบุรี พมจ.สุพรรณบุรี เทศบาลตำบลโลกคราม เทศบาลตำบลนคราม และโรงพยาบาลบางปลาหมอ สถานที่ตั้งของศูนย์ปรับปรุงจากอาคารของโรงเรียนวัดกลางที่ปิดดำเนินการแล้ว ศูนย์นี้มีคณะกรรมการดำเนินงานที่แต่งตั้งโดยผู้ว่าราชการจังหวัดและมีผู้อำนวยการศูนย์ทำหน้าที่ดูแลบริหารจัดการ(สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559) และ 2. ศูนย์ส่งเสริมคนชราบ้านเกาะแก้วรวมใจรักจัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2550 อยู่ในความดูแลของ อบต. หัวโพธิ์ อ.สองพี่น้อง อาคารที่พักเป็นอาคารเก่าของโรงเรียนวัดเกาะแก้วที่ถูกยุบไปแล้ว ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ อบต. มีงบประมาณจำกัดไม่พอเพียงต่อการจัดบริการ ทุกสิ้นเดือนภาซาดจังหวัดสุพรรณบุรีจะนำสิ่งของอุปโภคบริโภคไปให้ แต่ก็ยังไม่พอเพียงอยู่ดี (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559) ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์มี 2 ประเภท คือ ผู้สูงอายุยากไร้ไม่มีคนดูแล ซึ่งจะไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ผู้ยากไร้แต่ต้องการเข้าพักอาศัยในบ้านของศูนย์ ผู้สูงอายุประเภทนี้จะมีค่าใช้จ่าย

2) *ชมรมผู้สูงอายุ* สุพรรณบุรียังมีชมรมผู้สูงอายุครบทั้ง 10 อำเภอ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุนี้จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยขับเคลื่อนและจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุที่มีความพร้อมและมีพลังในการช่วยเหลือสังคม (สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี, 2559)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของเด็ก สมบัติ (2549) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนมากเป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 39 ปี นับถือศาสนาพุทธ สมรสแล้ว จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 มีอาชีพเป็นเกษตรกร มีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยภายในซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ มีระดับสัมพันธภาพในระดับที่ดี โดยเฉพาะในด้านการให้ความเคารพเชื่อฟังมีเหตุผลและการเอาใจใส่ให้ความรัก ส่วนปัจจัยภายนอกในการดูแลผู้สูงอายุนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับบริการและไม่ได้รับบริการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ บริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุด คือ บริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ โดยภาพรวมปัจจัยพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวส่วนมากมีความสามารถใน

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัวรวมทั้งการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีโดยอาศัยปัจจัยภายในครอบครัวเป็นพื้นฐานที่สำคัญ ลักษณะการดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ดูแลด้านอาหารการกินยา ความสะอาด และสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้าของใช้ที่จำเป็น แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน

สุพรรณษา วงศ์ศิริ (2552) ทำการศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร พิษณุโลก พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้าน ครอบครัว รองลงมาคือปัจจัยด้านสังคม โดยทุกตัวแปรมีผลทางบวก ทั้งนี้ตัวแปรอิสระ ทุกตัว สามารถร่วมกันทำนายการผันแปรบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลได้ร้อยละ 25.10 2) แนวทางการ พัฒนาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ และให้ความสำคัญด้าน ครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและบทบาทผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลทำให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นไปด้วย ส่วน ด้านการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาในครอบครัว และการจัดช่องทางการให้การ ช่วยเหลือสมาชิกภายนอกครอบครัวและญาติพี่น้อง ในด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับ มากที่สุด

วชิราพรรณ เทพิน (2553) ทำการศึกษาปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทัศนคติต่อการผู้สูงอายุ ความเชื่ออำนาจภายในคนด้าน สุขภาพสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุในกลุ่มสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุดีกว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัจจัยทางจิตในกลุ่มต่ำ 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ความรู้ในการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ความเชื่อภายในคนด้านสุขภาพของผู้ดูแล สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัว และชุมชนบทไทย ผลการศึกษาคือ วิธีการและเทคนิคการดูแลที่ดีประกอบไปด้วยตัวชี้วัด 9 ประการ ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดการเรื่องยา การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว การ ดูแลแผลกดทับ การจัดหาอาหารที่เหมาะสม การป้องกันอาหาร การดูแลการขับถ่าย การสร้างความ มั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลด้านจิตวิญญาณและชุมชนที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ดี ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ประการ ได้แก่ การมีระบบดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การมี

ทีมงานที่เข้มแข็ง การใช้ทุนทางสังคมให้เป็นประโยชน์ การแก้ไขปัญหาโดยสร้างความตระหนักรู้แก่ชุมชน การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และการมีระบบการประเมินบริการ

เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ (2550) ทำการศึกษาบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าบทบาทที่กระทำมากเป็นอันดับแรก คือ การดูแลด้านสังคม รองลงมาคือการดูแลด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจและการดูแลด้านเศรษฐกิจตามลำดับ 2) ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลมีดังนี้ ด้านร่างกายของผู้ดูแลคือ ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิดกกังวล รองลงมาคือความดันโลหิตสูง เหนื่อยง่ายและมีเวลาพักผ่อนน้อย ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจคือ ใจร้อน ขุนเขี้ยวง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ รองลงมาคือความหงุดหงิด รำคาญ เวลาพูดคุยไม่รู้เรื่องและขัดแย้งทางด้านความคิดและเบื่อกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานตามลำดับ ปัญหาสังคมคือ มีภาระงานภายนอกบ้านในการประกอบอาชีพมาก รองลงมาคือเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อย และขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและเยี่ยมช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุตามลำดับ

ชโลม วิเศษโกสิน (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาวของผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 26-45 ปี มีพฤติกรรมการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี สัมพันธภาพของครอบครัวกับผู้ดูแลและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแล การรับรู้ภาระการดูแลความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมดูแล ส่วนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ สามารถทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลได้ร้อยละ 45.6

บัญชา ศรีสมบัติ (2550) ศึกษาบทบาทของครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก พบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 41 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิดหรือมากกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 12,491 บาท และมีความพอเพียงต่อการเลี้ยงชีพ ครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรังและมีสมาชิกประมาณ 4-5 คน 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุประมาณ 71 ปี ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมใดๆ มีบุตรประมาณ 3 ถึง 5 คน แต่ส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 1 คน เท่านั้นที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ สำหรับบุตรที่อยู่ต่างถิ่นจะกลับมาเยี่ยมอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และโดยส่วนมากผู้สูงอายุจะมีพี่น้องประมาณ 3-5 คน พบกันอย่างน้อย

ปีละ 1 ครั้ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยส่วนมากจะเป็นโรคประจำตัวแบบไม่เรื้อรังและไปพบแพทย์น้อยกว่า 3 เดือนต่อครั้ง 3) สมาชิกในครัวเรือนมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระดับมาก พบว่า การดูแลด้านจิตใจมีการปฏิบัติสูงที่สุด รองลงมาได้แก่การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อมตามลำดับ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุตร ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิดหรือตั้งแต่สมรส หรือมากกว่า 20 ปี อายุของผู้ดูแลจำนวนบุตรที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพค้าขายและความพอเพียงของรายได้ในครัวเรือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสด ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผู้ดูแลที่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหลาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรสและครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงและโรคเรื้อรัง 5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านบวกต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนมากที่สุด คือ ความพอเพียงของรายได้ รองลงมาคือสถานภาพของผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส และปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านลบต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุจะมีเพียงปัจจัยเดียว คือรายได้ของครัวเรือนที่เกิดจากรายได้ประจำ

Kim (2012) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพการสนับสนุนจากครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี และความสัมพันธ์ในหมู่ของผู้สูงอายุชาวเกาหลี ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ของสุขภาพ แบบสอบถามสนับสนุนครอบครัวเพื่อวัดการสนับสนุนครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้สำหรับการวัดความพึงพอใจในชีวิต โดยทั่วไปของคนเกาหลีมีภาวะสุขภาพเฉลี่ยค่าเฉลี่ยที่ 3.3 ส่วนการสนับสนุนครอบครัวมีค่าเฉลี่ยที่ 3.4 และความพึงพอใจในชีวิตมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.1 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการรับรู้สถานะสุขภาพการสนับสนุนครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิต และระหว่างการสนับสนุนครอบครัวและความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยที่มีผลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนครอบครัว อายุ รายได้และภาวะสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีค่าร้อยละ 37.5 ของความแปรปรวนทั้งหมด ปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญ คือ การสนับสนุนครอบครัว การศึกษานี้เป็นหลักฐานเบื้องต้นที่จะต้องมีการพัฒนากลยุทธ์การพยาบาลเพื่อเพิ่มการสนับสนุนครอบครัวของประชากรชาวเกาหลีที่มีอายุมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรีวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี และ 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร (Population) คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ คิดตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีจำนวน 105,726 คน (กรมการปกครอง, <http://www.dopa.go.th>: ปี 2557)

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุของแต่ละอำเภอในจังหวัดสุพรรณบุรี

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนประชากร	ผู้สูงอายุร้อยละ
1	เดิมบางนางบวช	9,645	9.12
2	ด่านช้าง	8,470	8.01
3	หนองหญ้าไซ	7,828	7.41
4	ดอนเจดีย์	6,368	6.02
5	เมือง	18,133	17.15
6	ศรีประจันต์	7,872	7.45
7	สามชุก	7,910	7.48

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

ลำดับที่	อำเภอ	จำนวนประชากร	ผู้สูงอายุร้อยละ
8	สองพี่น้อง	16,949	16.03
9	บางปลาม้า	11,731	11.10
10	อู่ทอง	10,820	10.23
	รวม	105,726	100

ที่มา: กรมการปกครอง, <http://www.dopa.go.th>: ปี 2557

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1.2.1 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ

1.2.2 เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ

1.2.3 มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ สุขภาพจิตและกายดี พร้อมทั้งจะทำแบบสอบถาม

ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) กำหนดโดยการคำนวณจากสูตรทาโร ยามาเน่ (สมเดช สิทธิพงศ์พิทยา, 2549: น.241 อ้างถึงใน Taro Yamane: 1967) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร = 105,726

E = ความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง = 0.05

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{105,726}{1 + 105,726 (0.05)^2}$$

$$= 398 \text{ คน}$$

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 398 ตัวอย่าง แต่เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือและสัดส่วนในการคำนวณลงตัว จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการคำนวณเป็น 400 ตัวอย่าง

1.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 สุ่มอำเภอ โดยแบ่งกลุ่มอำเภอทั้งหมดตามลักษณะภูมิศาสตร์ ได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย อำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอด่านช้าง อำเภอหนองหญ้าไซ อำเภอดอนเจดีย์ กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย อำเภอเมือง อำเภอศรีประจันต์ อำเภอสามชุก กลุ่มที่ 3 ประกอบด้วย อำเภอสองพี่น้อง อำเภอบางปลาม้า อำเภออู่ทอง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) จาก 3 กลุ่มอำเภอที่แบ่งไว้ มากกลุ่มละ 1 อำเภอ ได้ 3 อำเภอ คือ อำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอศรีประจันต์ อำเภอบางปลาม้า

1.3.2 สุ่มตำบล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อำเภอละ 3 ตำบล ได้ 9 ตำบล คือ อำเภอเดิมบางนางบวช ได้ตำบลเดิมบาง ตำบลนางบวช และตำบลเขาพระ อำเภอศรีประจันต์ ได้ตำบลศรีประจันต์ ตำบลวังน้ำซับ และตำบลมดแดง อำเภอบางปลาม้า ได้ตำบลโคกคราม ตำบลวัดดาว และตำบลมะขามล้ม

1.3.3 หาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลที่กำหนดเป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ดังตัวอย่างการคำนวณหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเดิมบาง ดังนี้

$$\text{กลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละตำบล}}{\text{จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งหมดของ 9 ตำบล}}$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่างในตำบลเดิมบาง} = \frac{400 \times 1,647}{12,874}$$

$$\text{กลุ่มตัวอย่างในตำบลเดิมบาง} = 51$$

1.3.4 สุ่มหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากเลขที่บ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จากทะเบียนประชากรผู้สูงอายุของสถานีอนามัยตำบลในแต่ละหมู่บ้านและมีผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำและยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 3.2 แสดงพื้นที่และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

อำเภอ	ตำบล	จำนวนผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
1. เดิมบางนางบวช	1) เดิมบาง	1,647	51
	2) นางบวช	1,458	45
	3) เขาพระ	1,875	58
2. ศรีประจันต์	1) ศรีประจันต์	1,832	57
	2) วังน้ำซับ	1,192	37
	3) มดแดง	1,029	32
3. บางปลาม้า	1) โลกคราม	1,462	46
	2) วัดดาว	1,198	37
	3) มะขามล้ม	1,181	37
รวม		12,874	400

ที่มา: กรมการปกครอง, <http://www.dopa.go.th>: ปี 2557

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้า แนวคิดทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับด้านครอบครัว

2.2 สร้างแบบสอบถาม ให้สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรที่ต้องการวัดความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวน 8 ข้อ

2.2.2 ข้อมูลของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

โดยใช้รูปแบบของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับและกำหนดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของตนเอง และข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง มีสัมพันธภาพมากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีสัมพันธภาพมาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง มีสัมพันธภาพปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีสัมพันธภาพน้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง มีสัมพันธภาพน้อยที่สุด (หรือไม่มีสัมพันธภาพ)

การแปลความหมายของคะแนนระดับของการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้วัดการใช้ข้อคำถามแบบประมาณค่า จำนวน 7 ข้อ นำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อและโดยภาพรวม

เกณฑ์ในการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยได้จัดระดับการวัดเป็น 3 ระดับ โดยการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อแบ่งระดับของเกณฑ์การแปลผลของตัวแปรการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยนำคะแนนที่ได้แบบมาตราส่วนประเมินค่ารวมมาเป็นอันตรภาคชั้น เพื่อใช้ในการแปลความหมายตามสูตร ดังนี้

$$\text{พิสัย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ได้เกณฑ์การวัดระดับค่าตัวแปรที่ศึกษาการมีสัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	มีสัมพันธภาพในระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	มีสัมพันธภาพในระดับกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	มีสัมพันธภาพในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับความบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ จำนวน 10 ข้อ

โดยใช้รูปแบบของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับและกำหนดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของตนเอง และข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด (หรือไม่ได้รับการสนับสนุน)

การแปลความหมายของคะแนนระดับของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับความบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ ผู้วิจัยได้วัดการใช้ข้อคำถามแบบประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ นำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อและโดยภาพรวม

เกณฑ์ในการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยได้จัดระดับการวัดเป็น 3 ระดับ โดยการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อแบ่งระดับของเกณฑ์การแปลผลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนที่ได้แบบมาตราส่วนประเมินค่ารวมมาเป็นอันตรภาคชั้น เพื่อใช้ในการแปลความหมายตามสูตร ดังนี้

$$\text{พิสัย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

ได้เกณฑ์การวัดระดับค่าตัวแปรที่ศึกษาการมีการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

1) การดูแลในด้านสุขภาพ	จำนวน	10	ข้อ
2) การดูแลในด้านอารมณ์และจิตใจ	จำนวน	10	ข้อ
3) การดูแลในด้านสังคม	จำนวน	5	ข้อ
4) การดูแลในด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	5	ข้อ

โดยใช้รูปแบบของมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับและกำหนดให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความเห็นของตนเอง และข้อคำถามแต่ละข้อกำหนดคะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน 5	หมายถึง	ดูแลมากที่สุด
ระดับคะแนน 4	หมายถึง	ดูแลมาก
ระดับคะแนน 3	หมายถึง	ดูแลปานกลาง
ระดับคะแนน 2	หมายถึง	ดูแลน้อย
ระดับคะแนน 1	หมายถึง	ดูแลน้อยที่สุด (หรือไม่ได้ดูแล)

การแปลความหมายของคะแนนระดับของการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้ง 4 ด้านดังกล่าว ผู้วิจัยได้วัดการใช้ข้อคำถามแบบประมาณค่า จำนวน 30 ข้อ นำมาหาค่าเฉลี่ยเป็นรายข้อและโดยภาพรวม

เกณฑ์ในการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา ผู้วิจัยได้จัดระดับการวัดเป็น 3 ระดับ โดยการกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย เพื่อแบ่งระดับของเกณฑ์การแปลผลของตัวแปรการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยนำคะแนนที่ได้แบบมาตราส่วนประเมินค่ารวมมาเป็นอันตรภาคชั้น เพื่อใช้ในการแปลความหมายตามสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{พิสัย} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ได้เกณฑ์การวัดระดับค่าตัวแปรที่ศึกษาการมีการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ช่วงคะแนนเฉลี่ย	3.67 – 5.00	มีการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.66	มีการดูแลผู้สูงอายุในระดับกลาง
ช่วงคะแนนเฉลี่ย	1.00 – 2.33	มีการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นคำถามปลายเปิด แบบให้เลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ

3. การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ทดสอบความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity) ของเครื่องมือ โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อทำการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ในเบื้องต้น

3.2 นำแบบสอบถามที่ปรับแก้ตามข้อเสนอของอาจารย์ที่ปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเนื้อหา ทั้งความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนทางภาษา และความเที่ยงตรงในเนื้อหา หลังจากที่ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือแล้ว มีการปรับเปลี่ยนแก้ไขแบบสอบถามสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และหารือกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง จากนั้นจึงนำข้อเสนอแนะที่ได้มาทั้งหมดมาปรับแก้ไขเพื่อพัฒนาให้แบบสอบถามสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.3 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทดสอบเครื่องมือ จากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอดอนเจดีย์ เพื่อชี้แจงขอความร่วมมือในการทดสอบเครื่องมือกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอดอนเจดีย์ จำนวน 30 คน แล้วนำมา

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเป็น 0.92

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล จากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ถึงสาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปลาม้า สาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีประจันต์ สาธารณสุขอำเภอเดิมบางนางบวช และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งขอรายชื่อครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพื่อคัดเลือกและสุ่มตัวอย่าง

4.2 ผู้วิจัยได้รายชื่อครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงติดต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ผู้วิจัยไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจและลงนามยินยอมให้เก็บข้อมูล จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบสอบถาม

4.4 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

5.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทุกฉบับ

5.2 บันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

5.3 ตรวจสอบการกระจายและความเป็นไปได้ของข้อมูลทั้งหมด

5.4 จัดกลุ่มข้อมูลทั่วไปที่เป็นคำถามปลายเปิด

5.5 นำข้อมูลที่บันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แล้วทำการวิเคราะห์ ซึ่งใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

5.5.1 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.5.2 การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square) จากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

5.5.3 การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square) จากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

5.5.4 การทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ (Chi-square) จากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

6. การพิทักษ์สิทธิผู้ตอบ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบสอบถามได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือโดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถยินยอมหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ ความเป็นอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบแบบสอบถาม ซึ่งคำตอบจะไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้สึกที่แท้จริงและตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ในสภาพรวม ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรับแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สัมพันธภาพภายในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของผู้ดูแล

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัวของผู้ดูแล

n = 400			
ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
1. เพศ			
ชาย	116	29.00	
หญิง	284	71.00	
2. อายุผู้ดูแลผู้สูงอายุ			
อายุ 19 - 30 ปี	29	7.75	50.00
อายุ 31 - 40 ปี	62	15.50	
อายุ 41 - 50 ปี	108	27.00	
อายุ 51 - 60 ปี	110	27.50	
60 ปีขึ้นไป	91	22.75	
3. สถานภาพสมรส			
โสด	81	20.25	
สมรส	256	64.00	
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	63	15.75	
4. ศาสนา			
พุทธ	399	99.75	
อิสลาม	1	0.25	
5. ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	221	55.25	
มัธยมศึกษาตอนต้น	62	15.50	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	65	16.25	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	52	13.00	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
6. อาชีพของผู้ดูแล			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	5.00	
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	50	12.50	
เกษตรกรรวม	189	47.25	
รับจ้าง	105	26.25	
อื่น ๆ	36	9.00	
7. รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล			5,600.00
น้อยกว่า 2,000 บาท	116	29.00	
2,001 – 4,000 บาท	103	25.75	
4,001 – 6,000 บาท	92	23.00	
มากกว่า 6,000 บาท	89	22.75	
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแล			11,300.00
น้อยกว่า 3,000 บาท	83	20.75	
3,001 – 6,000 บาท	105	26.25	
6,001 – 10,000 บาท	94	23.50	
มากกว่า 10,000 บาท	118	29.50	
9. อายุของผู้สูงอายุ			74.00
อายุ 60-70 ปี	167	41.75	
อายุ 71-80 ปี	140	35.00	
อายุมากกว่า 80 ปี	93	23.25	
10. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเพศ			
ชาย	167	41.75	
หญิง	233	58.25	
11. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง			
ได้	347	86.75	
ไม่ได้	53	13.25	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	295	73.75	
ไม่มีโรคประจำตัว	105	26.25	
13. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ			9.00
น้อยกว่า 5 ปี	167	41.75	
6 – 20 ปี	207	51.75	
มากกว่า 20 ปี	26	6.50	
14. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและผู้สูงอายุที่ท่านดูแล			
ปู่ย่า ตายาย	43	10.75	
บิดา / มารดา	185	46.25	
ญาติ / พี่น้อง	105	26.25	
อื่นๆ	67	16.75	

จากตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบข้อมูลดังนี้

1.1 จำนวนและเพศของผู้ดูแล ผู้ดูแลทั้งหมด 400 คน เป็นหญิงร้อยละ 71.00 และเป็นชายร้อยละ 29.00

1.2 อายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.00 ต่อมาคืออายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 22.75 ผู้ดูแลอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.50 และผู้ดูแลอายุระหว่าง 19-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 7.75 อายุโดยเฉลี่ยของผู้ดูแลคือ 50 ปี

1.3 สถานภาพการสมรสของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64.00 รองลงมา มีสถานภาพ โสด คิดเป็นร้อยละ 20.25 และมีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 15.75

1.4 ศาสนา ผู้ดูแลส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.75 รองลงมา ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 0.25

1.5 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.25 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 15.50 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.25 และระดับการศึกษาปริญญาตรีและสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 13.00

1.6 อาชีพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 47.25 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 26.25 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 12.50 ประกอบอาชีพอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 9.00 และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 5.00

1.7 รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลส่วนใหญ่น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 29.00 รองลงมามีรายได้ระหว่าง 2,001 – 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.75 มีรายได้ระหว่าง 4,001 – 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.00 และมีรายได้มากกว่า 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 22.75 รายได้โดยเฉลี่ยของผู้ดูแลคือ 5,600 บาท

1.8 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่มากกว่า 10,000บาท คิดเป็นร้อยละ 29.50 รองลงมามีรายได้ระหว่าง 3,001 – 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.25 มีรายได้ระหว่าง 6,001 – 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 23.50 และมีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.75 รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแลคือ 11,300 บาท

1.9 อายุของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ 60-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.75 รองลงมาอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ อายุมากกว่า 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.25 อายุโดยเฉลี่ยของผู้สูงอายุ คือ 74 ปี

1.10 เพศของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.25 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.75

1.11 ความสามารถในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 86.75 และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ คิดเป็นร้อยละ 13.25

1.12 ผู้สูงมีโรคประจำตัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.75 และผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็น 26.25

1.13 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุ 6- 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.75 รองลงมา น้อยกว่า 5ปี คิดเป็นร้อยละ 41.75 และมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.50 ระยะเวลาที่ผู้ดูแลดูแลผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย คือ 9 ปี

1.14 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 46.25 รองลงมาเป็น ญาติ/พี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 26.25อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 16.75 และปู่ ย่า ตา ยาย คิดเป็นร้อยละ 10.75

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สัมพันธภาพภายในครอบครัว

สัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.01$, $SD=0.59$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง ดังที่แสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว

(n = 400)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	ระดับสัมพันธภาพ			\bar{X}	S.D	ระดับ
	ต่ำ	กลาง	สูง			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
1. การเอาใจใส่ให้ความรัก	(0.25)	(25.50)	(74.25)	4.33	0.65	สูง
	1	102	297			
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น	(2.25)	(20.75)	(77.00)	4.02	0.78	สูง
	9	83	308			
3. การพูดคุยและให้คำปรึกษา	(1.50)	(15.50)	(83.00)	4.14	0.72	สูง
	6	62	332			
4. การทำกิจกรรมร่วมกัน	(2.50)	(46.00)	(51.50)	3.97	0.77	สูง
	10	184	206			
5. การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ	(2.25)	(20.00)	(77.75)	4.01	0.77	สูง
	9	80	311			
โดยรวมทั้ง 5 ด้าน	(0.50)	(23.50)	(76.00)	4.01	0.59	สูง
	2	94	304			

จากตารางที่ 4.2 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัว พบข้อมูลดังนี้

2.1 การเอาใจใส่ให้ความรัก ผู้ดูแลได้รับการเอาใจใส่ให้ความรักจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.25 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 25.50 และ 0.25 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.33 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65

2.2 การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.00 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.75 และ 2.25 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.02 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78

2.3 การพูดคุยและให้คำปรึกษา ผู้ดูแลมีการพูดคุยและให้คำปรึกษากับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.00 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.50 และ 1.50 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.14 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72

2.4 การทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้ดูแลได้ร่วมกันทำกิจกรรมกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาในระดับกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46.00 และ 2.50 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.93 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

2.5 การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวมีการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.75 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ 2.25 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.01 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.93$, $SD=0.57$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินทองและสิ่งของอยู่ในระดับกลาง และด้านอื่นๆที่เหลืออยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล

(n = 400)

การสนับสนุนทางสังคม ของผู้ดูแล	ระดับการสนับสนุนทางสังคม			ค่าเฉลี่ย \bar{X}	S.D	ระดับ
	ต่ำ	กลาง	สูง			
	(ร้อยละ) จำนวน	(ร้อยละ) จำนวน	(ร้อยละ) จำนวน			
1. เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา	(2.00) 8	(19.25) 77	(78.75) 315	4.01	0.73	สูง
2. ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ	(0.75) 3	(27.50) 110	(71.75) 287	4.27	0.70	สูง
3. ได้รับความรู้บริการข้อมูลข่าวสาร	(1.75) 7	(26.00) 104	(72.25) 289	4.23	0.71	สูง
4. ได้รับเงินและสิ่งของ	(8.00) 32	(43.00) 172	(49.00) 196	3.55	0.82	กลาง
โดยรวมทั้ง 4 ด้าน	(0.50) 2	(32.00) 128	(67.50) 270	3.93	0.57	สูง

จากตารางที่ 4.3 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล พบข้อมูลดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ผู้ดูแลมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.75 รองลงมาในระดับกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19.25 และ 2.00 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.01 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73

3.2 ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ผู้ดูแลได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.75 รองลงมาในระดับกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 27.50 และ 0.75 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70

3.3 ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร ผู้ดูแลได้รับบริการข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.25 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.00 และ 1.75 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.23 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71

3.4 ได้รับเงินและสิ่งของ ผู้ดูแลได้รับเงินและสิ่งของอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 49.00รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.00 และ 8.00 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.55 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.95$, $SD=0.52$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง ดังที่แสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล ระดับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว	ระดับการดูแล			ค่าเฉลี่ย \bar{X}	S.D	ระดับ
	ต่ำ	กลาง	สูง			
	(ร้อยละ) จำนวน	(ร้อยละ) จำนวน	(ร้อยละ) จำนวน			
1. ด้านสุขภาพ	(2.25) 9	(21.00) 84	(76.75) 307	4.06	0.69	สูง
2. ด้านอารมณ์และจิตใจ	(0.50) 2	(26.25) 105	(73.25) 293	4.06	0.65	สูง
3. ด้านสังคม	(1.50) 6	(38.00) 152	(60.50) 242	3.92	0.74	สูง
4. ด้านเศรษฐกิจ	(2.75) 11	(31.25) 125	(66.00) 264	3.91	0.75	สูง
โดยรวมทั้ง 4 ด้าน	(0.75) 3	(26.75) 107	(72.50) 290	3.95	0.52	สูง

(n = 400)

จากตารางที่ 4.4 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ดูแล ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว พบข้อมูลดังนี้

4.1 ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.75 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 21.00 และ 2.25 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.06 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69

4.2 ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.25 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 26.25 และ 0.50 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 4.06 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65

4.3 ด้านสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลด้านสังคมของผู้สูงอายุในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 60.50 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.00 และ 1.50 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.92 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74

4.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.00 รองลงมาในระดับกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.25 และ 2.75 ตามลำดับ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.91 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการวิเคราะห์แต่ละสมมติฐานอธิบายดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวใน จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวรวม 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสังคมและการดูแลด้านเศรษฐกิจ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้ (ตามตารางที่ 4.5 – 4.9)

ตารางที่ 4.5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุ
ของครอบครัว ด้านสุขภาพ

n = 400

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
เพศของผู้ดูแล					
ชาย	(0.86)	(22.42)	(76.72)	1.55	0.460
	1	26	89		
หญิง	(2.82)	(20.42)	(76.76)		
	8	58	218		
อายุของผู้ดูแล					
อายุ 19 - 30 ปี	(0.00)	(24.14)	(75.86)	6.52	0.590
	0	7	22		
อายุ 31 - 40 ปี	(4.84)	(22.58)	(72.58)		
	3	14	45		
อายุ 41 - 50 ปี	(2.78)	(16.67)	(80.55)		
	3	18	87		
อายุ 51 - 60 ปี	(1.82)	(19.09)	(79.09)		
	2	21	87		
อายุมากกว่า 60 ปี	(1.10)	(26.37)	(72.53)		
	1	24	66		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	(3.17) 7	(19.00) 42	(77.83) 172	6.77	0.343
มัธยมศึกษาตอนต้น	(3.23) 2	(20.97) 13	(75.80) 47		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	(0.00) 0	(29.23) 19	(70.77) 46		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	(0.00) 0	(19.23) 10	(80.77) 42		
สถานภาพ					
โสด	(0.00) 0	(29.63) 24	(70.37) 57	7.09	0.131
สมรส	(3.13) 8	(19.14) 49	(77.73) 199		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	(1.59) 1	(17.46) 11	(80.95) 51		
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
น้อยกว่า 2,000 บาท	(3.45) 4	(29.31) 34	(67.24) 78	8.75	0.188
2,001 – 4,000 บาท	(1.94) 2	(16.50) 17	(81.55) 87		
4,001 – 6,000 บาท	(1.09) 1	(18.48) 17	(80.43) 74		
มากกว่า 6,000 บาท	(2.25) 2	(17.98) 16	(79.78) 71		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					
น้อยกว่า 3,000 บาท	(3.62) 3	(22.89) 19	(73.49) 61	12.14	0.059
3,001 – 6,000 บาท	(1.90) 2	(28.57) 30	(69.52) 73		
6,001 – 10,000 บาท	(4.26) 4	(18.09) 17	(77.66) 73		
มากกว่า 10,000 บาท	(0.00) 0	(15.25) 18	(84.75) 100		

จากตาราง 4.5 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ พบข้อมูลดังนี้

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัวด้านสุขภาพ

ตารางที่ 4.6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุ
ของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ

n = 400

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	เพศของผู้ดูแล				
ชาย	(0.00) 0	(28.45) 33	(71.55) 83	1.18	0.554
หญิง	(0.70) 2	(25.35) 72	(73.94) 210		
อายุของผู้ดูแล					
อายุ 19 - 30 ปี	(0.00) 0	(27.59) 8	(72.41) 21	6.29	0.615
อายุ 31 - 40 ปี	(0.00) 0	(24.19) 15	(75.81) 47		
อายุ 41 - 50 ปี	(0.00) 0	(26.85) 29	(73.15) 79		
อายุ 51 - 60 ปี	(1.82) 2	(23.64) 26	(74.54) 82		
อายุมากกว่า 60 ปี	(0.00) 0	(29.67) 27	(70.33) 64		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ด้านอารมณ์และจิตใจ				
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	(0.45) 1	(28.05) 62	(71.50) 158	6.57	0.362
มัธยมศึกษาตอนต้น	(1.61) 1	(30.65) 19	(67.74) 42		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	(0.00) 0	(24.62) 16	(75.38) 49		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	(0.00) 0	(15.38) 8	(84.62) 44		
สถานภาพ					
โสด	(0.00) 0	(28.40) 23	(71.60) 58	2.75	0.601
สมรส	(0.78) 2	(24.22) 62	(75.00) 192		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	(0.00) 0	(31.75) 20	(68.25) 43		
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
น้อยกว่า 2,000 บาท	(1.72) 2	(31.90) 37	(66.38) 77	12.26	0.056
2,001 – 4,000 บาท	(0.00) 0	(24.27) 25	(75.73) 78		
4,001 – 6,000 บาท	(0.00) 0	(30.43) 28	(69.57) 64		
มากกว่า 6,000 บาท	(0.00) 0	(16.85) 15	(83.15) 74		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
น้อยกว่า 3,000 บาท	(2.41) 2	(28.92) 24	(68.67) 57	14.64	0.023*
3,001 – 6,000 บาท	(0.00) 0	(32.38) 34	(67.62) 71		
6,001 – 10,000 บาท	(0.00) 0	(27.66) 26	(72.34) 68		
มากกว่า 10,000 บาท	(0.00) 0	(17.80) 21	(82.20) 97		

จากตารางที่ 4.6 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ พบข้อมูลดังนี้

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์และจิตใจ คือรายได้เฉลี่ยของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.023 โดยมี ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์เท่ากับ 14.64

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุด้านอารมณ์และจิตใจ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล

ตารางที่ 4.7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุ
ด้านสังคม

n = 400					
ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
เพศของผู้ดูแล					
ชาย	(0.00) 0	(36.21) 42	(63.79) 74	2.88	0.237
หญิง	(2.11) 6	(38.73) 110	(59.15) 168		
อายุของผู้ดูแล					
อายุ 19 - 30 ปี	(0.00) 0	(20.69) 6	(79.31) 23	8.55	0.382
อายุ 31 - 40 ปี	(0.00) 0	(40.32) 25	(59.68) 37		
อายุ 41 - 50 ปี	(1.85) 2	(41.67) 45	(56.48) 61	(0.91)	(37.27)
อายุ 51 - 60 ปี	(0.91) 1	(37.27) 41	(61.82) 68		
อายุมากกว่า 60 ปี	(3.30) 3	(38.46) 35	(58.24) 53		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	(2.26) 5	(41.18) 91	(56.56) 125	8.04	0.235
มัธยมศึกษาตอนต้น	(0.00) 0	(40.32) 25	(59.68) 37		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	(0.00) 0	(35.38) 23	(64.62) 42		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	(1.92) 1	(25.00) 13	(73.08) 38		
สถานภาพการสมรส					
โสด	(2.47) 2	(39.51) 32	(58.02) 47	3.96	0.411
สมรส	(0.78) 2	(36.33) 93	(62.89) 161		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	(3.17) 2	(42.86) 27	(53.97) 34		
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
น้อยกว่า 2,000 บาท	(0.86) 1	(37.93) 44	(61.21) 71	9.34	0.155
2,001 – 4,000 บาท	(1.94) 2	(35.92) 37	(62.14) 64		
4,001 – 6,000 บาท	(0.00) 0	(47.83) 44	(52.17) 48		
มากกว่า 6,000 บาท	(3.37) 3	(30.34) 27	(66.29) 59		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					
น้อยกว่า 3,000 บาท	(0.00) 0	(38.55) 32	(61.45) 51	8.86	0.181
3,001 – 6,000 บาท	(1.90) 2	(40.95) 43	(57.14) 60		
6,001 – 10,000 บาท	(2.13) 2	(45.74) 43	(52.13) 49		
มากกว่า 10,000 บาท	(1.69) 2	(28.82) 34	(69.49) 82		

จากตาราง 4.7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม พบข้อมูลดังนี้

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม

ตารางที่ 4.8 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับการดูแลผู้สูงอายุ
ของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	n = 400				
เพศของผู้ดูแล					
ชาย	(0.00) 0	(31.03) 36	(68.97) 80	4.71	0.095
หญิง	(3.87) 11	(31.34) 89	(64.79) 184		
อายุของผู้ดูแล					
อายุ 19 - 30 ปี	(0.00) 0	(37.93) 11	(62.07) 18	5.60	0.692
อายุ 31 - 40 ปี	(3.23) 2	(24.19) 15	(72.58) 45		
อายุ 41 - 50 ปี	(3.70) 4	(37.04) 40	(59.26) 64	(2.73)	(28.18)
อายุ 51 - 60 ปี	(2.73) 3	(28.18) 31	(69.09) 76		
อายุมากกว่า 60 ปี	(2.20) 2	(30.77) 28	(67.03) 61		

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	(2.71) 6	(32.13) 71	(65.16) 144	8.61	0.197
มัธยมศึกษาตอนต้น	(6.45) 4	(33.87) 21	(59.68) 37		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	(1.54) 1	(33.85) 22	(64.62) 42		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	(0.00) 0	(21.15) 11	(78.85) 41		
สถานภาพ					
โสด	(1.23) 1	(39.51) 32	(59.26) 48	4.90	0.298
สมรส	(2.73) 7	(28.52) 73	(68.75) 176		
หม้าย/หย่าร้าง/แยก	(4.76) 3	(31.75) 20	(63.49) 40		
รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลผู้สูงอายุ					
น้อยกว่า 2,000 บาท	(3.45) 4	(33.62) 39	(62.93) 73	5.56	0.474
2,001 – 4,000 บาท	(4.85) 5	(28.16) 29	(66.99) 69		
4,001 – 6,000 บาท	(0.00) 0	(33.70) 31	(66.30) 61		
มากกว่า 6,000 บาท	(2.25) 2	(29.21) 26	(68.54) 61		

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ของผู้ดูแล	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว					
น้อยกว่า 3,000 บาท	(3.61) 3	(37.35) 31	(59.04) 49	13.05	0.042*
3,001 – 6,000 บาท	(2.86) 3	(33.33) 35	(63.81) 67		
6,001 – 10,000 บาท	(3.32) 5	(34.04) 32	(60.64) 57		
มากกว่า 10,000 บาท	(0.00) 0	(22.88) 27	(77.12) 91		

จากตารางที่ 4.8 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล กับ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ พบข้อมูลดังนี้

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล คือรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.042 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 13.05

พบปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้วยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square tests) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงความสัมพันธ์ไคสแควร์ของปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล	ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทางสถิติ							
	ด้านสุขภาพ		ด้านอารมณ์และจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านเศรษฐกิจ	
	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)
1. เพศ	1.55	0.460	1.18	0.554	2.88	0.237	4.71	0.095
2. อายุ	6.52	0.590	6.29	0.615	8.55	0.382	5.60	0.692
3. ระดับการศึกษา	6.77	0.343	6.57	0.362	8.04	0.235	8.61	0.197
4. สถานภาพสมรส	7.09	0.131	2.75	0.601	3.96	0.411	4.90	0.298
5. รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล	8.75	0.188	12.26	0.056	9.34	0.155	5.56	0.474
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	12.14	0.059	14.64	*0.026	8.86	0.181	13.05	*0.042

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และ การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว รวม 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสังคมและการดูแลด้านเศรษฐกิจ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้ (ตามตารางที่ 4.10 - 4.14)

ตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ

n = 400

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การเอาใจใส่ให้ความรัก					
ต่ำ	(0.00)	(100.00)	(0.00)	42.58	0.000*
	0	1	0		
กลาง	(5.88)	(39.22)	(54.90)		
	6	40	56		
สูง	(1.01)	(14.48)	(84.51)		
	3	43	251		
การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น					
ต่ำ	(44.44)	(44.44)	(11.12)	99.80	0.000*
	4	4	1		
กลาง	(2.41)	(37.35)	(60.24)		
	2	31	50		
สูง	(0.97)	(15.91)	(83.12)		
	3	49	256		
การพูดคุยและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(83.33)	(16.67)	43.12	0.000*
	0	5	1		
กลาง	(8.06)	(38.71)	(53.23)		
	5	24	33		
สูง	(1.20)	(16.57)	(82.23)		
	4	55	273		

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การทำกิจกรรมร่วมกัน					
ต่ำ	(20.00)	(40.00)	(40.00)	48.45	0.000*
	2	4	4		
กลาง	(2.72)	(32.07)	(65.21)		
	5	59	120		
สูง	(0.97)	(10.19)	(88.84)		
	0	31	61		
การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ					
ต่ำ	(11.11)	(33.33)	(55.56)	37.69	0.000*
	1	3	5		
กลาง	(7.50)	(37.50)	(55.00)		
	6	30	44		
สูง	(0.64)	(16.40)	(82.96)		
	2	51	258		

จากตารางที่ 4.10 แสดงความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ พบข้อมูลดังนี้

พบความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยมีค่าความสัมพันธไคสแควร์ที่ระดับ 42.58, 99.80, 43.12, 48.45 และ 37.69 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ

n = 400

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การเอาใจใส่ให้ความรัก					
ต่ำ	(0.00)	(100.00)	(0.00)	57.66	0.000*
	0	1	0		
กลาง	(1.96)	(51.96)	(46.08)		
	2	53	47		
สูง	(0.00)	(17.17)	(82.83)		
	0	51	246		
การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น					
ต่ำ	(22.22)	(44.44)	(33.34)	137.79	0.000*
	2	4	3		
กลาง	(0.00)	(55.42)	(44.58)		
	0	46	37		
สูง	(0.00)	(17.86)	(82.14)		
	0	55	253		
การพูดคุยและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(66.67)	(33.33)	34.26	0.000*
	0	4	2		
กลาง	(3.23)	(46.77)	(50.00)		
	2	29	31		
สูง	(0.00)	(21.69)	(78.31)		
	0	72	260		

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	การทำกิจกรรมร่วมกัน				
ต่ำ	(10.00) 1	(70.00) 7	(20.00) 2	63.56	0.000*
กลาง	(0.54) 1	(38.59) 71	(60.87) 112		
สูง	(0.00) 0	(13.11) 27	(86.89) 179		
การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ					
ต่ำ	(0.00) 0	(66.67) 6	(33.33) 3	45.64	0.000*
กลาง	(2.50) 2	(48.75) 39	(48.75) 39		
สูง	(0.00) 0	(60.00) 60	(80.71) 251		

จากตารางที่ 4.11 แสดงความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ พบข้อมูลดังนี้

พบความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านการอารมณ์และจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยมีค่าความสัมพันธไคสแควร์ที่ระดับ 57.66, 137.79, 34.26, 63.56 และ 45.64 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม

n = 400

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การเอาใจใส่ให้ความรัก					
ต่ำ	(0.00)	(100.00)	(0.00)	43.32	0.000*
	0	1	0		
กลาง	(3.92)	(61.76)	(34.31)		
	4	63	35		
สูง	(0.67)	(29.63)	(67.70)		
	2	88	207		
การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น					
ต่ำ	(0.00)	(77.78)	(22.22)	27.97	0.000*
	0	7	2		
กลาง	(3.61)	(56.63)	(39.76)		
	3	47	33		
สูง	(0.97)	(31.82)	(67.21)		
	3	98	207		
การพูดคุยและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(83.33)	(16.67)	29.32	0.000*
	0	5	1		
กลาง	(6.45)	(54.84)	(38.71)		
	4	34	24		
สูง	(0.60)	(34.04)	(65.36)		
	2	113	217		

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านสังคม			ความสัมพันธ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การทำกิจกรรมร่วมกัน					
ต่ำ	(10.00)	(70.00)	(20.00)	30.39	0.000*
	1	7	2		
กลาง	(2.17)	(47.83)	(50.00)		
	4	88	92		
สูง	(0.49)	(27.67)	(71.84)		
	1	57	148		
การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ					
ต่ำ	(11.11)	(55.56)	(33.33)	48.32	0.000*
	1	5	3		
กลาง	(2.50)	(67.50)	(30.00)		
	2	54	24		
สูง	(0.96)	(29.90)	(69.13)		
	3	93	215		

จากตารางที่ 4.12 แสดงความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม

พบความสัมพันธของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยมีค่าความสัมพันธไคสแควร์ที่ระดับ 43.32, 27.97, 29.32, 30.39 และ 48.32 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุด้าน
เศรษฐกิจ

n = 400

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การเอาใจใส่ให้ความรัก					
ต่ำ	(0.00)	(100.00)	(0.00)	61.81	0.000*
	0	1	0		
กลาง	(6.87)	(57.84)	(35.29)		
	7	59	36		
สูง	(1.34)	(21.89)	(76.77)		
	4	65	228		
การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น					
ต่ำ	(33.33)	(33.33)	(33.33)	56.76	0.000*
	3	3	3		
กลาง	(2.41)	(53.01)	(44.58)		
	2	44	37		
สูง	(1.95)	(25.32)	(72.73)		
	6	78	224		
การพูดคุยและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(16.67)	(66.66)	(16.67)	35.23	0.000*
	1	4	1		
กลาง	(8.06)	(51.61)	(40.32)		
	5	32	25		
สูง	(1.51)	(26.81)	(71.69)		
	5	89	238		

ตารางที่ 4.13 (ต่อ)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	การดูแลผู้สูงอายุ ของครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
การทำกิจกรรมร่วมกัน					
ต่ำ	(30.00)	(10.00)	(60.00)	45.51	0.000*
	3	1	6		
	(3.26)	(40.76)	(55.98)		
กลาง	6	75	103		
	(0.97)	(23.79)	(75.24)		
	2	49	155		
การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ					
ต่ำ	(11.11)	(55.56)	(33.33)	26.74	0.000*
	1	5	3		
	(7.50)	(45.00)	(47.50)		
กลาง	6	36	38		
	(1.29)	(27.01)	(71.70)		
	4	84	223		

จากตารางที่ 4.13 แสดงความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ พบข้อมูลดังนี้

พบความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 61.81, 56.76, 35.23, 45.51 และ 26.74 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้วยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square tests) พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวทั้ง 5 ด้านมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ของสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทางสถิติ							
	ด้านสุขภาพ		ด้านอารมณ์และจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านเศรษฐกิจ	
	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)
1. การเอาใจใส่ให้ความรัก	42.58	*0.000	57.66	*0.000	43.32	*0.000	61.81	*0.000
2. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น	99.80	*0.000	137.79	*0.000	27.97	*0.000	56.76	*0.000
3. การพูดคุยและให้คำปรึกษา	43.12	*0.000	34.26	*0.000	29.32	*0.000	35.23	*0.000
4. การทำกิจกรรมร่วมกัน	48.45	*0.000	63.59	*0.000	30.39	*0.000	45.51	*0.000
5. การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ	37.69	*0.000	45.64	*0.000	48.32	*0.000	26.41	*0.000

* $p < 0.001$

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี จากการพิสูจน์สมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวใน จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ โดยวิเคราะห์การดูแลผู้สูงอายุของ

ครอบครัวยุคใหม่ 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพ การดูแลด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านสังคมและการดูแลด้านเศรษฐกิจ สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้ (ตามตารางที่ 4.15 – 4.19)

ตารางที่ 4.15 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	n = 400				
เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(12.50)	(87.50)	33.32	0.000*
	0	1	7		
กลาง	(3.90)	(44.16)	(51.95)		
	3	34	40		
สูง	(1.90)	(15.56)	(82.54)		
	6	49	260		
ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของรัฐ					
ต่ำ	(0.00)	(33.33)	(66.67)	21.79	0.000*
	0	1	2		
กลาง	(5.45)	(32.73)	(61.82)		
	6	36	68		
สูง	(1.05)	(16.38)	(82.57)		
	3	47	237		
ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร					
ต่ำ	(0.00)	(14.29)	(85.71)	29.75	0.000*
	0	1	6		
กลาง	(2.88)	(39.42)	(57.69)		
	3	41	60		
สูง	(2.08)	(14.53)	(83.39)		
	6	42	241		

ตารางที่ 4.15 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสุขภาพ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ได้รับเงินและสิ่งของ					
ต่ำ	(6.25) 2	(25.00) 8	(68.75) 22	9.44	0.051*
กลาง	(1.16) 2	(26.16) 45	(72.67) 125		
สูง	(2.55) 5	(15.82) 31	(81.63) 160		

จากตารางที่ 4.15 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสุขภาพ พบข้อมูลดังนี้

พบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินและสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000, 0.000, 0.000 และ 0.05 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 33.21, 21.79, 29.75 และ 9.44 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.16 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว
ด้านอารมณ์และจิตใจ

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
n = 400					
เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(25.00)	(75.00)	21.07	0.000*
	0	2	6		
กลาง	(0.00)	(46.75)	(53.25)		
	0	36	41		
สูง	(0.63)	(21.27)	(78.10)		
	2	67	246		
ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของรัฐ					
ต่ำ	(0.00)	(33.33)	(66.67)	26.99	0.000*
	0	1	2		
กลาง	(0.00)	(44.55)	(55.45)		
	0	49	61		
สูง	(0.70)	(19.16)	(80.14)		
	2	55	230		
ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร					
ต่ำ	(0.00)	(28.57)	(71.43)	19.44	0.001*
	0	2	5		
กลาง	(0.00)	(42.31)	(57.69)		
	0	44	60		
สูง	(0.69)	(20.42)	(78.89)		
	2	59	228		

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	ได้รับเงินและสิ่งของ				
ต่ำ	(0.00)	(34.38)	(65.63)	5.87	0.209
	0	11	21		
กลาง	(0.00)	(29.65)	(70.35)		
	0	51	121		
สูง	(1.02)	(21.94)	(77.04)		
	2	43	151		

จากตารางที่ 4.16 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ พบข้อมูลดังนี้

พบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000, 0.000, 0.001 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 21.07, 26.99, 19.44

พบการสนับสนุนทางสังคม ที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านอารมณ์และจิตใจ คือการได้รับเงินและสิ่งของ

ตารางที่ 4.17 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว
ด้านสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
	n = 400				
เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(0.00)	(50.00)	(50.00)	36.61	0.000*
	0	4	4		
กลาง	(3.90)	(64.94)	(31.17)		
	3	50	24		
สูง	(0.95)	(31.11)	(67.94)		
	3	98	214		
ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของรัฐ					
ต่ำ	(0.00)	(100.00)	(0.00)	34.76	0.000*
	0	3	0		
กลาง	(3.64)	(56.36)	(40.00)		
	4	62	44		
สูง	(0.70)	(30.31)	(68.99)		
	2	87	198		
ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร					
ต่ำ	(14.29)	(28.57)	(57.14)	33.17	0.000*
	1	2	4		
กลาง	(0.96)	(58.65)	(40.38)		
	1	61	42		
สูง	(1.38)	(30.80)	(67.82)		
	4	89	196		

ตารางที่ 4.17 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านสังคม			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ได้รับเงินและสิ่งของ					
ต่ำ	(6.25) 2	(50.00) 16	(43.75) 14	19.54	0.001*
กลาง	(0.00) 0	(45.35) 78	(54.65) 94		
สูง	(2.04) 4	(29.59) 58	(68.37) 134		

จากตารางที่ 4.17 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านสังคม พบข้อมูลดังนี้

พบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินและสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000, 0.000, 0.000 และ 0.001 โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 36.61, 34.76, 33.17 และ 19.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.18 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว
ด้านเศรษฐกิจ

n = 400

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา					
ต่ำ	(12.50)	(12.50)	(75.00)	35.55	0.000*
	1	1	6		
กลาง	(7.79)	(51.95)	(40.26)		
	6	40	31		
สูง	(1.27)	(26.67)	(72.06)		
	4	84	227		
ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของรัฐ					
ต่ำ	(0.00)	(33.33)	(66.67)	31.33	0.000*
	0	1	2		
กลาง	(7.28)	(46.36)	(46.36)		
	8	51	51		
สูง	(1.05)	(25.44)	(73.52)		
	3	73	211		
ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร					
ต่ำ	(0.00)	(28.57)	(71.43)	27.50	0.000*
	0	2	5		
กลาง	(3.85)	(50.96)	(45.19)		
	4	53	47		
สูง	(2.42)	(24.22)	(73.36)		
	7	70	212		

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	การดูแลผู้สูงอายุของ ครอบครัวด้านเศรษฐกิจ			ความสัมพันธ์ ไคสแควร์ (χ^2)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig)
	ต่ำ	กลาง	สูง		
ได้รับเงินและสิ่งของ					
ต่ำ	(9.38)	(37.50)	(53.17)	17.10	0.002*
	3	12	17		
	(1.74)	(38.96)	(59.30)		
กลาง					
	3	67	102	(2.55)	(23.47)
	(2.55)	(23.47)	(73.98)		
	5	46	145		

จากตารางที่ 4.18 แสดงความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้านเศรษฐกิจ พบข้อมูลดังนี้

พบการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินและสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000, 0.000, 0.000 และ 0.002* โดยมีค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ที่ระดับ 35.55, 31.33, 27.50 และ 17.10 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวด้วยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square tests) พบว่า มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินและสิ่งของที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านอารมณ์และจิตใจ ส่วนด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม	ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทางสถิติ							
	ด้านสุขภาพ		ด้านอารมณ์และจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านเศรษฐกิจ	
	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)	(χ^2)	(Sig)
1. เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา	33.32	*0.000	21.07	*0.000	36.61	*0.000	35.55	*0.000
2. ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ	21.79	*0.000	26.99	*0.000	34.76	*0.000	31.33	*0.000
3. ได้รับความรู้และบริการข้อมูลข่าวสาร	29.75	*0.000	19.44	*0.001	33.17	*0.000	27.50	*0.000
4. ได้รับเงินและสิ่งของ	9.44	*0.051	5.87	0.209	19.54	*0.001	17.10	*0.000

* $p < 0.05$

ส่วนที่ 8 ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยคำถามปรากฏผลดังตารางที่ 4.20-4.21

ตารางที่ 4.20 แสดงร้อยละของจำนวนผู้ตอบ/ไม่ตอบ แบบสอบถามปลายเปิด

n = 400

ผู้ตอบ/ไม่ตอบ แบบสอบถามปลายเปิด	จำนวน	ร้อยละ
1. ท่านคิดว่าท่านประสบปัญหาใดมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ และท่านได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากใครหรือหน่วยงานใดมากที่สุด		

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

ผู้ตอบ/ไม่ตอบ แบบสอบถามปลายเปิด	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	79	19.75
ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	321	80.25
2. ในอนาคตท่านประสงค์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพ/ การเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเรื่องใดบ้าง		
ผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	74	18.50
ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	326	81.50
3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ		
ผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	14	3.50
ผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด	386	96.50

จากตารางที่ 4.20 ตารางแสดงร้อยละของจำนวนผู้ตอบ/ไม่ตอบ แบบสอบถามปลายเปิด พบข้อมูลดังนี้

1. ท่านคิดว่าท่านประสบปัญหาใดมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ และท่านได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากใครหรือหน่วยงานใดมากที่สุด พบในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ 19.75 ส่วนที่เหลือเป็นผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ 80.25

2. ในอนาคตท่านประสงค์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพ/ การเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเรื่องใดบ้าง พบในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ 18.50 ส่วนที่เหลือเป็นผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิด คิดเป็นร้อยละ 81.50

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ พบในจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดคิดเป็นร้อยละ 3.50 ส่วนที่เหลือเป็นผู้ไม่ตอบแบบสอบถามปลายเปิดคิดเป็นร้อยละ 96.50

ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว แสดงจำนวนร้อยละ ได้ดังนี้

ตารางที่ 4.21 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปัญหาที่พบมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ		
สุขภาพของผู้สูงอายุ	13	30.23
ค่าใช้จ่ายในการดูแล	9	20.93
การพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล	7	16.28
ผู้สูงอายุคือเอาแต่ใจ	6	13.95
ปัญหาการหลงๆลืมของผู้สูงอายุ	4	9.30
ขาดผู้ดูแลแทน	2	4.65
การดูแลผู้สูงอายุตอนป่วยไข้	2	4.65
รวม	43	100.00
2. ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงาน		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	33	45.21
โรงพยาบาลประจำอำเภอ	19	26.03
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	10	13.70
องค์การบริหารส่วนตำบล	4	5.48
สาธารณสุขจังหวัด	4	5.48
เทศบาล	3	4.11
รวม	73	100.00
3. ในอนาคตผู้ดูแลประสงค์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพ/ การเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเรื่องใดบ้าง		
ต้องการโภชนาการ /การออกกำลังกายและการรักษาสุขภาพ	34	35.79
ต้องการของใช้/เครื่องอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	24	25.26
ต้องการยารักษาโรค	12	12.63
ต้องการให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ	12	12.63
ต้องการยานพาหนะในการเดินทางไปพบแพทย์	6	6.32
ให้มีธนาคารของใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	3	3.16

ตารางที่ 4.21 (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องการได้รับเบี้ยยังชีพที่สูงขึ้น	3	3.16
จัดให้มีสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชั่วคราว	1	1.05
รวม	95	100
4. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ		
ต้องการให้หน่วยงานของรัฐออกไปเยี่ยม/ให้คำแนะนำ	4	28.57
อยากให้มีการตรวจหาน้ำตาลในเลือดให้บ่อยกว่านี้	3	21.43
ต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความอดทนต่อการดูแล	3	21.43
มีโครงการอาหารเสริมให้ผู้สูงอายุกินฟรี	2	14.29
ให้มีการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	2	14.29
เกี่ยวกับการดูแลคนไข้ติดเตียง		
รวม	14	100.00

จากตารางที่ 4.21 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อเสนอแนะในการดูแลผู้สูงอายุ พบ ข้อมูลดังนี้

1. ปัญหาที่พบมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 30.23 รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายในการดูแล คิดเป็น ร้อยละ 20.93 การพาผู้สูงอายุไป โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 16.28 ผู้สูงอายุคือเอาแต่ใจ คิดเป็น ร้อยละ 13.95 ปัญหาการหลงๆลืม ของผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 9.30 ขาดผู้ดูแลแทน และเรื่องการดูแลผู้สูงอายุตอนเจ็บป่วย คิดเป็น ร้อย ละ 4.65

2. ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงาน ดังต่อไปนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็น ร้อยละ 45.21 รองลงมา คือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ 26.03 คิดเป็น ร้อยละ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 13.70 สาธารณสุข จังหวัดและองค์การบริหารส่วนตำบล คิดเป็น ร้อยละ 5.48 และเทศบาล คิดเป็น ร้อยละ 4.11

3. ในอนาคตผู้ดูแลประสงค์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพ/ การเตรียมความพร้อมใน เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้ มีความต้องการในเรื่องของโภชนาการ /การออกกำลังกายและการ รักษาสุขภาพมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 35.79 ความต้องการรองลงมา คือ ต้องการของใช้/เครื่อง

อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 25.26 ต้องการยารักษาโรค และต้องการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแล คิดเป็นร้อยละ 12.63 ต้องการยานพาหนะในการเดินทางไปพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 6.32 ต้องการให้มีธนาคารของใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และต้องการได้รับเบี้ยยังชีพที่สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 3.16 และต้องการให้มีสถานที่รับดูแลผู้สูงอายุในชุมชนชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 1.05

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐออกไปเยี่ยมและให้คำแนะนำ คิดเป็นร้อยละ 28.57 รองลงมา อยากให้มีการตรวจหาน้ำตาลในเลือดให้บ่อยกว่านี้ และต้องการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความอดทนต่อการดูแล คิดเป็นร้อยละ 21.43 และต้องการให้มีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลคนไข้ติดเตียง และมีโครงการอาหารเสริมให้ผู้สูงอายุกินฟรี คิดเป็นร้อยละ 14.29



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี สามารถสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษา 1) สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี 3) ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรตาม 1 ตัวแปร คือ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ส่วนตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัว 2) สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือการทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ

1.2 วิธีการดำเนินงาน

วิธีการดำเนินงานวิจัย แบ่งเป็นประชากร กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.2.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 105,726 คน

1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่เป็นประจำ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณสูตรของทาโร ยามาเน่ ขึ้นต่ำ 398 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือและสะดวกในการคำนวณลงตัว จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็น 400 คน

1.2.3 เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัย จำนวน 61 ข้อ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ดูแล รายได้ของผู้ดูแล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวจำนวน 8 ข้อ และข้อมูลของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน การเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับความบริการข้อมูลข่าวสาร และการได้รับเงินและสิ่งของ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย ด้านสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ด้านอารมณ์และจิตใจจำนวน 10 ข้อ ด้านสังคมจำนวน 5 ข้อ และด้านเศรษฐกิจจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบจำนวน 3 ข้อ

โดยหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคอนเจดีย์ จำนวน 30 คน

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในพื้นที่เก็บข้อมูล และได้มีการชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (SPSS) สถิติที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไคสแควร์สำหรับกลุ่มตัวแปรเชิงกลุ่ม

1.3 ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.00 โดยกลุ่มอายุ 51 - 60 ปี มีมากที่สุดร้อยละ 27.50 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 64 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 99.75 การศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามากที่สุดร้อยละ 55.25 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุดร้อยละ 47.25 มีรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่น้อยกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 29.00 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 29.50 ผู้สูงอายุที่ถูกดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.25 มีอายุเฉลี่ย 74 ปี โดยมีกลุ่มอายุ 60-70 ปี มากที่สุด ร้อยละ 41.75 สามารถพึ่งพาตนเองได้ร้อยละ 86.75 มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.75 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ 6 - 20 ปี ร้อยละ 51.75 และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดาของผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 46.25

1.3.2 สัมพันธภาพภายในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรักจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.25 มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.00 มีการพูดคุยและให้คำปรึกษากับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.00 ได้ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.50 และผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวมีการเชื่อฟังคำสั่งสอนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.75

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.59$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับสูง

1.3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 78.75 ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.75 ได้รับความรู้และบริการข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.25 และได้รับเงินและสิ่งของอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 49.00

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.93$, $SD=0.57$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินทองและสิ่งของอยู่ในระดับกลาง และด้านอื่นๆที่เหลืออยู่ในระดับสูง

1.3.4 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.75

ด้านอารมณ์และจิตใจอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 73.25 ด้านสังคมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 60.50 และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.00

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.95$, $SD=0.52$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง

1.3.5 ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพการสมรส, รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว พบว่า เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, สถานภาพการสมรส, รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ และผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแล ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$)

1.3.6 สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว ประกอบด้วย การเอาใจใส่ให้ความรัก, การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น, การพูดคุยและให้คำปรึกษาหารือ, การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัวทั้ง 5 ด้านมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.001$)

1.3.7 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา, ได้รับความรู้ และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ, ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร, การได้รับเงินและสิ่งของ ผู้วิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา, ได้รับความรู้ และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ, ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<0.05$) มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินและสิ่งของที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านอารมณ์และจิตใจ

2. อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาอภิปรายผลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวได้ ดังนี้

2.1 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.95$, $SD=0.52$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง กล่าวได้ว่า ปัจจุบันครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรียังมีการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของอุมากร ใจยังยืน (2559) ที่ศึกษาสภาพศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ มอบหมายการดูแลหลักกับบุคคลในครอบครัว และสภาพแวดล้อมในการดูแลมีความเกื้อกูลกัน เกิดการเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุจากประสบการณ์ การดูแลภายใต้คุณธรรมและค่านิยมความกตัญญูของสังคมไทย ความกตัญญูเป็นคุณธรรมที่ถูกปลูกฝังให้มีในทุกๆ คน และสิ่งที่แสดงถึงความกตัญญู คือ การตอบแทนผู้ดูแลผู้มีพระคุณ เช่น การดูแลพ่อแม่ ผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของพูนสุข เวชวิฐาน (2551) พบว่า ลูกส่วนใหญ่มองเห็นคุณค่าของการที่ได้ดูแลพ่อแม่ผู้สูงวัยว่าเป็นความสุขทางใจที่ตนได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ ลูกๆ ส่วนใหญ่อธิบายลักษณะว่าการที่ได้ดูแลและช่วยเหลือเป็นความสุขทางใจใน 2 ลักษณะ คือ การได้รับการเสริมสร้างกำลังใจที่ดี และการได้รับความสุขจากการได้แสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรณพ แพนคง (2554, น.133) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นมีความสุขที่ดีครบทั้ง 4 ด้าน อันเป็นเป้าหมายหลักที่สำคัญจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วย ครอบครัว และชุมชน และจากการศึกษาของอุมากร ใจยังยืน (2559, น.312) ที่ศึกษาสภาพศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การดูแลผู้สูงอายุครอบครัวมักมอบหมายให้สมาชิกในครอบครัว หนึ่งคนขึ้น ส่วนมากจะพบว่าเป็น คู่สมรสของผู้สูงอายุ บุตร และหลาน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิง (อ้างถึงเดือนใจ ภักดีพรหม และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยคิดว่าจากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เนื่องจาก ครอบครัวใน

จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย หลุง ป้า น้าอา เป็นต้น จะอยู่ด้วยกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวสูงอายุและมีปัญหาสุขภาพ ผู้ที่รับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลาน ซึ่งดูแลด้วยความรักและความเคารพผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลและครอบครัวจะคอยจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้า อารมณ์อ่อนไหวง่าย จินตนาการ ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยอาจจะต้องพยายามพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกันกับท่านอย่างใกล้ชิด 3) ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลและครอบครัวจะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ค่าแพมเพอร์ ค่ายาและค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น และ 4) ด้านสังคม ผู้ดูแลและครอบครัวจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชน เพื่อรับรู้ข่าวสารและความเป็นไปของสังคม กิจกรรมทางสังคมส่วนใหญ่ที่ครอบครัวจะพาผู้สูงอายุไปเข้าร่วมมักจะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่นๆ โดยผู้ดูแลหวังที่จะให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่กับครอบครัวได้อย่างยาวนาน

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว จากการศึกษาผู้วิจัยพบข้อมูลดังนี้

2.2.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.00 สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น.2) พบว่า การทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลนั้นเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง เนื่องจากพื้นฐานความเชื่อทางสังคม และการปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมที่มักคาดหวังให้สมาชิกเพศหญิงในครอบครัวต้องทำหน้าที่ในการดูแล ทั้งในฐานะที่เป็นภรรยา และบุตร ส่วนเพศชายมักทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการด้านค่าใช้จ่าย การเดินทางหรือเรื่องอื่นๆ

2.2.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.50 รองลงมา มีอายุ 41- 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.00 ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยที่ 50 ปี ผู้ดูแลที่อายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามาก ทำให้มีกระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุอาจดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึง

พอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ผู้สูงอายุระบุว่า เป็นญาติที่ดูแล ใกล้ชิดมีอายุตั้งแต่ 20 – 83 ปี อายุเฉลี่ย 49.46 ปี (SD = 13.21) อยู่ในช่วงอายุ 26 – 45 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 43.3)

2.2.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาระดับ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 55.25 และรองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 16.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น.6 อ้างถึงใน อูมา จันทวิเศษ, 2535) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ และขาดความรู้เกี่ยวกับแนวการ ดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับความเพียงพอของความรู้และระดับการศึกษาของผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือปีที่ 6 ซึ่งข้อเท็จจริงของการดูแลนั้น ผู้ดูแลจะดูแลตามมี ตามเกิด สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เสนอชุ่ม (2554, น.31) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์บทบาทของ สมาชิกในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า ญาติที่มีความรู้สูงจะมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี เนื่องจากระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะใน การแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

2.2.4 สถานภาพการสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็น ร้อยละ 64.00 สอดคล้องกับพูนสุข เวชวิฐาน (2558, น.13-28) สถานภาพการสมรสของครอบครัว ของผู้สูงอายุและของครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่นการแยกกันอยู่ หย่าร้าง และเป็นหม้าย มีผลต่อ สักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

2.2.5 รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้ง 4 ด้าน และจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 29.00 รองลงมาได้ 2,001-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.75 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ เป็นต้น ทำให้รายได้ที่ผู้ดูแลได้รับมีรายได้ที่ไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น.6) พบว่า มีผู้ดูแลหลายรายที่ต้องปรับ ลักษณะการทำงานของตนให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลา เป็น การทำงานบางเวลา ในบางรายอาจต้องออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้สูงอายุเต็มเวลา ย่อมมีการสูญเสีย รายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้น ปัญหาด้านการเงินมีผลต่อคุณภาพการดูแล เพราะหาก รายได้ไม่ดี การดูแลก็ไม่ทั่วถึง อาหารก็กินตามมีตามเกิด รวมทั้งส่งผลต่อความขาดแคลนด้านอื่นๆ อีกด้วย สอดคล้องกับพูนสุข เวชวิฐาน (2558, น.13-37) พบว่า ถ้าสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแล

ผู้สูงอายุมีฐานะการเงินดี ทำให้สามารถเลือกการรักษาได้หลากหลายทางเลือก มีความพร้อมในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ และไม่มีความเครียดหรือความวิตกกังวล ย่อมทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

2.2.6 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ 2) ด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 29.50 รองลงมาได้ 3,001 – 6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.25 สอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น.6) บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและมีเพียงผู้สูงอายุเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ได้รับสวัสดิการด้านเงินสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุและเงินที่ได้รับก็เป็นเงินจำนวนน้อย ในขณะที่ครอบครัวมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระการดูแล และค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ผู้วิจัยคิดว่าจากการศึกษาลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ และมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด เช่น เป็นลูก หลาน เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเป็นบุตรสาวและอยู่ในช่วงวัยกลางคน เพราะเมื่อบิดา มารดา เริ่มสูงอายุและมีปัญหาทางสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวก็จะเริ่มเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแล เป็นในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป และเนื่องจากเป็นเพศหญิงโดยพื้นฐานความเชื่อทางสังคม การปลูกฝังค่านิยมทางวัฒนธรรมทดแทนบุญคุณและความกตัญญูทดแทน และเป็นสมาชิกที่ยังอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ในขณะที่เพศชายส่วนมากจะทำหน้าที่ช่วยเหลือจัดการค่าใช้จ่ายและเรื่องอื่นๆ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ทำไร่ ทำนา ทำให้รายได้ส่วนมากจะมีรายได้น้อยและไม่แน่นอน นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสทำให้บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย อาจนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เช่น สามีภรรยาทะเลาะกัน อาจมีการผลัดภาระการดูแล และค่าใช้จ่ายระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2.3 สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษาสัมพันธภาพภายในครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ได้แก่ การเอาใจใส่ให้ความรัก การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การพูดคุยและให้คำปรึกษาหรือ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการเชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุ จากการศึกษาผู้วิจัย พบข้อมูลดังนี้

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) และสัมพันธภาพภายในครอบครัวของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรีโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.59$) สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ชมพิกุล (2552, น.63) ที่ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทย พบว่า สิ่งที่ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ความรัก ความเข้าใจ ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน การพูดคุยปรึกษาหารือ การปรองดอง รักใคร่สามัคคี ให้อภัยกัน และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ความเคารพให้เกียรติ ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เสนอชุ่ม (2554, น.32) ที่ศึกษาปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (อ้างถึงอุมพร ตรังสมบัติ, 2544) ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ผู้วิจัยคิดว่า สัมพันธภาพภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว น่าจะมีสาเหตุจากครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรีส่วนมากจะเป็นครอบครัวขยายซึ่งสมาชิกประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตร นอกจากนี้ยังมีญาติพี่น้องอื่น ๆ เป็นสมาชิกอาศัยรวมอยู่ด้วย ซึ่งอาจจะเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ ลุง ป้า น้า อา และอาจจะมีหลานร่วมด้วย ทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวอบอุ่นและมีความสุข เนื่องจาก สมาชิกในครอบครัวมีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน สามารถพูดคุยกันได้อย่างเปิดเผยไม่ปิดบังและรู้จักรับฟังความคิดเห็นและถ้าสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสมาชิกในครอบครัวจะช่วยกันแก้ไขปัญหา ในเวลาว่างหลังจากเลิกงาน วันหยุด และช่วงเทศกาลสำคัญๆ สมาชิกก็มักที่จะทำกิจกรรมร่วมกันอยู่เสมอ เช่น กินข้าวร่วมกัน ไปทำบุญที่วัด ไปเที่ยว เป็นต้น ทำให้เกิดความอบอุ่น และความสามัคคีภายในครอบครัว นอกจากบุตรหลานจะได้รับการอบรมสั่งสอนจากพ่อแม่แล้ว ยังได้รับการดูแลจากปู่ย่า ตายาย โดยเฉพาะในเรื่องความประพฤติ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ โอกาสที่เด็กจะไปเกรหรือประพฤติผิดนอกกลุ่มนอกทางจึงมีน้อยมาก ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริม อบรมเลี้ยงดูกลุ่มหลานให้รัก และความเคารพผู้อาวุโส และพ่อแม่

2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษา การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครเข้ามาเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษา ได้รับความรู้และการบริการจากหน่วยงานของภาครัฐ ได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร การได้รับเงินและสิ่งของ จากการศึกษาผู้วิจัย พบข้อมูลดังนี้

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวทั้ง 4 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) และมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินและสิ่งของที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในด้านอารมณ์และจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.57$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับเงินทองและสิ่งของอยู่ในระดับกลาง และด้านอื่นๆที่เหลืออยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ (2552, น.434) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เฮ้าส์ (House, 1981) อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ เช่น การให้ความรัก ความเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านสิ่งของ เช่น การช่วยเหลือสิ่งของ เงิน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การประเมินสะท้อนความคิด แหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นพื้นฐานและมีความสำคัญแก่ผู้สูงอายุไทยในชนบท ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมกร ใจยังยืน (2559, น.312) อ่างถึงเล็ก สมบัติ (2550) ที่ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบันพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ลักษณะการดูแลของครอบครัวจะกำหนดให้ผู้ดูแลด้านอาหาร การรับประทานยา ความสะอาดและสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนด้านการเงิน ของใช้ที่จำเป็น และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2551, น.6) พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการหลากหลายเรื่อง โดยอันดับแรก คือ ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นจากเดิมต้องการมีเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุและไว้ใช้จ่ายทั่วไป ความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย อาการโรค และแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลมีความต้องการและผู้ดูแลต้องการให้มีคนอยู่ด้วย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บหนัก ความต้องการดังกล่าว Grant, J.S. (1996) ระบุว่า ผู้ดูแลมักมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงต่างๆทางร่างกายของผู้สูงอายุ การพยากรณ์โรค การดำเนินโรค ตลอดจน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุเอง และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือ บรรเทาความกลัวต่างๆ

ผู้วิจัยคิดว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) ด้านเศรษฐกิจ โดยต้องการให้มีรายได้เพิ่ม และต้องการได้รับเงินช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และจากหน่วยงานของรัฐ เนื่องจากผู้ดูแลบางรายไม่ได้ประกอบอาชีพ หรือมีรายได้ที่ไม่แน่นอน เพราะการประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำไร่ ทำนา ถ้าเจอกับธรรมชาติก็จะทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลบางท่านที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาานานๆ จะเกิดความเครียด ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้ามาพูดคุยก็จะสามารถลดความตึงเครียดของผู้ดูแลได้บ้าง 3) ข้อมูลข่าวสารและสิ่งของ ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน เป็นต้น ถ้ามีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐเข้ามาให้ความช่วยเหลือจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 จากการศึกษาทำให้ทราบถึงข้อมูลของการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อที่หน่วยงานทางภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวจะได้นำไปใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.2 ในชุมชนควรจัดให้มีศูนย์บริการ โดยมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานจากภาครัฐ มาให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหรือผู้สูงอายุติดเตียงกับผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนั้นควรจัดให้มีบริการแจกหรือให้ยืมอุปกรณ์สำหรับช่วยเหลือในการดูแล เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน กระโถนนอน และส้วมนั่งสำหรับผู้ป่วยเป็นต้น เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ประสบปัญหา รายได้น้อย

3.1.3 จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีการศึกษาน้อย ทำให้มีรายได้น้อย ในชุมชนควรมีการรวมกลุ่มเพื่อจัดทำผลิตภัณฑ์ของชุมชน โดยมีหน่วยงานทางภาครัฐมาให้การสนับสนุน เพื่อเป็นอาชีพเสริมเพิ่มรายได้ให้กับผู้ดูแล ครอบครัว และคนในชุมชน

3.1.4 ควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

3.1.5 ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50-60 ปี ให้มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี สภาพการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกครอบครัวและผู้สูงอายุย่อมต่างจากจังหวัดในภาคอื่นๆ ดังนั้นข้อมูลจึงไม่สามารถอภิปรายผลประชากรในส่วนอื่นๆ ของประเทศได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรจะศึกษาข้อมูลในแต่ละภาค ครัวเรือน ในเมืองและชนบท เพื่อเป็นการกระจายของกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2 ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2.3 ควรมีการศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ นอกเหนือจากตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี เพื่อได้ทราบข้อมูลที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- ชัชณะ รุ่งปัจฉิม. (2553). วิวัฒนาการและลักษณะของครอบครัว. ใน *เอกสารการสอนชุดจิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา*. (หน่วยที่ 2, หน้า 64-77). นนทบุรี: สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สมเดช สิทธิพงษ์พิทยา. (2549). ประชากร กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง. ใน *เอกสารการสอนชุดการวิจัยเพื่อการพัฒนาครอบครัวและสังคม*. (หน่วยที่ 6, หน้า 241). นนทบุรี: สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- พุดสุข เวชวิฐาน. (2558). ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารการสอนชุดพัฒนาการวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. (หน่วยที่ 13, หน้า 13-37). นนทบุรี: สาขามนุษยนิเวศศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วีรเทพ ปทุมเจริญวัฒนา. (2558). การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ใน *เอกสารการสอนชุดพัฒนาการวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ*. (หน่วยที่ 14, หน้า 14-21). นนทบุรี: สาขามนุษยนิเวศศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นิยพรรณ(พลวัฒน์) วรรณศิริ. (2550). *มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท
- ศิริรัตน์ แอดสกุล. (2553). *สถาบันครอบครัว: พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ แฝนคง. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). *100 ปีปริทัศน์*. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัดย์. (2555). *ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ: ผู้ดูแลที่เป็นทางการและแนวทางในการประกันคุณภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- งามพิศ สัตย์พรรณ. (2552). *สถาบันครอบครัวของกลุ่มชาติพันธุ์ในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาครอบครัวโซ่ง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการภาวการณ์ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์อ็อปปีประเทศไทย.

- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *สวัสดิการผู้สูงอายุแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ก๊อปปี้ประเทศไทย.
- สุพรรณษา วัจศิริ. (2552). *บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, พิษณุโลก.
- วชิราพรณ เทพิน. (2553). *ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนบทไทย*. คณะสังคมสงเคราะห์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เบ็ญจลักษณ์ อัครพสุชาติ. (2550). *บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิตถ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์, อุดรดิตถ์.
- ชโลม วิเศษโกสิน. (2552). *ความสัมพันธ์ภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ปัญญา ศรีสมบัติ. (2550). *บทบาทของครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครจังหวัดพิษณุโลก*. (ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวสำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัว. (ม.ป.ป.). *การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว*. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.owf.go.th/wofa/modules/website/upload/article/c710372de552841be002bbbad07ab00.pdf>
- ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย : แนวโน้ม คุณลักษณะ และปัญหา*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *เตรียมตัวให้พร้อมไว้... ในวัยผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2558, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/poll_elderly-1.jsp
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2551). *ผู้สูงอายุ*. อ้างถึงใน วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2558, จาก http://www.cps.chula.ac.th/cps/research_division/article_ageing/ageing_001.html

- ศุภเจตน์ จันทร์สาส์น. (2557). *อนาคตของผู้สูงอายุไทย 'ลำบาก'*. สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.dailynews.co.th/bangkok/230189>
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2557). *สถิติประชากรและบ้าน จำนวนประชากรแยกกรายอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2557*. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2558, จาก http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (ม.ป.ป.). *ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)*. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115753>
- พูนสุข เวชวิฐาน. (2551). *ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทไทย: มุมมองจากผู้สูงอายุและลูกวัยผู้ใหญ่*. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 9(1), 25-35.
- อุมากร ใจยังยืน. (2559). *การศึกษาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี*. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 35(1), (มกราคม-กุมภาพันธ์), 306-314.
- ศศิพัฒน์ ขอดเพชร. (2551). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว : ในการประชุมเวทีระดมความคิดเห็นนโยบาย เรื่องระบบการดูแลและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ*, วันที่ 30 ตุลาคม 2551 ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์. กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ. (2009). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. *Rama Nurs J*, 15 (3), (September–December), 439.
- วิชัย เสนชุ่ม. (2554). *ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลพะวงอำเภอแม่สอดจังหวัดตาก*. *วารสารการพยาบาลและชุมชน*, 5(2), (พฤษภาคม–สิงหาคม), 23-32.
- Davis, L. L., Gilliss, C. L., & Harper, M. S. (2011). *Family Caregiving: Implications for Rural Practice, Policy, Education, and Research* In Gilliss C. L. et al. (Eds.) *Rural Cagiving in the United State: Education, and Research Practice*, LLC: Springer Science Business Media.
- Kim, S.Y. & Sok, S.R. (2012). *Relationships among the percived health status, family support andlife satisfaction of older Korean adults*. *International Journal of Nursing Practice*, 18 (4): 325-31. Doi:10.1111/j1440-172x.2012.02050.x.

สาธารณสุขสุพรรณบุรี. (2559). การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ. อ้างถึงใน
สมัชชาสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2560, จาก
<http://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/7479>
จังหวัดสุพรรณบุรี. (2559). บรรยายสรุปจังหวัด. สืบค้นเมื่อ 20 กันยายน 2560, จาก
<http://www.suphanburi.go.th/suphan/fileupload/mm/267.pdf>





ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร



ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)

ภาคผนวก ก

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ (แบบสอบถาม)



ที่ ศธ 0522.21/ว 659

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

31 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ

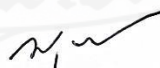
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีการตรวจสอบคุณภาพให้ด้านความครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษา และสอดคล้องกับกระบวนการวิจัย สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้โปรดพิจารณาตรวจสอบคุณภาพและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาดังกล่าวด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาติดต่อให้รายละเอียดต่อไป

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วดีนา จันทร์ศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0 2503 3573

โทรสาร 0 2503 3573



ที่ ศธ 0522.21/๑65๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

31 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.เอกจิตรา คำมีศรีสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้ โดยมีความประสงค์ขอร้องอาจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีการตรวจสอบคุณภาพให้ด้านความครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษา และสอดคล้องกับกระบวนการวิจัย สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน สวัสดิการผู้สูงอายุ ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบคุณภาพและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของนักศึกษาดังกล่าวด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาติดต่อให้รายละเอียดต่อไป

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี
จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0 2503 3573

โทรสาร 0 2503 3573



ที่ ศธ 0522.21/๑๖5๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

31 พฤษภาคม 2559

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางสาวอุบลวรรณ เรือนทองดี

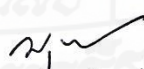
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

ด้วยนางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาด้วยนี้ โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร โชติชัยสถิตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เวชวิฐาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความเห็นชอบเบื้องต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว แต่เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้นมีการตรวจสอบคุณภาพ ให้ด้านความครอบคลุมเนื้อหา การใช้ภาษา และสอดคล้องกับกระบวนการวิจัย สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ จึงใคร่ ขอความอนุเคราะห์จากท่านในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การพยาบาลอนามัยชุมชน การพยาบาลครอบครัว และการ พยาบาลผู้สูงอายุ ได้โปรดพิจารณาตรวจสอบคุณภาพและให้ความคิดเห็นเพื่อการปรับปรุงเครื่องมือการวิจัยของ นักศึกษาดังกล่าวด้วย สำหรับรายละเอียดอื่นๆ นักศึกษาติดต่อให้รายละเอียดต่อไป

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วดีนา จันทศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร. 0 2503 3573

โทรสาร 0 2503 3639

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุเคราะห์ทดลองเครื่องมือ



ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตทดลองเครื่องมือ

ที่ ศธ 0522.21/ ๑๖๐2



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

๑๑ ตุลาคม 2559

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอคอนเจดีย์

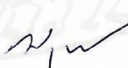
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ
ครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี ตามโครงการวิทยานิพนธ์ที่แนบมาพร้อมนี้

การจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าว นักศึกษาได้จัดทำเครื่องมือที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลและ
เพื่อให้เครื่องมือที่จัดทำนั้น มีความเที่ยงตรงกับกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องกับหลัก และกระบวนการวิจัยทาง
สาขาวิชาฯ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการขอเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
วิจัยกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอคอนเจดีย์ และยินยอมให้ข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้ นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ
ได้ทดสอบเครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ
อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วิศินา จันทศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639



ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุญาตแกะเก็บเครื่องมือเพื่อการวิจัย

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุเคราะห์เก็บเครื่องมือเพื่อการวิจัย

ที่ ศร 0522.21/ว.1168



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอบางปลาม้า

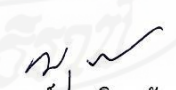
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาคorporationและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ
ครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
ตำบลวัดควา และตำบลมะขามล้ม โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจาก
ท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ศร.วทีนา จันทร์ศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ศธ 0522.21/ว.1168



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปลาหมี่

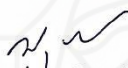
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลโลกคราม โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วลีนา จันทศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639



ที่ ศธ 0522.21/ว. 11๒๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเดิมบางนางบวช

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลเดิมบาง และตำบลนางบวช โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639



ที่ ศธ 0522.21/ว. 11 ๒๘

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาคorporationและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ
ครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
ตำบลเขาพระ โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่านในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจาก
ท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิศิณี จันทร์ศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639



ที่ ศธ 0522.21/ 2.11 68

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ
ครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
ตำบลมดแดง โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจาก
ท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วสินา จันทร์ศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ที่ ศธ 0522.21/ว.11 68



มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี 11120

12 กันยายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์

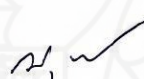
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงการวิทยานิพนธ์ จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรศิลปศาสตร-
มหาบัณฑิต วิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมราช ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของ
ครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ในการนี้ นักศึกษาจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน
ตำบลศรีประจันต์ และตำบลวังน้ำซับ โดยขอให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการอนุญาตให้นักศึกษาได้ดำเนินการเก็บ
ข้อมูลเพื่อการวิจัยตามรายละเอียดที่นักศึกษาเสนอมาพร้อมนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจาก
ท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วศิณา จันทรศิริ)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์

โทร 0-2503-3573

โทรสาร 0-2503-3639

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
แบบสอบถาม

1

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของผู้ดูแลกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

เนื่องด้วยท่านเป็นผู้หนึ่งที่ทำหน้าที่สำคัญในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษา เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อการส่งเสริม สนับสนุน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาค่าดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและของสมาชิกครอบครัวโดยรวม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

นางสาวชวณัฐ รัตโนสถ
นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิตวิชาเอกการพัฒนาครอบครัวและสังคม
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คำชี้แจงแบบสอบถาม

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและข้อมูลผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ
- ส่วนที่ 2. สัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ
- ส่วนที่ 3. การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ
- ส่วนที่ 4. การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ประกอบด้วย
ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ
ด้านอารมณ์และจิตใจ จำนวน 10 ข้อ
ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ
ด้านเศรษฐกิจ จำนวน 5 ข้อ
- ส่วนที่ 5. ข้อคิดเห็นอื่นๆ จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี

ส่วนที่ 1. ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและข้อมูลผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง หรือ เติมคำตอบลงในช่องว่างในข้อต่อไป

1. เพศ หญิง ชาย
2. อายุ ปี (จำนวนเต็มปี)
3. สถานภาพสมรส
 โสด สมรส
 หม้าย หย่าร้าง / แยก
4. ศาสนา
 พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่นๆ
5. ระดับการศึกษา
 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น
 มัธยมศึกษาตอนปลาย อนุปริญญา
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพของท่านในปัจจุบัน
 รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 เกษตรกรรม (ทำไร่ / ทำนา / ทำสวน) รับจ้าง
 อื่นๆ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของท่านรวมโดยประมาณ บาท
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวโดยรวมประมาณ บาท
9. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีอายุปี
10. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเป็นเพศ
 ชาย หญิง
11. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีความสามารถในการพึ่งตนเอง
 ได้ ไม่ได้
12. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโรคประจำตัว
 มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว
13. ระยะเวลาที่ท่านดูแลผู้สูงอายุรวม ปี
14. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและผู้สูงอายุที่ท่านดูแล
 ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ/พี่น้อง
 บิดา มารดา อื่นๆ (ระบุ)

คำถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพและการดูแลผู้สูงอายุใน ส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับการปฏิบัติที่ตรงกับท่านมากที่สุดในตอนท้ายข้อ
คำถามแต่ละข้อ ทั้งนี้การแสดงระดับทั้งหมด 5 ระดับ มีการเรียงจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ดังนี้

- ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด
- ระดับ 4 หมายถึง มาก
- ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง
- ระดับ 2 หมายถึง น้อย
- ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 2. สัมพันธภาพภายในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว	ระดับของสัมพันธภาพ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกันพูดจาถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน					
2. สมาชิกในครอบครัวปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน					
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในเรื่องสำคัญ					
4. สมาชิกในครอบครัวจะทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด					
5. สมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ					
6. สมาชิกในครอบครัวเชื่อฟังคำสั่งสอน คำแนะนำของผู้สูงอายุ					
7. สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือกันเมื่อใครคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน					

ส่วนที่ 3. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับของการสนับสนุนทางสังคม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. เมื่อท่านมีปัญหาไม่สบายใจท่านสามารถพูดคุยกับเพื่อนสนิท เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานได้					

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับของการสนับสนุนทางสังคม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2. ท่านสามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อบต. เป็นต้น					
3. ท่านได้รับการสุขภาพเบื้องต้นจากสถานอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลรัฐ					
4. ท่านได้รับการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้บริการด้านสุขภาพ					
5. ท่านได้รับการจากอาสาสมัคร (อสม.) มาพบปะพูดคุยที่บ้านเพื่อให้กำลังใจ					
6. ท่านได้รับการข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. ของหมู่บ้าน					
7. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการได้รับสวัสดิการและสิทธิผู้สูงอายุ จากหน่วยที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาล อบต. เป็นต้น					
8. ท่านได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกองค์กรสวัสดิการชุมชน เช่น กองทุนเงินออมของหมู่บ้าน สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ ออมทรัพย์เพื่อการเกษตร เป็นต้น					
9. ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ					
10. ท่านได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ					

ส่วนที่ 4. การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับของการดูแล				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ด้านสุขภาพ					
1. ท่านดูแลเรื่องอาหารการกินให้กับผู้สูงอายุ					
2. ท่านคำนึงถึงความเหมาะสมและความต้องการของผู้สูงอายุก่อนซื้อหรือก่อนเตรียมทำอาหาร					
3. ท่านจัดหาอาหารบำรุงร่างกาย ผักและผลไม้ให้ผู้สูงอายุรับประทาน					
4. ท่านจัดที่อยู่อาศัยหรือที่นอนให้แก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความปลอดภัย					

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับของการดูแล				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5. ท่านดูแลทำความสะอาดห้องนอนและที่อยู่อาศัยให้ผู้สูงอายุ					
6. ท่านดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของผู้สูงอายุให้สะอาดอยู่เสมอ					
7. ท่านดูแลผู้สูงอายุในการทำความสะอาดร่างกาย เช่น อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ เป็นต้น					
8. ท่านดูแลและอำนวยความสะดวกเรื่องยานพาหนะเดินทางตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ					
9. ท่านพาผู้สูงอายุไปตรวจสุขภาพประจำปี					
10. ท่านจัดหายาและพาผู้สูงอายุไปตรวจรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย					
ด้านอารมณ์และจิตใจ					
1. ท่านให้ความสำคัญและแสดงความเคารพยกย่อง ให้เกียรติผู้สูงอายุโดยถือว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว					
2. ท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำสั่งสอนของผู้สูงอายุ					
3. ท่านรับฟังปัญหา คอยดูแลเอาใจใส่ปลอบโยนให้กำลังใจ เมื่อผู้สูงอายุไม่สบายใจ					
4. ท่านใช้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่สุภาพ					
5. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความสามารถและความพอใจ					
6. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น					
7. ท่านชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง					
8. ท่านดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ ใส่บาตร เป็นต้น					
9. ท่านดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิงต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น					
10. ท่านพาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจในสถานที่ต่างๆ					
ด้านสังคม					
1. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบปะกับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน					

การดูแลผู้สูงอายุ	ระดับของการดูแล				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น วันสงกรานต์ งานบุญประเพณี เป็นต้น					
3. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น					
4. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น					
5. ท่านสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมที่บุตรหลาน หรือญาติพี่น้องจัดขึ้น เช่น ทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานแต่ง เป็นต้น					
ด้านเศรษฐกิจ					
1. ท่าน/ครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อไว้ใช้จ่ายส่วนตัวตามความต้องการ เช่น ทำบุญ ใช้กิจกรรมของหมู่บ้าน เป็นต้น					
2. ท่าน/ครอบครัวให้เงินผู้สูงอายุเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ					
3. ท่าน/ครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล					
4. ท่าน/ครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายยานพาหนะในการเดินทางไปพบแพทย์					
5. ท่าน/ครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น					

ส่วนที่ 5. ข้อคิดเห็นอื่นๆ

1. ท่านคิดว่าท่านประสบปัญหาใดมากที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุ และท่านได้รับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากใครหรือหน่วยงานใดมากที่สุด

.....

.....

2. ในอนาคตท่านประสงค์ที่จะได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพ / การเตรียมความพร้อมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ เรื่องใดบ้าง (โปรดระบุ 3 อันดับแรกที่สำคัญ)

.....

.....

.....

3. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวชวนัฐ รัตโนสถ
วัน เดือน ปีเกิด	16 มิถุนายน 2523
สถานที่เกิด	อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (แพทย์แผนไทย) เกียรตินิยมอันดับ 2 มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ.2552
สถานที่ทำงาน	คลินิกแสงธรรมแพทย์แผนไทย อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี
ตำแหน่ง	แพทย์แผนไทย

