



ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง"

ของ อรุณา จีระกมล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีสันติสุข)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ สุขสวัสดิ์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ดร.ปริญญา สร้อยทอง)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพล พุทธิรักษา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระ หวังสัจจะโชค)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ดร.ศิวาภรณ์ ไชยเจริญ)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ผู้วิจัย	อรอุมา จีระกมล
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ สุขสวัสดิ์
กรรมการที่ปรึกษา	ดร.ปริญญ์ สร้อยทอง
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ปริญญาตรี, รัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	ทุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลในครอบครัว, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทุนทางสังคมประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1.ความไว้วางใจ 2.การเกื้อกูลกัน และ 3.การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม และคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1.ด้านสุขภาพร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 400 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเทคนิคการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุ ผลการศึกษานี้พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีค่า $\beta = 0.701$ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต 2 องค์ประกอบ คือ ความไว้วางใจและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ทั้งนี้อองค์ประกอบด้านการเกื้อกูลกันไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว และความสัมพันธ์แบบทางการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ และส่งเสริมทุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยสนับสนุนให้เกิดการสร้างความร่วมมือและการมีปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานการร่วมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และทรัพยากรระหว่างกันทั้งในรูปแบบของเครือข่ายสังคมออฟไลน์และออนไลน์

Title	SOCIAL CAPITAL AND QUALITY OF LIFE OF CARER OF THE DEPENDENT ELDERLY
Author	Orn-uma Jeerakamol
Advisor	Associate Professor Wanlapat Suksawas, Ph.D.
Co-Advisor	Parinya Soithong, Ph.D.
Academic Paper	Ph.D. Dissertation in Political Science - (Type 2.2), Naresuan University, 2023
Keywords	Social Capital, Quality of Life, Carer, Dependent Elderly

ABSTRACT

This study aimed to explore the relationship between social capital and the quality of life of carers for dependent elderly individuals. Social capital was conceptualized into three components: trust, norms of reciprocity, and social network support. This research was quantitative research, data were collected from 400 carers within Health Region 2, encompassing five provinces: Sukhothai, Phitsanulok, Tak, Uttaradit, and Phetchabun. Statistical analyses, including average, percentage, and multiple regression analysis (MRA), were utilized to examine the data. The findings indicated a significant relationship between social capital and the quality of life of carers (reliability at 0.05). Specifically, social network support and trust were positively associated with the quality of life, whereas norms of reciprocity showed no significant relationship.

The study underscores the importance of social capital in enhancing the quality of life of carers. It suggests that government and related organizations might consider to foster carers' trust in both informal (e.g., family members) and formal (e.g., public health professionals) relationships. Moreover, public policies are directed towards promoting social network supports within social capital by establishing cooperation and interaction that facilitate the exchange of knowledge and resources among individuals, both offline and online social networks.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก. รุ่น 21) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ในการให้ทุนการศึกษาวิจัยและงบประมาณในการเดินทางเพื่อไปทำงานร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาต่างประเทศ ณ ประเทศญี่ปุ่น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วัลลภ สุขสวัสดิ์ และ ดร.ปริญญา สร้อยทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่านผู้มอบโอกาสอันล้ำค่าและให้ความกรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษาแนะนำ รวมถึงชี้แนะแนวทางในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เปรียบดั่ง “คุณครู” ผู้ให้แสงสว่างชี้ทางผู้วิจัยให้มีความมุ่งมั่นทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งใจต่อความรัก ความเมตตา และคำสอนทั้งทางด้านวิชาการและการดำเนินชีวิตที่ได้รับจากทั้งสองท่านเสมอมา นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ Professor Dr.Koji Makino อาจารย์ที่ปรึกษาต่างประเทศที่ให้การต้อนรับอย่างอบอุ่นและคอยช่วยเหลือดูแลผู้วิจัยเป็นอย่างดีขณะที่อาศัยอยู่ที่ประเทศญี่ปุ่น อีกทั้งยังให้ความรู้และคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการทำวิจัยเป็นอย่างมาก รวมถึง Associate Professor Dr.Peter Mayer ที่คอยให้คำปรึกษาและมีความเมตตาต่อผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ ศรีสันติสุข ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วัชรพล พุทธรักษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระ หวังสัจจะโชค และดร.ศิวาภรณ์ ไชยเจริญ ที่กรุณาให้คำแนะนำที่มีประโยชน์ และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชารัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ได้สั่งสอนและให้ความรู้ที่ช่วยให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้เรียนรู้และเปิดโลกทัศน์ทางวิชาการมากยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะสังคมศาสตร์ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือทั้งการประสานงานและดำเนินการด้านเอกสารต่าง ๆ โดยเฉพาะพี่สกวรัตน์ โชติรัตนศักดิ์ และ พี่กิตติศักดิ์ เผ่าพันธุ์ ผู้ที่คอยช่วยแก้ไขปัญหาและให้การสนับสนุนที่ดีเสมอมา นอกจากนี้ สิ่งที่จะขาดไปไม่ได้เลยคือ มิตรภาพและกำลังใจจากพี่ ๆ น้อง ๆ นิสิตปริญญาเอกและนิสิตปริญญาโททุกท่าน ที่คอยส่งความรักและความหวังดี รวมถึงแรงสนับสนุนที่สามารถช่วยให้ก้าวข้ามอุปสรรคและความยากลำบากมาได้ ขอขอบคุณ ดร.สันทราย วงษ์สุวรรณ น้องสาวที่น่ารักและเป็นผู้ที่คอยอยู่เคียงข้างกันและกันเสมอมา ดร.อุบลวรรณ สุภาแสน ผู้ที่ไม่ยอมแพ้และจับมือสู้มาด้วยกัน ผศ.ดร.โอฬาร อ่องพะ และ ดร.วีรชน เกษสกุล ผู้ที่ร่วมเดินทางมาด้วยกันและคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาที่ดีมาโดยตลอด รวมไปถึง พี่แหวน พี่ไธมี พี่มัน พี่ตัน พี่มีม พี่มล น้องแมน น้องนิง น้องอมสิน และมิตรสหายผู้ซึ่งมิได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุนที่ดีเสมอ

เหนือสิ่งอื่นใดขอขอบพระคุณครอบครัว "จิระกมล" และครอบครัว "แก้วตา" อันเป็นที่รัก บิดา มารดา ป้า และน้องสาว ที่อยู่เคียงข้างกันเสมอทั้งในยามสุขและยามทุกข์ คอยส่งความรัก ความอบอุ่น และกำลังใจช่วยให้ก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ด้วยดี เป็นแรงผลักดันที่สำคัญที่สุดของความสำเร็จนี้ รวมไปถึงญาติพี่น้องและหลาน ๆ ที่น่ารักที่มอบรอยยิ้มและเสียงหัวเราะเป็นดังความสดใสในยามที่เหนื่อยล้า

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณร่างกายและจิตใจของตัวเองที่อดทน มุ่งมั่นและไม่ละทิ้งความพยายาม จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ในที่สุด คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่บิดามารดา ครูบาอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการและนำไปสู่การเปิดพื้นที่ทางการเรียนรู้ที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้นในอนาคต

อรอุมา จิระกมล



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุุณูปการ	ช
สารบัญ	ณ
สารบัญตาราง	๗
สารบัญภาพ	ต
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer).....	3
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Quality of Life of Carer)	5
ทุนทางสังคม (Social Capital).....	9
คำถามการวิจัย	12
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	12
ขอบเขตของงานวิจัย.....	13
ขอบเขตด้านพื้นที่	13
ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	13
ขอบเขตด้านเนื้อหา	13
ขอบเขตด้านระยะเวลา	13
สมมติฐานการวิจัย	13

นิยามศัพท์เฉพาะ	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	14
โครงสร้างงานวิจัย	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
1. ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer)	16
ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว	19
ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว	20
ผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลในครอบครัว	22
2. แนวคิดทุนทางสังคม	24
ความหมายของทุนทางสังคม	24
องค์ประกอบของทุนทางสังคม	29
1. ความไว้วางใจ (Trust)	29
2. การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity)	34
3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support)	38
3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต	42
3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต	42
3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	44
3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต	47
3.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต	48
4. กรอบแนวคิด	52
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	56
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	56

1.1) ประชากร	56
1.2) กลุ่มตัวอย่าง	57
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	58
3. การสุ่มตัวอย่าง.....	63
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	69
5. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
บทที่ 4	73
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของผู้ดูแลในครอบครัว.....	73
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว	73
ส่วนที่ 2 ทูทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว	80
ส่วนที่ 3 การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว	87
ส่วนที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว.....	89
ตอนที่ 2 การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย	94
1. ตัวแปรในการศึกษา.....	94
2. สมมติฐานการวิจัย.....	96
การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยหลัก.....	97
การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1	99
การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2.....	102
การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3.....	104
การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4.....	107
บทที่ 5.....	114

ผู้ดูแลในครอบครัว	114
1. ลักษณะและบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว	114
2. ปัญหาจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว.....	115
2.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย.....	115
2.2 ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต.....	119
2.3 ปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	122
2.4 ปัญหาทางการเงิน.....	124
3. หน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ..	129
3.1 ด้านอารมณ์และความรู้สึก	130
3.2 ด้านการพัฒนาความสัมพันธ์.....	131
3.2.1 ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว.....	132
3.2.2 ความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในสังคม	133
บทที่ 6	136
ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	136
ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	136
1. ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	137
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	149
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	152
บทที่ 7	163
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานการศึกษา.....	163

1) นโยบายและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัวของประเทศไทย	163
2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว	174
กลุ่มที่ 1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ....	175
กลุ่มที่ 2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม	178
3) คุณูปการของงานวิจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากการศึกษา	186
คุณูปการของงานวิจัย.....	186
ข้อจำกัดจากการศึกษา.....	187
ข้อเสนอแนะจากการศึกษา	188
บรรณานุกรม	191
ประวัติผู้วิจัย	212
ภาคผนวก ก.....	213
ภาคผนวก ข.....	227
ภาคผนวก ค.....	230
ภาคผนวก ง	236
ภาคผนวก จ.....	238

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 กลุ่มผู้สูงอายุ : แบ่งตามหลักการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living : ADL).....	4
ตาราง 2 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต	8
ตาราง 3 จำนวนรวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	12
ตาราง 4 สรุปลักษณะของทุนทางสังคม.....	27
ตาราง 5 สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	46
ตาราง 6 ส่วนประกอบของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO))	51
ตาราง 7 สรุปองค์ประกอบของทุนทางสังคม	53
ตาราง 8 สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	53
ตาราง 9 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามรายจังหวัด	57
ตาราง 10 ผลของการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายข้อ	60
ตาราง 11 สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	61
ตาราง 12 จำนวนอำเภอของแต่ละระดับแยกตามรายจังหวัด	64
ตาราง 13 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดเพชรบูรณ์.....	64
ตาราง 14 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดพิษณุโลก	65
ตาราง 15 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดอุตรดิตถ์	65
ตาราง 16 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดสุโขทัย	66
ตาราง 17 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดตาก	66
ตาราง 18 ร้อยละของจำนวนประชากรระดับจังหวัด.....	68

ตาราง 19 จำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัด	68
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ	80
ตาราง 21 ลำดับความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย	82
ตาราง 22 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุนทางสังคมด้านการ เกื้อกูลกัน	83
ตาราง 23 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุนทางสังคมด้านการ สนับสนุนทางเครือข่ายสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว	85
ตาราง 24 แสดงการเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่ม	87
ตาราง 25 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต	89
ตาราง 26 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา	95
ตาราง 27 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1-X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)	97
ตาราง 28 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิต	98
ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1-X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)	98
ตาราง 30 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1-X_8) และคุณภาพชีวิต ด้าน สุขภาพกาย (Y_2)	100
ตาราง 31 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	101
ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1-X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Y_2)	101
ตาราง 33 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1-X_8) และคุณภาพชีวิต ด้าน สุขภาพจิต (Y_3)	102

ตาราง 34 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต.....	103
ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (Y_3)	103
ตาราง 36 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต ด้านสังคม (Y_4)	105
ตาราง 37 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม	106
ตาราง 38 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Y_4).....	106
ตาราง 39 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต ด้าน สิ่งแวดล้อม (Y_5).....	107
ตาราง 40 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การ ถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	108
ตาราง 41 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Y_5).....	109
ตาราง 42 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับ คุณภาพชีวิต.....	110
ตาราง 43 สรุปการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย.....	112
ตาราง 44 แสดงลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ที่มีค่ามากที่สุด สามลำดับแรกระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_2 - Y_5).....	141
ตาราง 45 แสดงข้อโต้แย้งในการศึกษา.....	141
ตาราง 46 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านการออกกำลังกาย (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)	150

ตาราง 47 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมสังคม กับคุณภาพชีวิต.....	153
ตาราง 48 แสดงความสัมพันธ์ของการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่มและคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว	159



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 เขต.....	11
ภาพ 2 ประเภทของความไว้วางใจ.....	31
ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบของการเกื้อกูลกัน.....	37
ภาพ 4 ส่วนประกอบของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม	39
ภาพ 5 แผนผังองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	47
ภาพ 6 กรอบแนวความคิด.....	54
ภาพ 7 เพศและค่าเฉลี่ยอายุของผู้ดูแลในครอบครัว	74
ภาพ 8 ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแลในครอบครัว.....	75
ภาพ 9 ค่าเฉลี่ยของรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัว.....	76
ภาพ 10 จำนวนผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับผิดชอบดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล	77
ภาพ 11 ค่าเฉลี่ยสถานภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและศาสนาของผู้ดูแลในครอบครัว	77
ภาพ 12 จำนวนสมาชิกในครอบครัวและ สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว.....	78
ภาพ 13 ระยะเวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวและจำนวนผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ	79
ภาพ 14 จำนวนสมาชิกของกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่ม.....	88
ภาพ 15 ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตแยกออกเป็น 4 ด้าน	92
ภาพ 16 กรอบแนวคิดใหม่จากการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบสำรวจ	96
ภาพ 17 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต	111
ภาพ 18 ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว	128

ภาพ 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1).....	139
ภาพ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในสถาบันทางการเมืองและคุณภาพชีวิต.....	145
ภาพ 21 ช่องว่างทางนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของรัฐไทย	173
ภาพ 22 แสดงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว.....	174
ภาพ 23 แสดงตัวแสดงที่สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในนโยบายทั้ง 3 ระดับ	185



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์โลกปัจจุบันที่กล่าวได้ว่าเป็นยุคสมัยของความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มนุษย์ได้ทำการคิดค้นและพัฒนาเทคโนโลยีมากมายเพื่อตอบสนองความสะดวกสบายและความพึงพอใจ รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เจริญก้าวหน้าและมีความทันสมัย ส่งผลให้ประชากรโลกมีสุขภาพที่ดีขึ้น อัตราการเกิดและเสียชีวิตลดลง อายุขัยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (รักษพล สนิทยา, 2555; อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง & ภักดี โพธิ์สิงห์, 2560; อัมราภรณ์ ภูระย้า & ขนิษฐา นันทบุตร, 2562)

การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้โครงสร้างด้านประชากรโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่รูปแบบโครงสร้างประชากรแบบสังคมสูงวัย ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) สังคมสูงวัย (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด 2) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และ 3) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged society) หมายถึง สังคมที่มีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุโลกยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

นอกจากนี้ จากรายงาน World Population Ageing 2017 ขององค์การสหประชาชาติ United Nation หรือ UN (2017) ได้นำเสนอไว้ว่า อัตราการเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้สูงอายุโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ภายในปี พ.ศ.2560 - พ.ศ.2593 (ค.ศ.2017- ค.ศ.2050) มีอัตราสูงถึงร้อยละ 116.2 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2561) ที่ได้อธิบายไว้ว่า ประชากรผู้สูงอายุของโลกยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง กล่าวคือ ได้มีการคาดการณ์ไว้ว่าความเร็วของอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีมากกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรทั้งหมดถึง 4 เท่า ยิ่งไปกว่านั้นในปี ค.ศ.2017 ทุกทวีปในโลกยกเว้นทวีปแอฟริกาได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วทั้งสิ้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า โครงสร้างทางด้านประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัย (Aged Society) และจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง ส่งผลให้หลายประเทศเกิดการตื่นตัวและร่วมกันตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญนี้

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของสังคมสูงวัยเป็นปัญหาที่หลายประเทศในโลกกำลังให้ความสนใจ รวมถึงประเทศในภูมิภาคเอเชียด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ปรากฏว่าบางประเทศในภูมิภาคเอเชียได้เข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยและสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว โดยพบว่ามียุทธการเปลี่ยนแปลงทางประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 131.8 (United Nations, 2017) เช่น ประเทศญี่ปุ่นที่ได้ประกาศเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 33.4 หรือเท่ากับหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด และยังเป็นประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติ หรือ United Nation (2017) ยังคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2050 จำนวนของผู้สูงอายุในทวีปเอเชียจะมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุในโลก และบางประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัยแล้วเช่นเดียวกัน ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มที่เร็วกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาค ประเทศในลำดับถัดมาที่จะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยคือ ไทย บรูไน และเวียดนาม ตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นยังมีรายงานเพิ่มเติมว่าภายในปี พ.ศ.2573 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะมีประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ คือมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ รวม 7 ประเทศจากทั้งหมด 10 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย บรูไน เวียดนาม พม่า มาเลเซีย และอินโดนีเซีย (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559)

อย่างไรก็ตาม เมื่อกล่าวถึงสถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทยจะพบว่าปัจจุบันอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยช้าลงเป็นอย่างมาก และมีแนวโน้มติดลบได้ในอนาคต แต่ในทางตรงกันข้ามจำนวนของผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราความเร็วที่สูงมาก โดยคาดประมาณว่าตั้งแต่ปีพ.ศ.2560 เป็นต้นไปจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเร็วเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยได้ประกาศว่าเป็นสังคมสูงวัยแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2564 และจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ.2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า สถานการณ์สังคมสูงวัยในภูมิภาคเอเชีย รวมทั้งประเทศไทยถือว่าอยู่ในสภาวะที่ต้องให้ความสำคัญและเฝ้าระวังเป็นอย่างมาก โดยฝ่ายรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต้องเร่งหามาตรการและแนวทางในการเตรียมรับมือกับปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไปสู่สังคมสูงวัยนั้น ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น 1) ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2560 อธิบายไว้ว่า ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีปัญหาเรื่องสุขภาพ อีกทั้งด้านภาวะการช่วยเหลือตนเองพบว่ามีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 5 ที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัย

ปลายหรือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) 2) ปัญหาด้านการเงินของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน (2561) ได้นำเสนอไว้ว่า ประชากรในวัยสูงอายุหรือวัยเกษียณขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ทำให้มีการออมลดลงตามไปด้วย ทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินและความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุจนนำไปสู่การพึ่งพิงด้านการเงินกับบุตรหลานหรือคนในครอบครัว และ 3) ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของสมเกียรติ สุทธิรัตน์ (2561) ได้นำเสนอไว้ว่าผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและความวิตกกังวล นำไปสู่สาเหตุของปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายอื่น ๆ ตามมาอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยนั้นได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลาย ทั้งการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (กิตติวงศ์ สาสวด, 2560; นงนุช แยมวงษ์, 2557; ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2561) การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551; รัชพล สนธิยา, 2555; สมเกียรติ สุทธิรัตน์, 2561) หรือการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551; ธนกร สิริสุคันธา, พรนภา บุญนำมา, & นภาพรพร เนตรประดิษฐ์, 2562; ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2561) อีกทั้งจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ปัญหาสังคมสูงวัยนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังรวมถึงตัวแสดงที่ได้รับผลกระทบไม่แพ้กันจากปัญหาสังคมสูงวัย นั่นคือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือกลุ่มคนที่ในการศึกษานี้เรียกว่า ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer) ที่ถือได้ว่ามีความเกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบอย่างมากจากการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัยเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer)

ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นตัวแสดงที่สำคัญอีกหนึ่งตัวแสดงในสังคมสูงวัย โดยผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทหน้าที่หลักในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จากการศึกษาของเจริญชัย หมั่นห่อ และสุพรรณิ พูลผล (2559) พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรและอยู่ในวัยแรงงาน มีอายุระหว่าง 15-59 ปี โดยสิ่งสำคัญสำหรับผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือองค์ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมในทุกด้าน ได้แก่ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลที่ดีสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับรายงานของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ได้อธิบายว่า สำหรับผู้สูงอายุนั้นบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้คือสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เช่น สามเณรยา บุตรชายบุตรหญิง และญาติพี่น้อง

ใกล้ชิด ซึ่งจะรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นคนดูแลด้านสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากรายงานประชากรไทยในอนาคต (2549) พบว่า อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ หรือ อัตราส่วนระหว่างประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หมายความว่าประชากรผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากขึ้น ทำให้วัยแรงงานต้องแบกรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน ซึ่งประชากรวัยแรงงานที่กล่าวไปข้างต้นสามารถถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว (Carer) ได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวคือเป็นวัยแรงงาน มีอายุระหว่าง 15-59 ปี มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เป็นบุตรหรือบุคคลในครอบครัว และทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ทั้งนี้ การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ เช่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการนำเอาดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) มาใช้เพื่อคัดกรองและจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุตามความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผลการประเมินจะจำแนกผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยวัดจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในหมวดกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) รายละเอียดดังตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 1 กลุ่มผู้สูงอายุ : แบ่งตามหลักการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living : ADL)

กลุ่มผู้สูงอายุ	ลักษณะผู้สูงอายุ	
	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม
กลุ่ม 1 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ติดสังคม)	สุขภาพทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรังแต่ควบคุมได้	เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ช่วยเหลือคนอื่นได้
กลุ่ม 2 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน)	ช่วยเหลือตนเองได้ในบางเรื่อง ต้องการความช่วยเหลือ บางส่วน อาจมีโรคเรื้อรัง และ โรคที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว	มีความจำกัดในการเข้าร่วม กิจกรรมทางสังคมและการ เคลื่อนไหวร่างกาย

กลุ่มผู้สูงอายุ	ลักษณะผู้สูงอายุ	
	ด้านสุขภาพ	ด้านสังคม
กลุ่ม 3 กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง)	ร่างกาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคประจำตัวหลายโรค มีโรค แทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยระยะ สุดท้าย	ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคมได้

ที่มา: ไพฑูรย์ พชรอาภา, 2559

จากการจำแนกกลุ่มของผู้สูงอายุจะพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีข้อจำกัดในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่หมายถึงผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนหรือไม่ได้เลย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ที่มีสภาวะติดบ้านและติดเตียงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายร่างกาย การทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย รวมไปถึงการช่วยจัดสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ดี (ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, & สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2561; อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง & ภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือได้ว่าเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวที่คอยดูแลและให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพทางด้านจิตใจ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้ โดยศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและระดับคุณภาพชีวิตจากการที่ต้องทำหน้าที่เป็นแหล่งพึ่งพิงให้ผู้สูงอายุ รวมถึงต้องแบกรับภาระการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว (Quality of Life of Carer)

จากการศึกษางานวิจัยในอดีต พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาสังคมสูงวัยและคุณภาพชีวิตจะให้ความสำคัญกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นหลัก เช่น การศึกษาด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (พระชนพล กนตสีโล (เรื่อนเพ็ชร), พระครูอรุณสุตาลังการ, & เดชชาติ ตรีทรัพย์, 2561; ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2561) ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (นันทิยา ใจเย็น, 2557; ประมาณ เทพสงเคราะห์ et al., 2556) หรือด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อของผู้สูงอายุ (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551; กิตติวงศ์ สาสวด, 2560) จะเห็นได้ว่า นักวิชาการส่วนใหญ่

ยังให้ความสำคัญกับการศึกษาตัวแสดงที่เป็นผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้มุ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งก็ถือได้ว่าเป็นตัวแสดงที่มีความสำคัญอย่างมากต่อสังคมสูงวัย เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโดยตรงและได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมสูงวัยด้วยเช่นกัน การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจึงกล่าวได้ว่ามีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตของตัวแสดงผู้สูงอายุ นอกจากนี้การกระทำ ความคิด ความเชื่อและทัศนคติของผู้ดูแลในครอบครัวยังสามารถส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจได้ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่รัฐให้ความสำคัญอีกด้วย

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับปัญหาคุณภาพชีวิตลดลงจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองและต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในครอบครัวในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและการเยียวยาทางด้านสภาพจิตใจค่อนข้างสูง ความรับผิดชอบและภาระหน้าที่ที่ต้องแบกรับล้วนส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและกลายเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับมือ เช่น 1. ปัญหาทางสุขภาพร่างกายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอและการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง 2. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความกดดันในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนความวิตกกังวลจากการขาดแคลนความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดสะสมได้ 3. ปัญหาการเข้าสังคม เนื่องจากภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังได้และต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้กิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวลดลงทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การพบปะเพื่อน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและคนในสังคมลดลงด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความเครียดจนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือผู้สูงอายุได้ และ 4. ปัญหาการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งการเสียสละโอกาสในการประกอบอาชีพเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้และเกิดหนี้สินจากการกู้ยืมเงิน (ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เฟื่องพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, & วารี ศรีสุรพล, 2560; ศิราณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง, 2014) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2)

จากที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้านไม่ต่างกับผู้สูงอายุ อีกทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งปัญหาเหล่านี้นอกจากจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรงแล้วยังสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของจิรนนท์ ปุริมาตย์ สุธรรม นันทมงคลชัย โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ ศุภชัย ปิตกุลตั้ง และ กรวรรณ ยอดไม้ (2562) ที่ได้อธิบายว่า การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ รวมถึงทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึงพิง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีบ่งบอกถึงความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้อย่างปกติ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และ ข้อเสนอดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของโกศล วรวิศรุต, กิตต์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, และ เอกอุมา อัมคำ (2560) ที่ได้กล่าวว่าความต้องการการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ถึงความเหนื่อยล้า และความท้อแท้ในการดูแลของผู้ดูแล รวมไปถึงการรับรู้ถึงภาระในการดูแลและสถานะทางด้าน สุขภาพที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลสามารถส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพในการดูแลได้ จึงกล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่ต้องใช้ทั้งกำลังกายและกำลังใจ อย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตที่เหลือต่อไปได้อย่างมีความสุข อีกทั้งยังเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่หนัก มีความกดดันสูง ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม สุขภาพ ร่างกายทรุดโทรมและปัญหาอื่น ๆ ตามมามากมาย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลในครอบครัวและยังทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลงอีกด้วย

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตของคนถือได้ว่าเป็นหนึ่งในประเด็นหลักที่รัฐบาลให้ความสำคัญ ในยุทธศาสตร์ชาติของประเทศไทย 20 ปี (พ.ศ.2561 - พ.ศ.2580) มีจุดมุ่งหมายในการให้ ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของคนในทุกช่วงวัย ซึ่งในที่นี้ก็รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ด้วยเช่นกัน โดยจากคตินัยประจำชาติว่า “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” นั้น ในส่วนของประเด็นความยั่งยืนมี การกล่าวถึงการพัฒนาที่สามารถสร้างความเจริญ รายได้ และคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์และยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทาง สังคม มีเป้าหมายเกี่ยวกับการพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้มีคุณภาพ มีสุขภาวะที่ดี และ เตรียมความพร้อมทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมเพื่อให้เป็นประชากรที่มี คุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง และทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ (สำนักงานสภา พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญของแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560 - 2564) ในส่วนของหลักการการยึด “คนเป็น ศูนย์กลางการพัฒนา” ที่มีจุดมุ่งหมายในการสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย นอกจากนี้ยังมุ่งพัฒนาคนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิต ของคนทุกช่วงวัยเป็นประเด็นที่มีความสำคัญที่รัฐบาลพยายามให้การสนับสนุนและส่งเสริมการมี คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพร้อมที่จะรับมือกับสังคมสูงวัย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจและ ส่งเสริมให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีนำไปสู่การมีความสุขของผู้ดูแลใน ครอบครัวและยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุเช่นกัน การได้รับการสนับสนุนหรือมี

นโยบายที่เข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้และมีความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตได้ นั่นคือ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยเครื่องมือชุดการวัดคุณภาพชีวิตชุดนี้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตพิสัย (Subjective) ที่มีการฝังแน่นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อม จะประกอบไปด้วยข้อคำถาม 2 ประเภทคือ ข้อคำถามแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และข้อคำถามแบบอัตวิสัย (Self-report subjective) ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้ถึงสมรรถภาพร่างกายของบุคคลที่ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวันต่างๆ 2.ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง การรับรู้ถึงความเชื่อด้านศาสนา การให้ความหมายของชีวิต รวมไปถึงความเชื่ออื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นและการได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือต่อผู้อื่นด้วย 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีอิสระ ปลอดภัยและการมีความมั่นคงในชีวิต รวมไปถึงการรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้ ระดับของคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตปานกลางและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี โดยจะแบ่งตามระดับคะแนนจากการวัดคุณภาพชีวิต ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 2 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี	การมีคุณภาพชีวิต ปานกลาง	การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2.ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3.ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

ที่มา:กรมสุขภาพจิต, 2558

อนึ่ง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จำเป็นต้องมีทุนที่จะนำมาใช้ในการช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทุนที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้คือ ทุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสังคมที่มีทุนทางสังคมจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าสังคมที่ขาดทุนทางสังคม (อาณัติ สัมคเดช, ธีระ สิ้นเดชารักษ์, & นวลนภา ธนศักดิ์, 2553) การศึกษานี้จึงสนใจศึกษาแนวคิดทุนทางสังคมกับแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยจะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทั้งสอง กล่าวคือต้องการศึกษาว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ และอย่างไร

เพื่อเป็นการอธิบายถึงแนวคิดทั้งสอง ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายรายละเอียดของแต่ละแนวคิดโดยสังเขป (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในบทที่ 2) ซึ่งมีรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ทุนทางสังคม (Social Capital)

ทุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม โดยการศึกษาวิจัยเรื่องทุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะหลัก ดังนี้ 1) มุ่งศึกษาในระดับบุคคล (Individual actors) คือ การที่บุคคลสามารถเข้าถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในเครือข่ายทางสังคมในการบรรลุเป้าหมายของของตนเองต้องการ และ 2) มุ่งศึกษาในระดับกลุ่ม (Collective Actors) คือ การเข้าไปมีส่วนร่วมในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มนั้น ๆ เช่น กลุ่มการพัฒนาสังคมและการมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (อภิรดี วงศ์ศิริ, 2561) โดยนักวิชาการมีชื่อเสียงมากมายได้ให้คำนิยามและความหมายเกี่ยวกับทุนทางสังคมไว้ เช่น ปีแอร์ บูร์ดิเอด (Pierre Bourdieu) (1986) ให้ความหมายทุนทางสังคมไว้ว่า ทุนทางสังคมเป็นผลรวมของทรัพยากร การกระทำ คุณงามความดีและปริมาณของทุนทางสังคมของปัจเจกจะขึ้นอยู่กับขนาดของเครือข่ายความสัมพันธ์ที่สามารถระดมมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้เจมส์ โคลแมน (James Coleman) (1988) ให้ความสำคัญต่อหน้าที่ของทุนทางสังคมเป็นหลัก โดยประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้างทางสังคมและการกระทำของตัวแสดง ซึ่งกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมนั้นจะมีลักษณะที่ฝังตัวอยู่ในเครือข่ายทางสังคมนั้น ๆ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดการกระทำร่วมกันโดยผ่านพันธะผูกพัน (Obligations) ความคาดหวัง (Expectations) ความเชื่อใจ (Trustworthiness) ข้อมูลข่าวสาร (Information) และบรรทัดฐาน (Norms) อีกทั้ง โรเบิร์ต ดี. พัตนัม (Robert D. Putnam) (1993) ได้อธิบายว่าทุนทางสังคมประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ความไว้วางใจ (Trust) การเกื้อกูลกัน (Norm of Reciprocity) และเครือข่ายชุมชน (Civic Engagement) โดยทุนทางสังคมจะอยู่ในรูปแบบขององค์กรทางสังคมหรือเครือข่าย ที่มีการร่วมมือกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ในแนวราบ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2)

นอกจากนี้ ทูทางสังคมยังมีการนำไปใช้ศึกษารวมกับบริบทอื่น ๆ อีกด้วย เช่น ทูทางสังคมมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทูทางสังคมที่ดีจะส่งต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (พระปลัดประพจน์ อยู่สำราญ & รัชฎาพร เกตานนท์ แนวแห่งธรรม, 2561; พชร ดันติวิภาวิน, 2555; อภริตี วงศ์ศิริ, 2561) อีกทั้งทูทางสังคมยังมีความเกี่ยวข้องกับสังคมสูงวัยกันเช่นกัน จากการศึกษาของปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ (2561) อธิบายว่า ทูทางสังคมคือทุนที่เกิดจากการรวมตัว ร่วมคิดและร่วมทำบนฐานของความไว้วางใจ ความผูกพันและวัฒนธรรมอันดีงามผ่านองค์ประกอบหลักคือคน สถาบัน วัฒนธรรมและองค์ความรู้ โดยยิ่งใช้มากยิ่งเพิ่มคุณค่ามากขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นลักษณะพิเศษที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการศึกษาของวรรณาท พรหมศวร และชนิษฐา นันทบุตร (2561) กล่าวว่า ทูทางสังคมเป็นหัวใจของการทำงานเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานเพื่อดูแลและจัดการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอะเคื่อ กุลประสูติติก (2561) พบว่าการเตรียมความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนภายใต้บริบทของทูทางสังคมที่มีอยู่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ ทูทางสังคมถือได้ว่าเป็นทุนที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในการนำมาใช้เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอีกด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทูทางสังคมในบริบทของสังคมผู้สูงอายุนั้นอยู่ในรูปแบบของเครือข่าย โดยสามารถแบ่งศึกษาได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับนโยบาย (Keating, Swindle, & Foster, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแพทริก บาร์เร็ตต์ เบียร์ทริช เฮล และแมรี บัลเทอร์ (Patrick Barrett, Beatrice Hale and Mary Bulter) (2014) ที่กล่าวไว้ว่าทูทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มหาภาค (Macro) และจุลภาค (Micro) โดยมีความแตกต่างอยู่ที่หน่วยในการศึกษา โดยระดับมหภาคจะศึกษาการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มทางสังคม และระดับจุลภาคจะศึกษาในหน่วยของระดับบุคคล การศึกษานี้ศึกษาทูทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของทูทางสังคมกับระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับบุคคล (Individual) และระดับชุมชน (Community) และมีประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความไว้วางใจ (Trust) 2) ความเกื้อกูลกัน (Norms of reciprocity) และ 3) การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social network support)

อนึ่ง จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2558 อธิบายไว้ว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ภายในปี พ.ศ.2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2561 พบว่า ภาคเหนือได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว และถือว่าเป็นภูมิภาคแรกและภูมิภาคเดียวของประเทศไทยที่เป็น

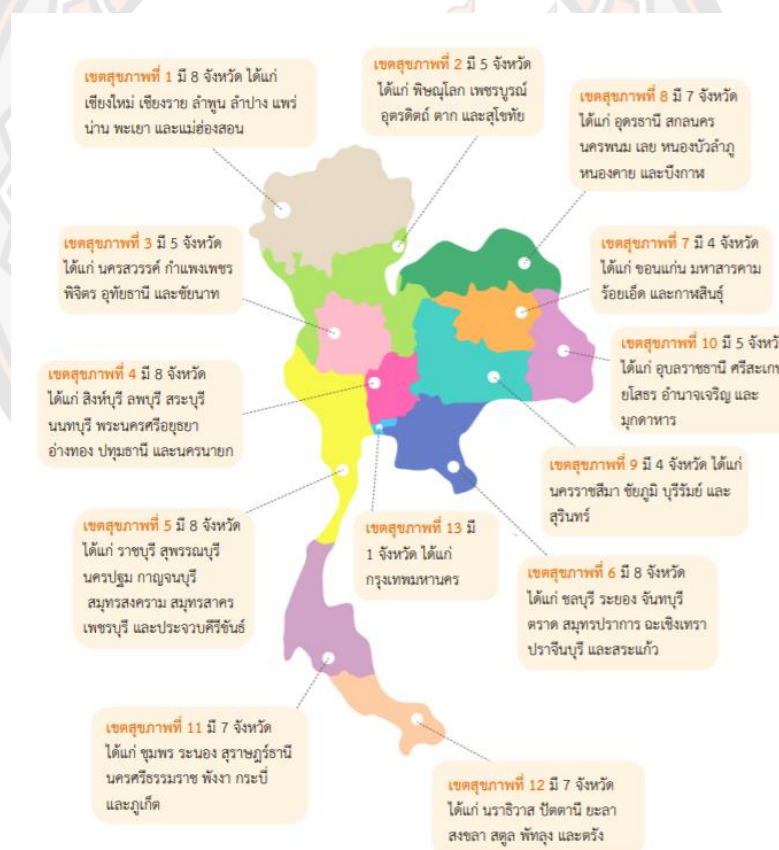
สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) การศึกษานี้จึงสนใจที่จะศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการแบ่งจังหวัดในประเทศไทยออกเป็นเขตสุขภาพ ทั้งหมด 13 เขตสุขภาพ (ภาพ 1) ซึ่งกลุ่มจังหวัดภาคเหนือจัดอยู่ใน 3 เขตสุขภาพ ได้แก่

เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบไปด้วย จังหวัดแพร่, จังหวัดแม่ฮ่องสอน, จังหวัดน่าน, จังหวัดพะเยา, จังหวัดลำปาง, จังหวัดลำพูน, จังหวัดเชียงราย, และจังหวัดเชียงใหม่

เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์

เขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์, จังหวัดพิจิตร, จังหวัดอุทัยธานี, จังหวัดกำแพงเพชร และจังหวัดชัยนาท

ภาพ 1 เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 13 เขต



ที่มา: รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ.2555-2560, 2561

เมื่อพิจารณาสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเขตสุขภาพที่ 1 2 และ 3 จากรายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายหน่วยบริการของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขพบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 จำนวนรวมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เขตสุขภาพ	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(คน)
เขตสุขภาพที่ 1 - 8 จังหวัด	6,744
เขตสุขภาพที่ 2 - 5 จังหวัด	11,187
เขตสุขภาพที่ 3 - 5 จังหวัด	7,767

ที่มา: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563

ด้วยเหตุนี้จึงสรุปได้ว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการช่วยเหลือตนเองและต้องการการดูแลจากเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เขตสุขภาพที่ 2 มีผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องมารับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นจำนวนมากเช่นกัน งานวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด คือ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยศึกษาว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวหรือไม่ และอย่างไร อีกทั้งงานวิจัยนี้ยังเป็นความพยายามแรกในการศึกษาทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในพื้นที่ดังกล่าวและต้องการนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

คำถามการวิจัย

1. ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวหรือไม่
2. ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
2. เพื่อเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวต่อหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของงานวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่จะใช้ศึกษาคือ กลุ่มจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัดคือ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์และจังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัดคือ จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุตรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ และมีจะนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมบท 3)

ขอบเขตด้านเนื้อหา

มีขอบเขตทางด้านเนื้อหาที่ทุนทางสังคม (Social Capital) ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับบุคคล (Micro Level) และ ระดับชุมชน (Macro Level) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1. ความไว้วางใจ (Trust) 2. ความเกื้อกูลกัน (Norm of Reciprocity) และ 3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support) และคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ที่มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย (Physical domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตั้งแต่ปี 2561-2566 โดยมีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์ ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2564 -มีนาคม 2565

สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ประกอบไปด้วยสมมติฐานการวิจัยหลักและสมมติฐานการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยหลัก ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1 ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2 ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3 ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4 ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในภาวะพึ่งพิงคือสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง ประชากรไทยที่มีช่วงอายุอยู่ในวันแรงงาน คือ 18-59 ปี เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ทูทางสังคม หมายถึง ทูหรือทรัพยากรในสังคมที่บุคคลสามารถนำไปใช้ได้ โดยเกิดมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การรวมตัวทำกิจกรรมร่วมกัน ความไว้วางใจ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และวัฒนธรรมที่ดึงมาจนนำไปสู่การสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ การรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิตในสังคม โดยมีความสัมพันธ์การคาดหวังและเป้าหมายของชีวิตที่ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรม มาตรฐานและค่านิยมในสังคม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างทูทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
2. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวต่อหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

โครงสร้างงานวิจัย

การศึกษานี้แบ่งการอธิบายออกเป็น 7 บท ดังต่อไปนี้

บทที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายถึงที่มาความสำคัญของการวิจัย คำถามการวิจัย และจุดประสงค์ของการศึกษานี้ รวมไปถึงการอธิบายถึงขอบเขตของงานวิจัยในด้านต่าง ๆ เช่น ขอบเขตด้านพื้นที่ ขอบเขตด้านเนื้อหาและขอบเขตด้านระยะเวลา อีกทั้งการกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 การนำเสนอถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแสดงที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว และแนวคิดที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แนวคิดทุนทางสังคมและแนวคิดคุณภาพชีวิต รวมไปถึงการนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3 ให้ความสำคัญกับการอธิบายถึงระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง รวมไปถึงขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ผลการศึกษา และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4 มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลในเชิงพรรณนาและการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

บทที่ 5 การอธิบายถึงลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ โดยประกอบไปด้วยลักษณะหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว ปัญหาและผลกระทบที่เผชิญจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทที่ 6 การตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 โดยเป็นการอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว และอภิปรายถึงข้อค้นพบและประเด็นที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 7 การตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อเสนอข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้แนวคิดทุนทางสังคมเป็นฐาน

โดยสรุป ในบทที่ 1 นี้ผู้วิจัยมีจุดประสงค์เพื่ออธิบายถึงที่มาและความสำคัญของการศึกษานี้ รวมไปถึงอธิบายคำถามการวิจัย จุดประสงค์ของการศึกษา และขอบเขตของงานวิจัยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ขอบเขตด้านพื้นที่ ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขอบเขตด้านเนื้อหาและขอบเขตด้านระยะเวลา รวมถึงสมมติฐานการวิจัย นิยามศัพท์เฉพาะและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา ในส่วนต่อไปผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาและทำการอธิบายถึงที่มาของกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับหลักการ แนวคิด และทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบข่ายการศึกษา ดังนี้

1. ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer)
2. แนวคิดทุนทางสังคม (Social Capital)
3. แนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of Life)
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำเสนอรายละเอียดของแนวคิดดังกล่าวโดยรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer)

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นตัวแสดงหลักของการศึกษานี้ โดยจะเป็นการแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ 1) ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว 2) ภาระหน้าที่ที่เกิดจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว และ 3) ผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก่อนที่จะทำการอธิบายถึงความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยจะอธิบายประเด็นเกี่ยวกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุก่อน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วจนส่งผลให้โครงสร้างสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมสูงวัย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพกำลังกลายเป็นปัญหาสังคมที่รัฐบาลต้องเร่งหามาตรการและนโยบายเพื่อรองรับ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ชวลิต สวัสดิ์ผล et al., 2560) รวมถึงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นประเด็นหลักที่รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพิจารณาให้ความสำคัญ

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพิการ ขาดสภาพมาก กระทั่งไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ซึ่งก็คือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น จำเป็นต้องมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้สามารถแบ่ง

ประเภทของบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลได้ 2 รูปแบบ (Barrett et al., 2014; Diameta et al., 2018; กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ & นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) ดังต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver)
2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver)

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (Health-Care Professionals (HCPs)) มีสถานะเป็นบุคลากรของทางภาครัฐหรือภาคเอกชนที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมและศึกษาเป็นวิชาชีพ และมีค่าตอบแทนในการดูแล เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งนี้ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการยังสามารถแบ่งตามวิชาชีพออกเป็น 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (Professional Caregiver)

หมายถึง ผู้ดูแลที่มีชื่อเรียกและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย มีใบประกอบวิชาชีพ ได้รับการศึกษาจากสถาบันที่ชัดเจน มีกฎหมายครอบคลุมการให้บริการและมีองค์กรวิชาชีพคอยกำกับดูแลและให้ความช่วยเหลือ คนกลุ่มนี้มักจะเป็นข้าราชการหรือบุคลากรของทางภาครัฐ โดยผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพถือได้ว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ (Health-Care Professional) และบางประเทศจะรวมถึงผู้เชี่ยวชาญทางด้านสังคม (Social Professional) ด้วยเช่นกัน เช่น หมอ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัดและบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ให้การดูแลและได้รับค่าตอบแทน (กิริติ กิจธีระวุฒิมวงษ์ & นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2561; ขนิษฐา บุญแสง, 2550)

1.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (Non-Professional Caregiver)

หมายถึง ผู้ให้บริการดูแลที่ไม่ใช้วิชาชีพ โดยเคยผ่านการอบรมหรือฝึกฝนหลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ และให้การดูแลโดยมีค่าตอบแทนเป็นเงิน หรือเรียกได้ว่า ผู้ช่วยดูแล (Care Assistant) นอกจากนี้บางประเทศยังเรียกคนกลุ่มนี้แตกต่างกันออกไป เช่น ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid Caregiver) ผู้ช่วยผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ (Health-Care Assistant) ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทั้งการช่วยเหลือในการอาบน้ำ การออกกำลังกาย การเคลื่อนย้าย และการรับประทานยา (Gallart, Cruz, & Zabalegui, 2012; ขนิษฐา บุญแสง, 2550)

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับการอบรมหรือฝึกฝนจากสถาบันใดมาก่อน เป็นบุคคลในครอบครัวหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโดยไม่ได้รับ

คำตอบแทนใด ๆ กล่าวได้ว่าเป็นการดูแลที่มาจากความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล เช่น บุตร สามีหรือภรรยา ญาติ หรือเพื่อนบ้าน (กิริติ กิจจิระวุฒินงษ์ & นิทรา กิจจิระวุฒินงษ์, 2561; ขนิษฐา บุญแสง, 2550) สามารถแบ่งตามความสัมพันธ์และการช่วยเหลือได้ดังต่อไปนี้

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว (Family Carer)

หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นต้องการการสนับสนุนและช่วยเหลือ ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวมีความจำเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุ (Leng, Xu, Nicholas, Nicholas, & Wang, 2019; นาวิรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, & สาวิตรี ทยานศิลป์, 2552; รัถยานภิศ พลเสก & เบญจวรรณ ถนอมชยวัช, 2560; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวจะมีหน้าที่ช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ด้วย ทั้งนี้ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ผู้ดูแลหลัก (Main Caregiver หรือ Primary Caregiver) และผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) (ขนิษฐา บุญแสง, 2550; สุดารัตน์ เรียบเลิศศิริ, 2554)

2.1.1 ผู้ดูแลหลัก (Main Caregiver หรือ Primary Caregiver) คือบุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุและใช้เวลาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าคนอื่น ๆ โดยหน้าที่หลักคือการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุโดยเฉพาะทางด้านร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และการรับประทานยา นอกจากนี้ด้านการรับรู้ ผู้ดูแลหลักมีการยอมรับในตนเอง (Self-Identified) ว่าเป็นผู้ดูแลและการดูแลผู้สูงอายุเป็นความรับผิดชอบของตนเองโดยตรง จึงทำให้ผู้ดูแลลักษณะนี้เกิดความเครียดได้ง่ายกว่าลักษณะอื่น

2.1.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) คือบุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ อาจจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อน ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งจะทำหน้าที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เป็นตัวแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคมต่าง ๆ หรือรับผิดชอบเกี่ยวกับการเดินทาง ทั้งไปพบแพทย์หรือธุระอื่น ๆ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ดูแลรองจะต้องเปลี่ยนมารับหน้าที่หลักหรือรับหน้าที่ต่อในการดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลหลักมีเหตุจำเป็นหรือไม่สะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าผู้ดูแลหลักมีหน้าที่เป็นผู้ช่วยที่คอยสนับสนุนผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ผู้ดูแล หรือ Caregiver ยังถูกเรียกในชื่อที่แตกต่างกันออกไปอีกมากมาย เช่น Caretaker (Bentwich, Dickman, & Oberman, 2018; Pascual, Sanz-Bobi, & Contreras, 2008; Santos & Pavarini, 2012), Carer (Cohen et al., 2006; Gillies, 2011; Lloyd & King,

2003), และ Supporter (Buono, Busato, Mazzetto, Paccagnella, & Aleotti, 1999; Gilleard, Gilleard, Gledhill, & Whittick, 1984)

ทั้งนี้ การศึกษานี้มุ่งเน้นที่จะศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว (Family Carer) เป็นหลัก เนื่องจากครอบครัวยังเป็นสถาบันหลักและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (รติยานภิศ พละศึก & เบญจวรรณ ฌนอมชยธวัช, 2560) และมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงด้วยความสนใจไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ อีกทั้งยังถือได้ว่าเป็นที่พึ่งพิงที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การศึกษานี้กล่าวถึงผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว และทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงว่า ผู้ดูแลในครอบครัว (Carer)

เมื่อผู้วิจัยได้อธิบายถึงคำและเหตุผลในการเลือกศึกษาผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวแล้ว ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

มีนักวิชาการมากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวไว้ ดังต่อไปนี้

การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ ได้กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุนั้นคือสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรหลาน ญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน สามีหรือภรรยา ซึ่งสมาชิกในครอบครัวถือได้ว่าเป็นสถาบันหลักและเครือข่ายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ (ณิชากรีย์ พิริยจรัสชัย & ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2561) นอกจากนี้ ประภาวดี โทณสุข (2553) ได้อธิบายอย่างสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว โดยได้กล่าวว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหมายถึงผู้ที่ให้การดูแลผู้ที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยไม่ได้รับผลตอบแทนและยังเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งคำอธิบายจากการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับคำอธิบายในงานวิจัยของชลาทิพย์ ทองมอญ (2549) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสมาชิกในครอบครัวและส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง มีหน้าที่ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการขั้นพื้นฐานและช่วยเหลือด้านความพิการต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เช่น การดูแลการดำรงชีวิตทั่วไป การจัดหาและดูแลเรื่องอาหาร การจัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมจนไปถึงการดูแลด้านสุขภาพอนามัย โดยไม่ได้รับรองหรือตั้งเงื่อนไขเรื่องค่าตอบแทน

นอกจากนี้ นักวิชาการในต่างประเทศก็ได้ศึกษาและให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างสอดคล้องกับนักวิชาการไทยที่อธิบายไปแล้วข้างต้น โดยการศึกษาของนักวิชาการต่างประเทศได้อธิบายว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) คือบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้ที่ไร้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการดำเนินกิจกรรมประจำวันโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งจะแตกต่างกับผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal Caregiver) ที่ได้รับค่าตอบแทนในการทำหน้าที่ดูแล (L. Roth, Lisa Fredman, & E. Haley, 2015) สอดคล้องกับ

การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวของซูซาน ซี. เรนฮาร์ด, บาร์บารา กิฟเวน, เนอร์วานา ฮูทาล่า เพทลิก และแอนน์ เบอรัมมัส (Susan C. Reinhard, Barbara Given, Nirvana Huhtala Petlick, and Ann Bemis) (2018) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหมายถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่ให้การดูแลบุคคลที่มีสภาวะเจ็บป่วยและต้องการการช่วยเหลือในหลาย ๆ ด้าน ตั้งแต่การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานยาไปจนถึงการให้อาหารทางท่อหรือการดูแลเครื่องช่วยหายใจ โดยไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน

จากความหมายที่อธิบายโดยทั้งนักวิชาการไทยและต่างประเทศที่กล่าวมาข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัว คือบุคคลที่ทำหน้าที่คอยช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้น้อยหรือไม่ได้เลย โดยมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือผู้ที่มีความใกล้ชิด และเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบทบาทหน้าที่ของ “ผู้ให้” โดยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีบทบาทเป็น “ผู้รับ” เพราะฉะนั้นหน้าที่หลักของผู้ดูแลในครอบครัวคือการให้การดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาด้านผู้ดูแลในครอบครัว สรุปได้ว่าภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแบ่งออกได้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์และจิตใจ และ 3) ด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ด้านร่างกาย

ภาระหน้าที่ทางด้านร่างกายถือว่าเป็นหน้าที่หลักของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลทางด้านร่างกายหมายถึงการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living หรือ ADL) ของผู้สูงอายุ (Reinhard et al., 2018) ทั้งการอาบน้ำชำระร่างกาย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยต่าง ๆ รวมไปถึงการนอนหลับ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการเจ็บป่วยและต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวก็จะมากขึ้นตามอาการและวิธีการรักษา เช่น การให้อาหารทางสายยางในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ การทำความสะอาดหรือล้างบาดแผลจากอาการเจ็บป่วย หรือการรักษาทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะเจาะจง (Koplow et al., 2015; นาริรัตน์ จิตรมณตรี et al., 2552; วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552; สุดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ, 2554) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความชำนาญและระมัดระวังสูง

2) ด้านอารมณ์และจิตใจ

กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น นอกจากต้องการการช่วยเหลือทางกายภาพแล้ว ภาวะอารมณ์และจิตใจก็ได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องรวมถึงการเอาใจใส่และดูแลเกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้สูงอายุให้มีภาวะที่ดี มีความสุข อีกทั้งครอบครัวคือแหล่งสนับสนุนหลักและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (นาริรัตน์ จิตรมนตรี et al., 2552) การที่ครอบครัว เช่นบุตรหลานแสดงออกถึงความกตัญญูและดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างดีจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเองและมีกำลังใจในการใช้ชีวิต (วิไลลักษณ์ เกษมศรี, 2556) ซึ่งประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินันท์ กิตติสุขสถิต (2553) อธิบายว่าเมื่อครอบครัวให้ความสำคัญและความตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุจะส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข นอกจากนี้จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่อ่อนไหวและน้อยใจง่าย เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเข้ามาดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุโดยการสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจและปลอดภัย รวมถึงการให้ความเคารพและยกย่องในตัวผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและรู้สึกว่ายังได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น การให้เกียรติและให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจและภูมิใจในตนเอง

3) ด้านสังคม

จากการศึกษาด้านบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวยังพบว่า อาการเจ็บป่วยและข้อจำกัดทางร่างกายทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สะดวกในการออกจากบ้านไปพบปะพูดคุยหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้อย่างปกติ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีหน้าที่ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอกเท่าที่จะทำได้ รวมถึงการสนับสนุนให้ได้พบปะเพื่อนฝูงหรือญาติ ตลอดจนการให้ข้อมูลหรือข่าวสารเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอก อีกทั้งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำงานอดิเรกและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและการได้รับความบันเทิงต่าง ๆ เท่าที่จะเป็นไปได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552)

นอกจากนี้ในบริบทของสังคมไทย ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องมีภาระหน้าที่ที่อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง แต่สามารถส่งผลถึงการดูแลผู้สูงอายุได้ นั่นคือในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทเชิงซ้อน (Sandwich Roles) (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) คือการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีความรับผิดชอบมากกว่าหนึ่งหน้าที่ เช่น รับหน้าที่ดูแลพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในฐานะลูกและยังมีหน้าที่ดูแลลูกในฐานะพ่อหรือแม่อีกด้วย และอาจจะรวมถึงบทบาทอื่น เช่น สามีหรือภรรยา หรือคนทำงานหาเลี้ยงครอบครัว การมีบทบาทเชิงซ้อนนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า ภาระหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุประกอบไปด้วยด้านร่างกาย คือการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและให้การดูแลเรื่องการเจ็บป่วยหรือการดูแล

ทางการแพทย์ ด้านต่อมาคือด้านจิตใจเป็นการเอาใจใส่และดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุให้มีสภาวะที่ดี การให้ความเคารพและให้กำลังใจผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง และด้านสังคมคือการสนับสนุนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น รวมไปถึงการให้ข้อมูลข่าวสารภายนอก เพื่อให้ผู้สูงอายุยังได้รับข่าวสารภายนอกไม่รู้สึกถูกลดทอดจากสังคมโดยสิ้นเชิง

โดยสรุป การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือได้ว่าเป็นภาระที่หนักและต้องทำอย่างต่อเนื่องของผู้ดูแลในครอบครัว การรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดต่าง ๆ ต้องใช้ทักษะ ความอดทน และความเอาใจใส่เป็นอย่างมาก เพื่อที่จะได้ให้การดูแลที่มีคุณภาพต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งการมีบทบาทหลายด้านยิ่งทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำงานหนักมากขึ้นอีกหลายเท่าตัวเพื่อให้งานสำเร็จในทุก ๆ ด้าน ภาระหน้าที่ทั้งหมดที่กล่าวมานั้นเป็นภาระที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับเอาไว้ทั้งหมดด้วยตัวคนเดียว เพราะฉะนั้นภาระหน้าที่ทั้งหลายเหล่านี้สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวได้

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว

การรับบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวและทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ต้องแบกรับความรับผิดชอบและภาระมากมาย ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวได้ และส่วนใหญ่เป็นผลกระทบทางด้านลบ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) ทั้งนี้ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านสภาพร่างกาย 2) ด้านสภาพจิตใจ และ 3) ด้านสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1) ด้านสภาพร่างกาย

จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยและอ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมถึงการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายต่าง ๆ และมีปัญหาทางด้านสภาพจิตใจได้ เช่น ปัญหาการปวดหลัง (Backache) เกิดจากการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือมีการเคลื่อนย้ายที่ผิดวิธี นอกจากนี้อาการปวดหลังยังสามารถสื่อถึงผลกระทบทางด้านจิตใจได้ โดยถือว่าเป็นสัญญาณที่เตือนผู้ดูแลในครอบครัวว่าอยู่ในภavnะนั้นมากเกินไปและต้องการการพักผ่อน สอดคล้องกับการศึกษาของซูซาน ซี. เรนฮาร์ด และคณะ (Susan C. Reinhard et al.) (2018) ที่กล่าวว่า การรับบทบาทในการดูแลนั้นส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายได้ อาการเหนื่อยล้าจากการต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานานติดต่อกัน ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย อิดโรย มีปัญหาด้านการนอนหลับ การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันลดลง และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่น ปัญหาความดันและการเจ็บป่วย นอกจากนี้ จากงานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางคนยังมีโรคประจำตัวอยู่แล้วอีกด้วย การรับภาระดูแลผู้สูงอายุที่หนักเกินไป ทำให้ละเลยการใส่ใจสุขภาพของตนเอง ทานอาหารและทานยาไม่ตรงเวลา หรือไม่ไปพบแพทย์ตามนัด สามารถส่งผลให้

เกิดอาการกำเริบของโรคได้ และอาจรวมถึงการเกิดปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่จะตามมา (ชยุตรา สุทธิลักษณ์, อัจฉรา อุไรเลิศ, เนตรดาว ชัชวาลย์, & ศุภรันยา เทพนมิตร, 2562)

2) ด้านสภาพจิตใจ

ผลกระทบทางด้านสภาพจิตใจที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลในครอบครัวคือ ความเครียด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือได้ว่าเป็นงานที่มีความรับผิดชอบสูงมาก และเป็นงานที่ไม่สามารถบอกจุดสิ้นสุดได้ ประกอบกับการต้องทำงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอยู่เดิม ทำให้นำไปสู่การเกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Leng et al., 2019; Reinhard et al., 2018; Weitzner, Haley, & Chen, 2000; เจริญชัย หมิ่นห่อ & สุพรรณิ พูลผล, 2559; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) สาเหตุอาจเนื่องมาจากความสับสน ท้อถอย ความเบื่อหน่ายหรือความลำบากในการดูแล และความรู้สึกของการถูกทอดทิ้งให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียงลำพัง ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม (สุดารัตน์ เรียบเลิศศิริ, 2554) อีกทั้งการเกิดความรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ทั้งทางภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุยังส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว (Weitzner et al., 2000) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย (เจดพิรุ วัณศปัทมา, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, & สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2562; ชยุตรา สุทธิลักษณ์ et al., 2562)

ยิ่งไปกว่านั้น ความคลุมเครือทางบทบาทหน้าที่ที่มีความสำคัญต่อการเกิดความเครียดเช่นกัน ซึ่งความคลุมเครือนี้สามารถอธิบายได้ว่าเป็นภาวะความคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทอย่างใดอย่างหนึ่งที่ไม่มีความชัดเจน ไม่สามารถระบุหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบได้อย่างแน่นอน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ทราบและไม่เข้าใจถึงแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมและถูกต้อง รวมถึงความขัดแย้งในบทบาทเชิงซ้อนที่มาจากการรับหน้าที่หลายบทบาท การขาดความรู้ความเข้าใจและขาดความชำนาญในการทำหน้าที่ส่งผลให้เกิดความกังวลใจถึงความประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (กรรณิกา คงหอม, 2546; ศัทธียา รัตนวิมล, 2545) ทั้งหมดนี้สามารถก่อให้เกิดความผิดปกติในจิตใจและส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวได้

3) ด้านสภาพสังคมและเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านสภาพสังคมเกิดจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ทำให้พฤติกรรมและการเข้าสังคมเปลี่ยนไป เวลาส่วนใหญ่ต้องใช้เพื่อดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูงหรือคนอื่นในสังคม ทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง อีกทั้งจากการศึกษาของนารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, และสวาทิตี ทยานศิลป์ (2552) กล่าวว่า การรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการทำงานและความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย เช่น การเปลี่ยนแปลงตารางการทำงาน ลางานบ่อยขึ้นเพื่อพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ เลิกงานเร็วขึ้นและขาดการสังสรรค์หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน นอกจากนี้รูปแบบของการ

ทำงานยังมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จากการทำงานเต็มเวลามาเป็นทำงานบางเวลาหรือต้องลาออกเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ทำให้สูญเสียโอกาสก้าวหน้าทางการทำงาน (Leng et al., 2019; Strommen, Fuller, Sanders, & Elliott, 2020; ชยุตรา สุทธิลักษณ์ et al., 2562) อีกทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานยังส่งผลต่อการสูญเสียรายได้หรือรายได้ลดลง นำไปสู่ปัญหาทางการเงินของครอบครัว (Reinhard et al., 2018)

ยิ่งไปกว่านั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลค่อนข้างสูง ทั้งค่ายาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รายจ่ายการจัดสถานที่หรือสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีความปลอดภัยสำหรับการดูแล (เฉลิมพล แจ่มจันทร์, 2553; สุดารัตน์ เรียบเลิศหิรัญ, 2554) เมื่อรายได้ลดลงและรายจ่ายยังคงเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายเกิดการกู้ยืมและมีหนี้สินมากขึ้น และอาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวจากการผลการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ (ชยุตรา สุทธิลักษณ์ et al., 2562)

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางสภาพร่างกาย สภาพจิตใจและสภาพสังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นเป็นไปในทางลบ อีกทั้งยังส่งผลเสียต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางสภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตประจำวันและความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นผลกระทบที่สร้างความลำบากและแรงกดดันต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก จนอาจนำไปสู่ปัญหาเลวร้ายอื่น ๆ ได้ในอนาคต

2. แนวคิดทุนทางสังคม

ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่ต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยไม่ต่างไปจากตัวผู้สูงอายุ และยังไม่ได้รับความสนใจรวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรมที่เพียงพอ จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องรับมือและจัดการกับปัญหาและผลกระทบที่ตามมาด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีแหล่งทุนที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำมาใช้ในแบ่งเบาลดภาระและลดผลกระทบด้านลบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยทุนที่กล่าวไปข้างต้น ได้แก่ ทุนทางสังคม (Social Capital) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากทุนทางสังคมถือว่าเป็น “ทุน” รูปแบบหนึ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรในขณะที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะอธิบายถึงความหมายและองค์ประกอบของทุนทางสังคม ดังต่อไปนี้

ความหมายของทุนทางสังคม

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของทุนทางสังคมไว้มากมายและความหมายที่ให้ก็มีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันไปตามบริบทที่ท่านได้ใช้ศึกษา โดยการศึกษานี้ได้รวบรวมความหมายของทุนทางสังคมไว้ ดังนี้

ปีแอร์ บูร์ดิเอด (Pierre Bourdieu) (1986) นักวิชาการที่มีชื่อเสียงที่ศึกษาเกี่ยวกับทุนที่สะสมในตัวบุคคล กล่าวไว้ว่าทุนทางสังคมหมายถึงการรวมกันของทรัพยากรและการกระทำ แต่อย่างไรก็ตามปริมาณทุนทางสังคมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับขนาดและประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ในเครือข่ายความสัมพันธ์ที่สามารถระดมมาได้ และปริมาณของทุนที่แต่ละบุคคลเป็นเจ้าของ เพราะฉะนั้นคุณภาพของทุนทางสังคมจึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายมากกว่าเพียงแค่การรวมกลุ่มกัน จึงกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมของบูร์ดิเอดให้ความสนใจกับเครือข่าย (Network) โดยเฉพาะการเข้าถึงทรัพยากรและผลลัพธ์ที่ได้ของสมาชิกในเครือข่าย โดยมุ่งให้ความสำคัญไปที่ทุนส่วนบุคคล (Private Goods) ในแง่ของการเข้าถึงทรัพยากรที่ฝังอยู่ในเครือข่ายส่วนบุคคล (Scrivens & Smith, 2013)

นอกจากนั้น เจมส์ โคลแมน (James Coleman) (1988) กล่าวว่า ทุนทางสังคมถูกให้ความหมายตามลักษณะหน้าที่ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่หลากหลายและแตกต่างกันออกไป โดยมีสิ่งสำคัญพื้นฐาน 2 ประการคือโครงสร้างทางสังคมและการกระทำของตัวแสดงที่รวมถึงความร่วมมือกันภายใต้โครงสร้างทางสังคมนั้น ๆ ด้วย ซึ่งทุนทางสังคมก็เหมือนกับทุนอื่น ๆ คือก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นไปไม่ได้ให้สามารถเป็นไปได้ ซึ่งทุนทางสังคมอาจจะไม่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างสมบูรณ์ยกเว้นในบางกิจกรรมที่มีคุณลักษณะพิเศษเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตามทุนทางสังคมก็มีส่วนที่แตกต่างจากทุนในลักษณะอื่น ๆ ตรงที่ฝังตัวอยู่ในความสัมพันธ์ทั้งภายในตัวแสดงและระหว่างตัวแสดง โดยทุนทางสังคมจะดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ 1. ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นที่มีพันธะผูกพัน ความคาดหวัง ความไว้วางใจ และบรรทัดฐานของสังคม และ 2. โครงสร้างทางสังคมที่มีความใกล้ชิดของเครือข่ายและเมืองครภายใต้โครงสร้างทางสังคมที่เหมาะสม ทั้งนี้จากการศึกษาแคทเธอรีน สควิเวนส์และโคนอล สมิท (Katherine Scrivens และ Conal Smith) (2013) ได้อธิบายกรอบแนวคิดทุนทางสังคมของโคลแมนไว้ ดังต่อไปนี้

- 1) ทุนทางสังคมไม่เหมือน “ทุน” อื่น ๆ คือ เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับปัจเจกที่อยู่ภายในเครือข่ายทางสังคม ไม่สามารถครอบครองได้โดยคนใดคนหนึ่งแต่มีอยู่ภายในความสัมพันธ์ทางสังคม
- 2) ทุนทางสังคมสามารถมีได้ภายในเครือข่ายที่มีขนาดแตกต่างกัน เช่น ครอบครัว ชุมชนหรือโรงเรียน โดยไม่ได้จำกัดอยู่ภายในเครือข่ายที่มีขนาดเท่ากันเท่านั้น
- 3) ความสัมพันธ์ทางสังคมจะสร้างรูปแบบของทุนทางสังคมของปัจเจกผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การสร้างพันธะผูกพัน ความคาดหวัง ความไว้วางใจ การสร้างช่องทางสำหรับข้อมูล และการกำหนดบรรทัดฐานที่มีกฎหมายรับรอง
- 4) ทุนทางสังคมไม่ใช่เพียงทุนส่วนบุคคล (Private Goods) แต่ยังมีลักษณะของทุนสาธารณะ (Public Goods) ที่การกระทำส่วนบุคคลสามารถส่งผลกระทบเชิงบวกหรือลบต่อกลุ่มใหญ่ได้

นักวิชาการคนสำคัญ โรเบิร์ต ดี. พัทนัม (Robert D. Putnam) (Putnam, 1993) กล่าวว่า ทูทางสังคม คือค่านิยมความไว้วางใจและการเกื้อกูลกัน (Norm of Trust and Reciprocity) และเครือข่ายชุมชน (Civic Engagement) ของแต่ละชุมชน และทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า ความเป็นประชาสังคม (Civic Matter) ที่สมาชิกมีการติดต่อสื่อสารกันในแนวนอน (Horizontal) อีกทั้งการศึกษาของแคทเธอรีน สควีนส์และโคนอล สมิท (Katherine Scrivens และ Conal Smith) (2013) ได้อธิบายความหมายของพัทน์เพิ่มเติม โดยกล่าวว่าหัวใจของทุนทางสังคมของโรเบิร์ต พัทน์คือการมีส่วนร่วมของพลเมือง (Civic Engagement) โดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มพลเมือง หมายถึง การรวมกลุ่มเพื่อนบ้าน การเข้าโบสถ์ การร่วมมือซึ่งกันและกัน และการเข้าร่วมสมาคมต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์เชิงราบ (Horizontal Relationships) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ตัวแสดงต่าง ๆ มีสถานะและอำนาจเท่าเทียมกัน จากที่กล่าวมาข้างต้นสามารถกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมของโรเบิร์ต ดี. พัทน์มุ่งเน้นไปที่มิติของทุนส่วนรวม (Public Goods) ในรูปแบบของเครือข่ายและความร่วมมือกัน (L. R. Anderson, Mellor, & Milyo, 2004; Putnam, 2000; Scrivens & Smith, 2013)

ฮาร์ทมัต เอสเซอร์ (Hartmut Esser) (2008) กล่าวว่า ทุนทางสังคมคือ “ทุน” รูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะพิเศษ โดยทั่วไปแล้วทุนสามารถแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1. แบบภาวะอิสระ (Autonomy) หรือทุนที่มีลักษณะการใช้แบบจำเพาะ เป็นแหล่งทรัพยากรที่ควบคุมโดยตัวแสดงเอง มีความหมายใกล้เคียงกับทุนส่วนตัว (Private Goods) เช่น ทุนมนุษย์ ทุนเศรษฐกิจ และทุนวัฒนธรรม และ 2. แบบภาวะภายใต้กฎเกณฑ์ (Heteronomy) หรือทุนที่มีลักษณะการใช้แบบทั่วไป การเกิดขึ้นและการใช้งานไม่ได้เฉพาะเจาะจงแค่จากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่มีลักษณะเป็นทุนส่วนรวม (Collective Goods) เช่น ทุนสถาบันและทุนทางการเมือง ทั้งนี้เอสเซอร์ยังกล่าวว่าทุนทางสังคมมีลักษณะเฉพาะตัวคือ ทุนทางสังคมเป็นทรัพยากรที่บุคคลสามารถเคลื่อนย้ายหรือได้มาจากการมีส่วนร่วมในเครือข่ายความสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่น ๆ หรือกล่าวได้ว่าลักษณะเด่นของทุนทางสังคมคือการผสมกันของแง่มุมของปัจเจกและแง่มุมของสังคมในการควบคุมและการใช้ทรัพยากร โดยทุนทางสังคมแบ่งเป็น 2 มิติคือ 1) ปัจเจก (Individual) หมายถึง ทรัพยากรของตัวแสดงที่เป็นปัจเจกที่มาจากความสัมพันธ์ทั้งแบบใกล้ชิดหรือผิวเผิน 2) ส่วนรวม (Collective) หมายถึง ผลลัพธ์ของเครือข่ายทั้งหมดที่อยู่ในโครงสร้างที่ทุกตัวแสดงอาศัยอยู่ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรที่ได้มาจากการสัมพันธ์ (Relations) และเครือข่าย (Networks)

โดยสรุป ทุนทางสังคมคือแหล่งทรัพยากรของปัจเจกที่ฝังตัวอยู่ในเครือข่ายทางสังคมที่มีขนาดแตกต่างกัน ทุนทางสังคมสามารถเคลื่อนย้ายหรือเกิดขึ้นได้ผ่านทางความสัมพันธ์ของบุคคลกับตัวแสดงอื่น ๆ ภายในเครือข่ายหรือโครงสร้างทางสังคม โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะปัจเจก หรือ ทุนส่วนตัว (Private Goods) คือทุนทางสังคมที่เกิดจากความสัมพันธ์ส่วนตัวของตัวปัจเจกและ

ตัวแสดงอื่น ๆ และ 2) ลักษณะส่วนรวม หรือทุนส่วนรวม (Public Goods) คือทุนทางสังคมที่เกิดจากความสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายและโครงสร้างทางสังคม

ในทำนองเดียวกันงานของแคทเธอรีน สควีเวนส์และโคนอล สมิท (Katherine Scrivens และ Conal Smith) (2013) ยังพบว่าการศึกษาทุนทางสังคมที่ผ่านมามุ่งเน้นอธิบายถึงทุนทางสังคมใน 2 รูปแบบ คือแบบส่วนตัว (Private / Individual Good) และแบบส่วนรวม (Collective / Public Good) ในด้านรูปแบบแบบส่วนตัวทุนทางสังคมถูกให้ความหมายเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางเครือข่ายและผลประโยชน์หรือทรัพยากรที่ได้จากความสัมพันธ์นั้น ๆ เช่นเดียวกับรูปแบบส่วนรวม ทุนทางสังคมหมายถึงการรวมกันของโครงสร้างหรือเครือข่ายและการรับรู้ เช่น การมีบรรทัดฐานและความไว้วางใจร่วมกันซึ่งถือเป็นทรัพยากรส่วนรวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา นักวิชาการหลายท่านได้ให้คำอธิบายถึงทุนทางสังคมไว้ทั้งเหมือนและแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาถึงลักษณะหรือรูปแบบของทุนทางสังคมแล้ว สามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

ตาราง 4 สรุปลักษณะของทุนทางสังคม

	ลักษณะของทุนทางสังคม		อ้างอิง
	Private Goods	Public Goods	
ปีแอร์ บูร์ดิเอดู (Pierre Bourdieu)	✓		(Pierre Bourdieu, 1986) อ้างอิงเพิ่มเติมใน (Scrivens & Smith, 2013)
โรเบิร์ต ดี. พัทนัม (Robert D. Putnam)		✓	(Putnam, 1993) อ้างอิง เพิ่มเติมใน (Scrivens & Smith, 2013)
เจมส์ โคลแมน (James Coleman)	✓	✓	(Coleman, 1988) อ้างอิง เพิ่มเติมใน (Scrivens & Smith, 2013)
ฮาร์ทมัต เอสเซอร์ (Hartmut Esser)	✓	✓	(Esser, 2008)

ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

จากตาราง 4 จะเห็นได้ว่านักวิชาการที่มีชื่อเสียงอธิบายถึงทุนทางสังคมในลักษณะของทุนส่วนตัว (Private Goods) หรือในลักษณะของทุนส่วนรวม (Public Goods) หรือทั้ง 2 ลักษณะ จึงสรุปได้ว่าลักษณะหรือรูปแบบของทุนทางสังคมมีความสำคัญสำหรับการอธิบายถึงทุนทางสังคม เพราะสามารถบ่งบอกถึงขอบเขตของการศึกษาและการให้คำอธิบายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทุนทางสังคมในมิติของสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) โดยมีการให้ความหมายของทุนทางสังคมไว้ ดังนี้

แพทริก บาร์เรท เบียทริค ฮาล์ล และแมรี บัทเลอร์ (Patrick Barrett, Beatrice Hale and Mary Bulter) (2014) กล่าวว่า ทุนทางสังคมคือแหล่งทรัพยากรที่สำคัญสำหรับบุคคลที่มีความต้องการที่ซับซ้อนและอาศัยอยู่ในชุมชน การหาแนวทางในการสะสมและเพิ่มทุนทางสังคมที่มีในครอบครัวและเพื่อนบ้านเป็นสิ่งที่สามารถสนับสนุนการดำเนินชีวิตของทั้งผู้ที่ต้องการการดูแลและผู้ที่ให้การดูแลได้ โดยทุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 แนวทางคือ 1) จุลภาค หรือ Micro Approaches เป็นแนวทางที่ให้ความสนใจกับปัจเจก (Individual) และผลประโยชน์ที่เพิ่มขึ้นของปัจเจกผ่านการเป็นสมาชิก การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม และผ่านการเข้าสังคมเพื่อจุดประสงค์ในการผลิตทรัพยากรหรือทุนทางสังคมนั้น และ 2) มหภาค หรือ Macro Approaches โดยสนใจเกี่ยวกับการมีอัตลักษณ์ร่วมกัน ความสนใจ ความไว้วางใจภายในชุมชนและผลลัพธ์ของความร่วมมือนั้นในชุมชน แนวทางนี้ทำความเข้าใจทุนทางสังคมโดยสนใจถึงความสำคัญของการบูรณาการสังคมและการอยู่ร่วมกันในสังคม ทรัพยากรหรือทุนทางสังคมถูกสะสมผ่านเวลาโดยความร่วมมือและความเห็นใจซึ่งกันและกัน

สอดคล้องกับงานของ แคทเธอลีน เอ. แคจนี และ หมิง เวิน (Kathleen A. Cagney และ Ming Wen) (2008) ที่ได้อธิบายถึงรูปแบบของทุนทางสังคมไว้ 2 รูปแบบคือ 1) ทุนทางสังคมแบบปัจเจก (Individual-Level Social Capital) โดยผ่านแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม ความเกื้อกูลซึ่งกันและกันในการแลกเปลี่ยนระดับครอบครัวคือหัวใจของการศึกษาทุนทางสังคมแบบปัจเจก การขาดความเกื้อกูลและขาดความไว้วางใจมีความเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ไม่ดี 2) ทุนทางสังคมแบบชุมชน (Community-Level Social Capital) เป็นการอธิบายในแนวคิดแบบชุมชนนิยม โดยวัดค่าของทุนทางสังคมผ่านความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมทางพลเมืองในเครือข่าย ทุนทางสังคมเป็นเรื่องของความสัมพันธ์และประสิทธิภาพร่วมกันเกี่ยวกับการเปลี่ยนความสัมพันธ์นั้นไปสู่การกระทำที่เป็นผลประโยชน์ต่อทุกคน อีกทั้งการมีทุนทางสังคมทั้งในแบบปัจเจกและแบบชุมชนในระดับสูงสามารถเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาของ คอร์เนเลีย บัทเลอร์ ฟลอรา และแจน แอล. ฟลอรา (Cornelia Butler Flora และ Jan L. Flora) (2008) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกและชุมชนว่า ระดับ

ปัจเจก หรือ Individual ไม่สามารถสร้างทุนทางสังคมได้ด้วยตัวเอง แต่เป็นผลลัพธ์มาจากระดับชุมชน หรือ Community

ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่า ในมิติของสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว (Family Carer) การศึกษาทั้งสามการศึกษาที่กล่าวมานั้นมีความสอดคล้องกันในประเด็นของทุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ 1) ระดับจุลภาค (Micro Level) หรือเป็นความสัมพันธ์ในระดับบุคคล เช่นความสัมพันธ์ในครอบครัว และ 2) ระดับมหภาค (Macro Level) หรือเป็นความสัมพันธ์ในระดับชุมชน เช่นความสัมพันธ์ต่อเครือข่ายทางสังคมภายนอก นอกจากนี้การแบ่งระดับทุนทางสังคมออกเป็น 2 ระดับนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดลักษณะของทุนทางสังคมที่แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือทุนส่วนตัว (Private Goods) และทุนส่วนรวม (Public Goods) ตามที่ได้อธิบายไปแล้วข้างต้นอีกด้วย

จากข้อเสนอดังกล่าวของการศึกษาข้างต้นที่ได้อธิบายไปแล้วนั้น การศึกษานี้จึงศึกษาทุนทางสังคมโดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับปัจเจก หรือ Micro Level คือ ทุนทางสังคมในลักษณะของทุนส่วนตัว (Private Goods) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวบุคคลกับตัวแสดงอื่น ๆ ในระดับความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และ 2) ระดับชุมชน หรือ Macro Level คือทุนทางสังคมในลักษณะของทุนส่วนรวม (Public Goods) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในเชิงเครือข่ายหรือโครงสร้างทางสังคม

ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะอธิบายถึงองค์ประกอบของทุนทางสังคมในการศึกษานี้ ซึ่งจะประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1.ความไว้วางใจ (Trust) 2.การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) และ 3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support)

องค์ประกอบของทุนทางสังคม

ทุนทางสังคมประกอบด้วยองค์ประกอบในหลายมิติ จากที่ได้กล่าวไปข้างต้นพบว่าทุนทางสังคมในการศึกษานี้จะแบ่งองค์ประกอบของทุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1. ความไว้วางใจ 2. การเกื้อกูลกัน และ 3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1.ระดับปัจเจก (Micro) และ 2. ระดับชุมชน (Macro) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความไว้วางใจ (Trust)

ในแนวคิดทุนทางสังคมนั้น นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าความไว้วางใจ (Trust) มีความสำคัญในการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคม โดยความไว้วางใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งของทุนทางสังคมและยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างพันธะผูกพันและความคาดหวังในอนาคตอีกด้วย (Coleman, 1988; Nahapiet & Ghoshal, 1998; Putnam, 1993) มีการให้ความหมายของความไว้วางใจไว้ว่าหมายถึงปัจจัยด้านการรับรู้ที่สร้างแนวทางที่บุคคลจะปฏิบัติต่อผู้อื่นหรือสมาชิกในสังคมในสถานะที่ยุ่งเหยิงความไว้วางใจสามารถเป็นพลังและความสมัครใจในการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือกันและกัน (Scrivens & Smith, 2013) โดยความไว้วางใจสัมพันธ์กับความใกล้ชิด คุณค่า ความเชื่อ

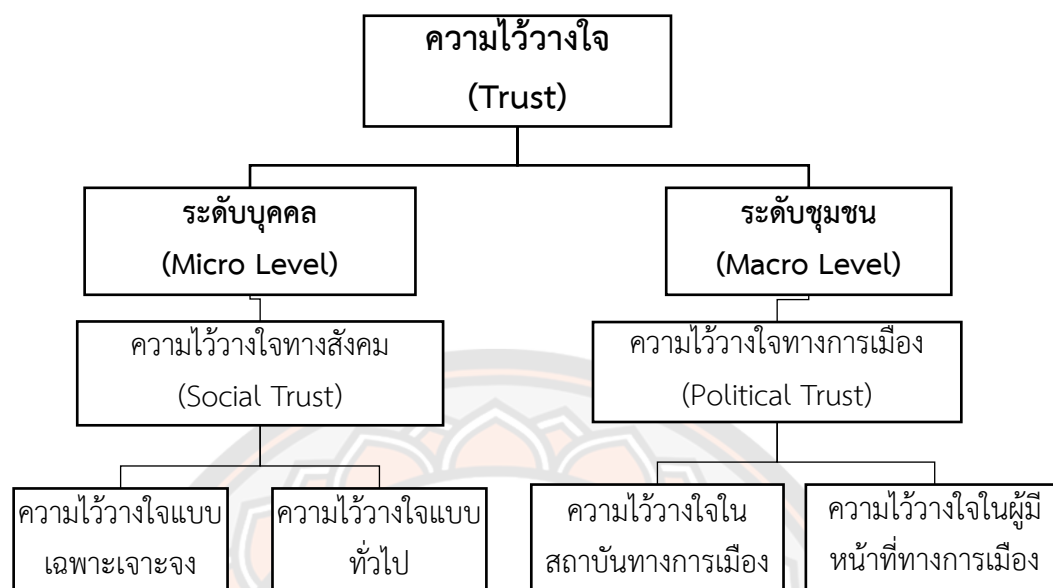
และผลประโยชน์ร่วมระหว่างผู้ไว้วางใจและผู้ถูกไว้วางใจ ความไว้วางใจจึงหมายถึงความเต็มใจในความเคารพและไว้วางใจต่อบุคคลอื่น โดยความสัมพันธ์ของความไว้วางใจของทั้งสองฝ่ายจะเป็นไปด้วยความเต็มใจในการให้ความร่วมมือระหว่างกันและกัน และมักเกิดในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนมากกว่าสถานการณ์ที่แน่นอน (ชิตพล กาญจนกิจ, 2545)

นอกจากนี้ เคนเนท นิวตัน (Kenneth Newton) (2001) ยังอธิบายถึงความไว้วางใจในสองรูปแบบคือ ความไว้วางใจทางสังคม (Social Trust) และความไว้วางใจทางการเมือง (Political Trust) ซึ่งความไว้วางใจทางสังคมและความไว้วางใจทางการเมืองนั้นมีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเป็นความสัมพันธ์ที่มีความเปราะบาง อีกทั้งรูปแบบและตัวแปรที่ใช้ศึกษาก็มีความแตกต่างกัน ความไว้วางใจทางสังคมใช้ตัวแปรเชิงสังคมในการวัดความสำเร็จทางสังคมและเศรษฐกิจ ในขณะที่ความไว้วางใจทางการเมืองก็ใช้ตัวแปรเชิงการเมืองเพื่อวัดผลประโยชน์ทางการเมือง ความภาคภูมิใจในระบบการเมืองของประเทศหรือความเชื่อใจในรัฐบาล เหล่านี้คือความแตกต่างกันระหว่างความไว้วางใจทางสังคมและความไว้วางใจทางการเมือง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรน เทา, ดาลี่ แอล. หยาง, หมิง ลี และซี หลู (Ran Tao, Dali L. Yang, Ming Li, และ Xi Lu) (2014) ที่อธิบายถึงความไว้วางใจไว้ว่าประกอบไปด้วยความไว้วางใจทางสังคมและความไว้วางใจทางการเมือง และทั้งสองลักษณะมีความสัมพันธ์แบบอิสระต่อกัน เช่น บางบุคคลอาจมีความไว้วางใจทางสังคมสูงแต่ไม่มีความไว้วางใจทางการเมือง นอกจากนี้รูปแบบของความไว้วางใจทางสังคมและความไว้วางใจทางการเมืองยังมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ความไว้วางใจทางสังคมจะมีลักษณะเป็นความไว้วางใจแบบแนวนอน (Horizontal Trust) ในทางตรงกันข้ามความไว้วางใจทางการเมืองจะมีลักษณะเป็นความไว้วางใจแนวตั้ง (Vertical Trust) ที่มีลักษณะแตกต่างกันและมีความเปราะบางอีกด้วย

เมื่อพิจารณาถึงระดับของความไว้วางใจพบว่าสามารถแบ่งออกได้ 2 ระดับ คือระดับปัจเจกและระดับชุมชน โดยระดับปัจเจกจะเป็นความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บุคคลในครอบครัว และระดับชุมชนคือความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อบุคคลในชุมชน เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานภาครัฐ

ทั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ความไว้วางใจถือว่าเป็นส่วนประกอบที่มีความสำคัญประการหนึ่งของทุนทางสังคมและยังเป็นตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความผูกพันกันและสามารถนำไปสู่การร่วมมือกันได้ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับคือระดับ Micro ได้แก่ความไว้วางใจทางสังคมและระดับ Macro ได้แก่ความไว้วางใจทางการเมือง การศึกษานี้จึงจะแบ่งความไว้วางใจออกเป็น 2 ระดับ คือ ความไว้วางใจทางสังคม (Social Trust) และความไว้วางใจทางการเมือง (Political Trust) รายละเอียดดังภาพ 2

ภาพ 2 ประเภทของความไว้วางใจ



ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

1. ความไว้วางใจทางสังคม (Social Trust)

ความไว้วางใจทางสังคมเป็นความไว้วางใจในระดับของปัจเจก (Micro) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความไว้วางใจทางสังคมพบว่าเคนเนท นิวตัน (Kenneth Newton) (2001) ได้อธิบายถึงความหมายของความไว้วางใจทางสังคมไว้ว่า ความไว้วางใจทางสังคมคือความเชื่อของตัวแสดงที่ว่าในสถานะที่เลวร้ายที่สุดแล้ว คนอื่นจะไม่ทำร้ายหรือทำให้เกิดอันตรายใดต่อตนเอง และในสถานะที่ดีที่สุดคนอื่นจะกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และความไว้วางใจถือได้ว่าเป็นพลังที่สำคัญที่สุดในสังคม นอกจากนี้ ความไว้วางใจทางสังคมระหว่างพลเมืองมีความจำเป็นต่อการเชื่อมโยงทางสังคม เสถียรภาพ และคุณภาพของสังคมที่มีขนาดใหญ่ มีความหลากหลายวัฒนธรรมและได้รับแรงกดดันจากสิ่งต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ หรือความขัดแย้ง ความไว้วางใจทางสังคม (Social Trust) เป็นพื้นฐานของความร่วมมือกันในสังคม รวมไปถึงการบูรณาการและความมั่นคงของสังคมยุคใหม่ (Tao et al., 2014) และจากการศึกษาที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นว่าความไว้วางใจทางสังคมนั้นเกี่ยวข้องกับหลายบริบท เช่น สุขภาพ ความสุข ความสำเร็จ การมีชีวิตยืนยาว และความรู้สึกการเป็นเจ้าของสังคม (Kenneth Newton, Stolle, & Zmerli, 2018)

ยิ่งไปกว่านั้น ความไว้วางใจทางสังคมเป็นความไว้วางใจในลักษณะแนวนอน (Horizontal Trust) หมายถึง เป็นความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล โดยมีลักษณะที่แนบแน่นระหว่างบุคคลและบุคคล (จิตพล กาญจนกิจ, 2545) สอดคล้องกับแคทเธอรีน สครีเวนส์และโคนอล สมิท (Katherine Scrivens และ Conal Smith) (2013) กล่าวว่า ความไว้วางใจสามารถจำแนกได้

ออกเป็น 2 แบบ ตามลักษณะความแนบแน่นของความสัมพันธ์ คือ ความไว้วางใจแบบหนา (Thick Trust) หรือแบบเฉพาะเจาะจง (Particularized Trust) และความไว้วางใจแบบเปราะบาง (Thin Trust) หรือแบบทั่วไป (Generalized Trust) ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายถึงความหมายและรายละเอียดเกี่ยวกับความไว้วางใจทางสังคม 2 รูปแบบ คือ 1) ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (Particularized Trust) และ 2) ความไว้วางใจแบบทั่วไป (Generalized Trust) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (Particularized Trust)

ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง หมายถึง ความไว้วางใจในบุคคลที่มีลักษณะเหมือนกัน เช่น เชื้อชาติหรือศาสนา และถือได้ว่าเป็นการก่อตัวจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น มีความใกล้ชิดกันมาก จนกลายเป็นความไว้วางใจแบบแนบแน่น (Thick Trust) (ชิตพล กาญจนกิจ, 2545) นอกจากนั้น บุคคลที่มีความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงจะให้ความสนใจเฉพาะกลุ่มคนในกลุ่มของตนเองเท่านั้น และจะกังวลใจต่อการไว้วางใจบุคคลจากกลุ่มอื่นที่มีค่านิยมหรือมุมมองทางความคิดแตกต่างกัน (Uslaner & Conley, 2003) หรือเข้าใจได้ว่ามีลักษณะที่ใกล้เคียงกับการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม คือเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะเป็นทุนส่วนตัว (Private Goods) ที่ได้มาจากความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (Scrivens & Smith, 2013)

2) ความไว้วางใจแบบทั่วไป (Generalized Trust)

ความไว้วางใจแบบทั่วไป หมายถึง การที่เชื่อว่าบุคคลทั่วไปในสังคมมีค่านิยมพื้นฐานที่เหมือนกัน และเต็มใจที่จะเชื่อใจบุคคลแปลกหน้าที่มีความแตกต่างออกไป มีความคิดเชิงบวกในมุมมองทางธรรมชาติของมนุษย์และเชื่อว่าการติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างกลุ่มสามารถให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางส่วนตัวและสังคม (Uslaner & Conley, 2003) การไว้วางใจในผู้อื่นถือได้ว่าเป็นพื้นฐานของความร่วมมือกัน การไม่ไว้วางใจในคนแปลกหน้าสามารถเกิดขึ้นได้ใจสถานการณ์ต่าง ๆ มากมาย แต่ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลไม่ไว้วางใจหรือไม่เต็มใจที่จะให้ความร่วมมือกับบุคคลอื่นที่ไม่รู้จักเป็นการส่วนตัว อาจะกลายเป็นการขัดขวางการเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่สำคัญได้ (Scrivens & Smith, 2013) ความไว้วางใจในคนแปลกหน้าจึงเป็นความไว้วางใจทางศีลธรรม (Moralistic Trust) โดยเชื่อว่าบุคคลอื่นก็มีคุณค่าทางศีลธรรม (Moral Value) เดียวกันและอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าและบรรทัดฐานของพฤติกรรมที่เหมือนกัน (Uslaner, 2002)

อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีความไว้วางใจแบบทั่วไปเปรียบเสมือนเป็นผู้ประสานความสัมพันธ์ กล่าวคือ เมื่อพบเจอกับคนแปลกหน้า หรือคนใหม่ ๆ จะเชื่อว่าความสัมพันธ์สามารถพัฒนาเป็นเพื่อนกันได้ ถือได้ว่าเป็นความไว้วางใจที่เปราะบาง (Thin Trust) ซึ่งตรงกันข้ามกับความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง ยิ่งไปกว่านั้น บุคคลลักษณะนี้เต็มใจในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาสาสมัครหรือกิจกรรมที่ทำให้ได้พบเจอคนใหม่ๆ ส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นนำเอาความไว้วางใจ

แบบทั่วไปเข้าไปสู่องค์กรที่มีส่วนร่วมอยู่ และเผยแพร่สู่บุคคลอื่นที่อยู่ในองค์กรเดียวกัน นำไปสู่การผลิตทุนทางสังคม ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการสร้างความร่วมมือทางสังคมนั้นไม่ได้หมายถึงการเจอกันแบบซึ่งหน้าเพียงเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีความไว้วางใจแบบทั่วไปในระดับสูงด้วยเช่นกัน (Uslaner & Conley, 2003)

นอกจากนี้ ความไว้วางใจยังส่งผลกระทบต่อมิติทางด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยความไว้วางใจเป็นปัจจัยที่สามารถนำไปพัฒนาองค์ประกอบของทุนทางสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมทางสังคมที่จะเป็นประโยชน์ต่อมิติด้านสุขภาพได้ ผู้ที่มีความไว้วางใจสูงสามารถหาแนวทางในการมีสุขภาพที่ดีได้ง่ายขึ้น (Sato et al., 2018) อีกทั้งบุคคลที่มีความไว้วางใจต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งภาวะโดดเดี่ยวทางสังคมนั้นเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการเจ็บป่วยและการตายของคน (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010) จึงจะเห็นได้ว่าความไว้วางใจมีความสัมพันธ์กับสุขภาพไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง อีกทั้งนอกจากความไว้วางใจทางสังคมแล้วยังมีความไว้วางใจทางการเมืองที่มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับมิติด้านการดูแลสุขภาพด้วยเช่นกัน ซึ่งจะอธิบายถึงรายละเอียดในส่วนต่อไป

2. ความไว้วางใจทางการเมือง (Political Trust)

ความไว้วางใจทางการเมืองเป็นทุนทางสังคมในระดับชุมชน (Macro) มีความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีต่อทุนทางการเมือง เช่นเดียวกับความไว้วางใจทางสังคมที่มีต่อทุนทางสังคม จากการศึกษาของدنุวัศ สุวรรณวงศ์ (2553) กล่าวว่าความไว้วางใจทางการเมืองเป็นการรับรู้ของบุคคลในสิ่งต่าง ๆ ทางการเมือง เช่น กิจกรรมทางการเมือง ผู้ใช้อำนาจทางการเมือง และระบบการเมืองทั้งระบบ โดยการรับรู้จะส่งผลให้เกิดการประเมินว่าสิ่ง ๆ นั้นมีความชอบธรรม ยุติธรรมหรือถูกต้องมากน้อยเพียงไร ซึ่งการประเมินจะออกมาในรูปแบบของค่าความไว้วางใจต่อสิ่งต่าง ๆ ทางการเมือง นอกจากนี้ ความไว้วางใจทางการเมืองเป็นการตัดสินใจของกลุ่มพลเมืองต่อระบบและเจ้าหน้าที่ทางการเมืองว่ามีการตอบสนองและกระทำในสิ่งที่ถูกแม้จะปราศจากการตรวจสอบ (Miller & Listhaug, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับเคน นิวตัน (Ken Newton) (2008) กล่าวว่าความไว้วางใจทางการเมืองคือความเชื่อของบุคคลที่ว่าเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจจะไม่ทำสิ่งที่คุกคามตนเองแม้จะมีโอกาส และจะคอยดูแลรักษาผลประโยชน์ให้กันเท่าที่จะเป็นไปได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความไว้วางใจทางการเมืองสามารถแบ่งออกได้หลายรูปแบบ ในการศึกษานี้จะแบ่งความไว้วางใจทางการเมืองออกเป็น 2 แบบ คือ 1) ความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมือง (Trust in Political Institutions) และ 2) ความไว้วางใจต่อผู้มีตำแหน่งทางการเมือง (Trust in Political Incumbents) สามารถกล่าวได้ว่าความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองเป็นแหล่งทรัพยากรสาธารณะที่สำคัญ สามารถหมายถึงความไว้วางใจต่อรัฐบาลหรือระบบการเมืองได้ โดยความไว้วางใจต่อภาครัฐสามารถส่งเสริมให้ผู้คนมีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมของรัฐ หรือยอมรับการปรับเปลี่ยนนโยบายต่าง ๆ นอกจากนี้ความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองยังรวมถึงการที่พลเมืองพิจารณาถึงความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ของแต่ละภาคส่วนของรัฐบาลในการควบคุมแต่ละส่วนงาน เช่น ระบบการศึกษาและระบบการดูแลสุขภาพ สถาบันสื่อหรือระบอบตุลาการ (Scrivens & Smith, 2013)

ความไว้วางใจและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวคาดหวังที่จะได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนด้านการดูแลจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ซึ่งจะนำไปสู่การไว้วางใจต่อสถาบันและเจ้าหน้าที่ของทางรัฐบาล นอกจากนี้ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐยังเป็นเหมือนความปลอดภัย (Security) สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จะให้ความไว้วางใจและความมั่นใจทั้งในระบบสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยจะรู้สึกถึงความปลอดภัยเมื่อสามารถเข้าถึงการดูแล การบริการและข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกถึงความปลอดภัยในอัตลักษณ์และคุณค่าของตนเองจากการเป็นผู้ดูแล ได้รับการยอมรับ ได้รับการรับฟัง และการทำหน้าที่ของตนได้ดี (Funk, Allan, & Stajduhar, 2009)

เพราะฉะนั้นสรุปได้ว่าความไว้วางใจเป็นเหมือนเครื่องมือสำหรับบุคคลในการสร้างความสัมพันธ์กับทั้งบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือญาติสนิทและกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม รวมถึงสถาบันและผู้มีตำแหน่งทางการเมืองต่าง ๆ และนำไปสู่การผลิตของทุนทางสังคมและทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ได้ โดยจิตพล กาญจนกิจ (2545) กล่าวว่าความไว้วางใจทางการเมืองและความไว้วางใจทางสังคมมีความสัมพันธ์กัน เปรียบเสมือนด้านทั้งสองของเหรียญ การสะสมทุนทางสังคมในรูปแบบของความไว้วางใจทางสังคมจะส่งผลทำให้เกิดการสะสมทุนทางการเมืองด้วย

นอกจากนี้ ความไว้วางใจยังมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นของทุนทางสังคมด้วยเช่นกัน นั่นคือการเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) โดยความไว้วางใจและการเกื้อกูลกันมีความสัมพันธ์กันในลักษณะของการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันอีกทั้งยังสร้างความสัมพันธ์แบบความร่วมมือกันอีกด้วย (Buchan, Croson, & Dawes, 2002) ซึ่งจะอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับการเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) ทั้งความหมายและองค์ประกอบในส่วนต่อไป

2. การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity)

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอธิบายถึงความหมาย ลักษณะและองค์ประกอบของการเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) ซึ่งการเกื้อกูลกันเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม การศึกษานี้จึงได้แบ่งการเกื้อกูลกันออกเป็น 2 ระดับ คือ 1.การเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว (Private Reciprocity) และ 2.การเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม (Public Reciprocity) โดยการเกื้อกูลกันนั้นมีลักษณะคล้ายกับความไว้วางใจคือมีการให้คำจำกัดความที่หลากหลายและยังเป็นองค์ประกอบหลักของทุนทางสังคมเช่นเดียวกับความไว้วางใจ (Putnam, 2000) นอกจากนี้ความ

ไว้วางใจและการเกื้อกูลกันยังเหมือนกันตรงที่เป็นแนวความคิดที่มีความซับซ้อนเนื่องจากมีลักษณะเป็นแนวความคิดในเชิงทัศนคติและมีความเป็นนามธรรม ทำให้ต้องศึกษาผ่านพฤติกรรมของบุคคล (S. Abbott & Freeth, 2008) ยิ่งไปกว่านั้นนักวิชาการได้ให้ความหมายของการเกื้อกูลกันไว้ว่า หมายถึงความรู้สึกของการเป็นสมบัติส่วนตัว เป็นส่วนประกอบของความสัมพันธ์ในทุนทางสังคมและหมายถึงความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในเครือข่าย (Sánchez-Franco & Roldán, 2014) นอกจากนี้การเกื้อกูลกันยังถูกนิยามว่าเป็น “การให้และรับมา” (Give and Take) หมายถึงการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่เคยช่วยเหลือมาก่อน ในมิติทางด้านสังคมศาสตร์แล้วถือได้ว่าเป็นกลไกที่ทรงพลังของการรวมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม ความคาดหวังและพันธะในการตอบแทนกันจะก่อให้เกิดวงจรการแลกเปลี่ยนที่ผูกมัดผู้คนเข้าด้วยกันผ่านความซับซ้อนของโครงข่ายการพึ่งพาอาศัยกันและส่งเสริมให้กลายเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นมา (Offer, 2012)

จากการศึกษาของแอนเดรียส ดาคมันน์ (Andreas Diekmann) (2004) การเกื้อกูลกันไม่ได้หมายถึงการกระทำที่มีเมตตาและเต็มใจช่วยเหลือต่อกันเพียงอย่างเดียว แต่สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเกื้อกูลกันเชิงบวกและการเกื้อกูลกันเชิงลบ ในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือเครือข่ายนั้นการมีความเต็มใจในการเกื้อกูลกันในเชิงบวกสามารถช่วยส่งผลให้กิจกรรมทางสังคมนั้นเป็นการแลกเปลี่ยนการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างบุคคลและเครือข่าย ความร่วมมือกันบนพื้นฐานของการเกื้อกูลกันเชิงบวกเป็นการรักษาความสัมพันธ์ต่อกันเมื่อเกิดปัญหาขึ้นมา ด้วยเหตุนี้ความร่วมมือกันบนพื้นฐานของการเกื้อกูลกันเชิงบวกจึงเป็นการปัจจัยสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตร ในทางตรงกันข้าม บรรทัดฐานการเกื้อกูลกันเชิงลบใช้สนับสนุนในฐานะของการต่อรองต่อฝ่ายตรงข้ามเพื่อตอบสนองต่อการกระทำที่ขุ่นเคืองที่ผ่านมา (Caliendo, Fossen, & Kritikos, 2010) จึงสามารถสรุปได้ว่าการเกื้อกูลกันเชิงบวกคือ ความเต็มใจในการช่วยเหลือตอบแทนบุคคลที่เคยให้ความช่วยเหลือ และการเกื้อกูลกันเชิงลบคือ ความเต็มใจในการคุกคามบุคคลที่เคยคุกคามตนเองมาก่อน

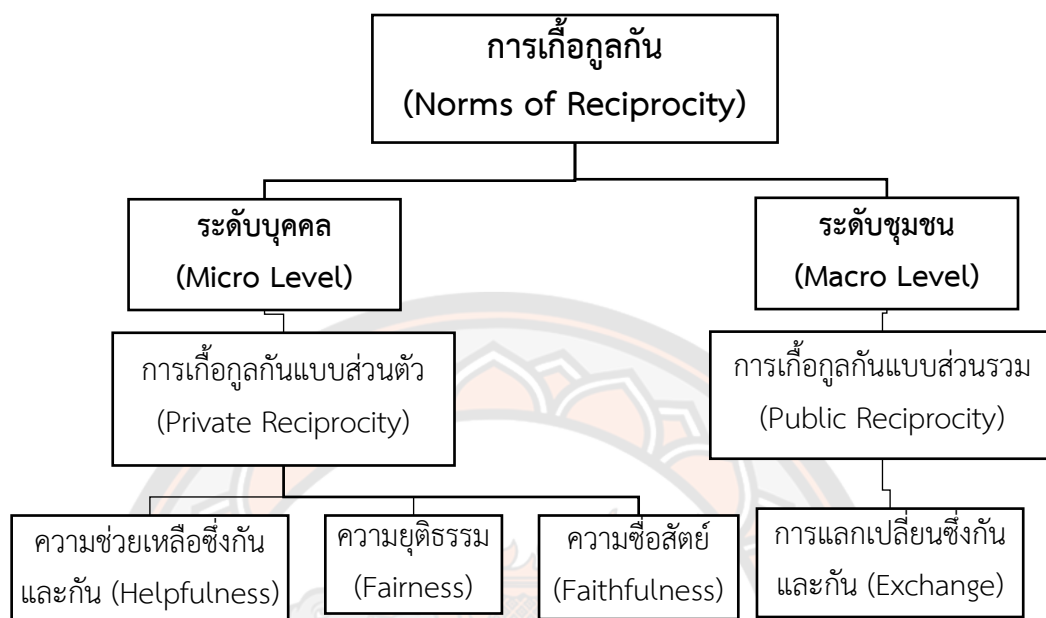
อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกื้อกูลกันได้อธิบายถึงองค์ประกอบของการเกื้อกูลกันไว้อย่างหลากหลาย เช่น การศึกษาของอัลวิน วอร์ด โกลเนอร์ (Alvin Ward Gouldner) (1960) นักสังคมวิทยาที่มีชื่อเสียงได้กล่าวถึงการเกื้อกูลกันไว้ว่าเป็นหลักการที่มีความสำคัญมากของสังคมและมีความเป็นสากล (Universal) โดยรูปแบบความเป็นสากลนี้ทำให้เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Helpfulness) สองประการคือ 1) การช่วยเหลือบุคคลที่คอยช่วยเหลือเรา และ 2) การไม่ทำร้ายบุคคลที่คอยช่วยเหลือเรา ซึ่งความช่วยเหลือซึ่งกันและกันถือได้ว่าเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญของการเกื้อกูลกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของบิรเทอ กุนดาลาซ์และริชาร์ด ทราุนมุลเลอร์ (Birte Gundelach and Richard Traunmüller) (2014) ที่อธิบายว่าเราควรช่วยเหลือคนที่เคยช่วยเหลือเราและไม่ทำสิ่งที่เป็นการ

คุกคามต่อบุคคลที่เคยช่วยเหลือเรามาก่อน การช่วยเหลือและสนับสนุนไม่ควรเอาเปรียบกัน แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การเกื้อกูลกันยังมีองค์ประกอบที่สำคัญอีกหนึ่งประการ คือความยุติธรรม (Fairness) ที่หมายถึงการให้คืนกลับไปต้องมีจำนวนเท่ากับที่ได้รับมาหรืออีกนัยหนึ่งคือการนำไปสู่ความเท่าเทียมกัน โดยการเกื้อกูลกันจะทำให้เกิดการร้องขอการส่งคืนผลประโยชน์ที่เท่ากับผลประโยชน์ที่ได้รับมาจนเกิดเป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันอีกด้วย (Gouldner, 1960)

ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษาของแอนเดรียส ดาคมันน์ (Andreas Diekmann) (2004) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การเกื้อกูลกันคือความยุติธรรมแบบมีเงื่อนไข (Conditional Fairness) กล่าวคือการเกื้อกูลกันมีความหมายในเชิงของการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันโดยมีเงื่อนไขบางอย่าง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนที่แตกต่างกัน คือ การตอบแทนกลับคืนไปด้วยสิ่งของหรือการกระทำที่แตกต่างกับตอนที่ได้รับมาแต่มีมูลค่าเท่าเทียมกัน (“tit-for-tat”) และ 2) การแลกเปลี่ยนที่เหมือนกัน คือการตอบแทนกลับคืนไปด้วยสิ่งของหรือการกระทำที่เหมือนกันกับตอนที่ได้รับมา (“tat-for-tat”) ซึ่งทั้ง 2 ลักษณะอาจกล่าวได้ว่าเป็นการแลกเปลี่ยนที่มีความยุติธรรมต่อกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของพอล เดคเกอร์ (Paul Dekker) (2004) ได้อธิบายถึงการวัดค่าความเกื้อกูลกันและหนึ่งในตัวชี้วัดที่สำคัญนั้นคือการกระทำที่ต่อต้านความอยุติธรรม อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนถึงพฤติกรรมของบุคคล รวมถึงเป็นทัศนคติในการปฏิบัติตัวต่อบุคคลอื่นทั้งในสถานการณ์ปกติและผิดปกติอีกด้วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเกื้อกูลกันในมุมมองของความยุติธรรม (Faithfulness) ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลและนำมาใช้ในการตอบแทนและแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

การศึกษานี้ได้ศึกษาการเกื้อกูลกันใน 2 ระดับ คือ 1. การเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว (Private Reciprocity) หรือ Micro Level ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบย่อย คือ 1) ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Helpfulness) 2) ความยุติธรรม (Fairness) และ 3) ความซื่อสัตย์ (Faithfulness) โดยทั้ง 3 องค์ประกอบเป็นตัวแปรเชิงส่วนบุคคลที่อยู่ในรูปแบบของความคิดเห็นและทัศนคติภายในแต่ละบุคคล ทำให้มีลักษณะเชิงนามธรรมและมีความซับซ้อนในการศึกษา และ 2.การเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม (Public Reciprocity) หรือ Macro Level โดยมีองค์ประกอบย่อยคือ 1) การแลกเปลี่ยนกันและกัน (Exchange) โดยเป็นองค์ประกอบในการสร้างการรับรู้ของการแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือความรู้สึกและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสามารถก่อให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับของชุมชนที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถดูรายละเอียดได้ในภาพ 3

ภาพ 3 แสดงองค์ประกอบของการเกื้อกูลกัน



ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

ในมิติของผู้ดูแลผู้สูงอายุการเกื้อกูลกันมีความสำคัญต่อผู้ดูแล (Caregiver) เช่นเดียวกับความไว้วางใจโดยเป็นความรู้สึกที่ต้องการตอบสนองต่อการกระทำที่ดีที่ได้รับจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลในครอบครัวจะเรียกร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลนั้นเคยให้การช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นมาก่อน กล่าวได้ว่าเป็นระดับของความเชื่อว่าการสนับสนุนควรได้รับการตอบแทน ซึ่งความสัมพันธ์นี้เข้มแข็งมากขึ้นจากการผ่านเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตที่ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นและความร่วมมือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ในทางตรงกันข้าม ความเกื้อกูลกันเป็นข้อจำกัดของความไว้วางใจระหว่างเครือข่ายทางสังคมได้ในระดับของหน้าที่คือเมื่อผู้ดูแลไม่มีความสามารถทางกายภาพหรืออารมณ์ในการให้สนับสนุนคืนแก่สมาชิกในเครือข่ายอีกต่อไปแล้วนั้น เครือข่ายทางสังคมนั้นก็จะหายไป (Ray & Street, 2011)

ในส่วนต่อไป ผู้วิจัยจะอธิบายถึงองค์ประกอบสุดท้ายของทุนทางสังคมในการศึกษานี้ คือการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Support Network) ซึ่งจะประกอบไปด้วยความหมายและองค์ประกอบย่อยของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support)

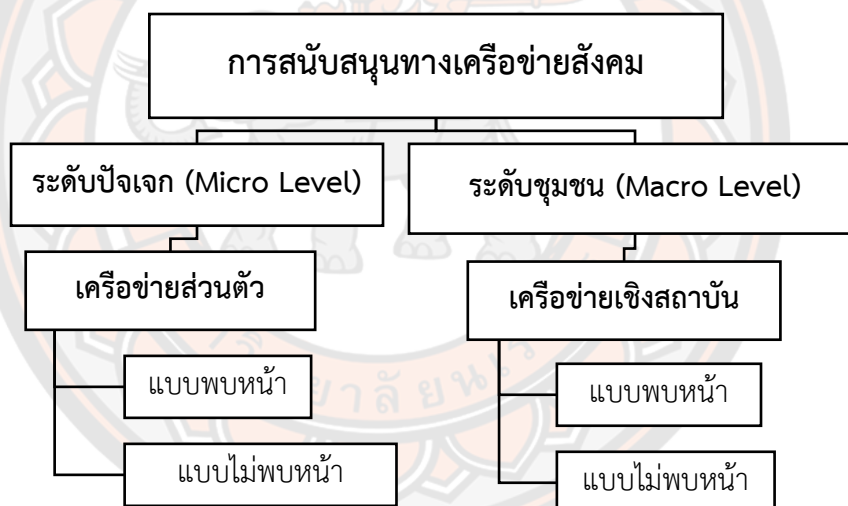
ในส่วนตัวไปนี้จะอธิบายถึงองค์ประกอบของทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยจะอธิบายทั้งในส่วนของความหมายและองค์ประกอบย่อยของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ซึ่งนักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมไว้ว่าหมายถึง ระดับการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน โดยหัวใจขององค์ประกอบนี้คือผลประโยชน์ที่พอกพูนขึ้นของบุคคลที่เป็นเจ้าของความสัมพันธ์ทางสังคมนั้น ๆ อีกทั้งยังอธิบายถึงการสะสมทุนทางสังคมของบุคคลจะกลายเป็นแหล่งทรัพยากรหรือการสนับสนุนที่บุคคลสามารถดึงไปใช้ได้ (Scrivens & Smith, 2013) นอกจากนี้การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมยังเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมในสังคม เป็นเสมือนโครงข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่ล้อมรอบตัว (Wu & Sheng, 2019) ซึ่งประกอบไปด้วยโครงสร้างของเครือข่ายและความแน่นอนในการได้รับทรัพยากรที่มาจากความสัมพันธ์ระหว่างกัน และยักรวมถึงจำนวนของความสัมพันธ์ที่อยู่ในเครือข่ายของบุคคล ความถี่ของการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในกลุ่ม และความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ (L. A. Norris, Didymus, & Kaiseler, 2020) อีกทั้งจากการศึกษาของน้ำทิพย์ วิภาวิน (2558) ยังอธิบายเพิ่มเติมว่าเครือข่ายสังคมเป็นประเภทหนึ่งของเครือข่ายที่เป็นระบบทางสังคมที่เชื่อมโยงกันด้วยความสัมพันธ์ของกลุ่มบุคคลหรือตัวแสดง (individual หรือ actor) ที่มีความสัมพันธ์กันและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความเป็นเพื่อน ญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน รวมไปถึงการพูดคุย การให้คำแนะนำ การให้ความไว้วางใจ การแลกเปลี่ยนสารสนเทศ และการติดต่อสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ ส่วนประกอบทั้งหลายเหล่านี้ล้วนมีความสำคัญ และสามารถส่งผลต่อการเกิดความสัมพันธ์ระหว่างกันภายในเครือข่ายสังคมและความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคมนั้น

ยิ่งไปกว่านั้น ในเชิงหน้าที่ของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดี การได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากครอบครัวและเพื่อนในด้านความใกล้ชิด ความถี่ของการติดต่อสื่อสารกัน การสนับสนุนด้านอารมณ์และการปฏิบัติ สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ในทางที่ดีต่อร่างกาย การรับรู้ และจิตใจได้ (Scrivens & Smith, 2013; Wu & Sheng, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ คาเรน อาร์. ฟลอเรส และคณะ (Karen R. Flórez et al.) (2018) กล่าวว่า เครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์และกิจกรรมทางร่างกาย คือการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนจะส่งผลเชิงบวกต่อการทำกิจกรรมด้านร่างกาย การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนและสังคมส่งผลในเชิงบวกในด้านการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจ

นอกจากนี้ เครือข่ายการสนับสนุนสังคมในยุคปัจจุบันสามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ 1) เครือข่ายสังคมแบบมองเห็น (Visual) และ 2) เครือข่ายสังคมแบบมองไม่เห็น (In-visual) โดยเครือข่ายสังคมแบบมองเห็นคือการที่ผู้คนมีการติดต่อสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กันแบบซึ่งหน้า (Scrivens & Smith, 2013) แต่ในทางตรงกันข้ามเครือข่ายสังคมแบบมองไม่เห็นจะมีลักษณะการ

ติดต่อสื่อสารกันผ่านเทคโนโลยีบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น การส่งข้อความ รูปภาพ วิดีโอ หรือการ ค้นหาข้อมูล (Ellison, Steinfield, & Lampe, 2007) สามารถกล่าวได้ว่า เครือข่ายสังคมในทุกวันนี้ ไม่จำกัดอยู่เพียงการพบปะพูดคุยต่อหน้ากันเท่านั้น แต่ยังเกิดเครือข่ายสังคมรูปแบบใหม่ที่ขึ้นมาอีกด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้คนในสังคมสามารถติดต่อสื่อสารกันได้แม้จะอยู่ไกลกัน (Antheunis, Abeeel, & Kanters, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแล้วนั้นจึงสรุปได้ว่า การศึกษานี้จะแบ่ง องค์ประกอบของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) เครือข่ายสังคมแบบ ส่วนตัว (Personal Networks) หรือ Micro Level และ 2) เครือข่ายสังคมเชิงสถาบัน (Institutional Networks) หรือ Macro Level (ดังภาพ 4) โดยผู้วิจัยจะอธิบายถึงรายละเอียดของ เครือข่ายสังคมทั้ง 2 ลักษณะในส่วนถัดไป

ภาพ 4 ส่วนประกอบของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม



ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

1. เครือข่ายสังคมแบบส่วนตัว (Personal Network)

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับเครือข่ายสังคมในลักษณะแรก คือเครือข่ายสังคมแบบส่วนตัว โดยเป็นเครือข่ายสังคมที่มีลักษณะเป็นเครือข่ายในระดับบุคคล (Micro) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านและบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งเครือข่ายสังคมแบบส่วนตัวนี้สามารถแบ่งได้ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (Visual Network) และ 2) เครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (In-Visual Network)

โดยเครือข่ายสังคมแบบส่วนตัวเป็นเครือข่ายที่มีลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายรูปแบบ เช่น การพบกันหน้ากัน การสนับสนุนทางอารมณ์และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน

ในส่วนของความหมายของเครือข่ายสังคมส่วนตัวแบบพบหน้ากัน (Visual Network) นั้นพบว่า มีนักวิชาการให้ความหมายไว้ว่าคือ การสะสมทุนทางสังคมของปัจเจกที่มาจากการได้พบปะพูดคุยกันหรือการมีปฏิสัมพันธ์แบบซึ่งหน้ากับบุคคลในเครือข่ายทางสังคม จนเกิดเป็นความสัมพันธ์ขึ้นระหว่างกัน ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันแบบซึ่งหน้านี้ถือว่าเป็นลักษณะเด่นของเครือข่ายสังคมแบบส่วนตัว โดยมีการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมหลายรูปแบบที่ปัจเจกสามารถเข้าถึงและนำไปใช้เป็นต้นทุนได้ผ่านทางเครือข่ายนั้น ๆ เช่น การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางการเงิน การสนับสนุนในด้านการช่วยเหลือในทางปฏิบัติ และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Scrivens & Smith, 2013)

อย่างไรก็ตาม เครือข่ายสังคมแบบพบหน้าสามารถแบ่งออกเป็นระดับได้ โดยแบ่งตามขนาดความเหนียวแน่น และความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากขนาดของเครือข่ายสังคมพบว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากขนาดของเครือข่ายสังคมที่แตกต่างกันสามารถส่งผลต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับจากความสัมพันธ์ในเครือข่าย โดยถ้าเครือข่ายมีขนาดใหญ่ การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมก็ยิ่งมากไปด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคมก็มีความสำคัญ เครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งสามารถให้การสนับสนุนได้มากกว่าเครือข่ายที่อ่อนแอ (Donev, Pavlekovic, & Kragelj, 2008) เพราะฉะนั้นการศึกษาทุนทางสังคมจึงคำนึงถึงขนาดและความเข้มแข็งของเครือข่ายสังคมที่มีอีกด้วย

นอกจากนี้ ในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในรูปแบบของสังคมออนไลน์ ทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมรูปแบบใหม่ คือ เครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (In-Visual Network) และถือได้ว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่มาสสนับสนุนและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำมาใช้ได้อีกทางหนึ่ง โดยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสะสมทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนเครือข่ายสังคมแบบส่วนตัวได้จากการมีปฏิสัมพันธ์และเข้าร่วมเป็นสมาชิกในสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เช่น เฟซบุ๊ก ไลน์

2. เครือข่ายสังคมเชิงสถาบัน (Institutional Network)

เครือข่ายสังคมเชิงสถาบัน (Institutional Network) หมายถึง เครือข่ายทางสังคมในลักษณะขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้ามาให้การสนับสนุนช่วยเหลือรวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมด้วย ในแง่ของผู้ดูแลในครอบครัวเครือข่ายเชิงสถาบัน (Macro Level) ที่สามารถให้การสนับสนุนในรูปแบบของบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยทางด้านข้อมูลและวิธีการดูแลผู้สูงอายุ (Levy-Storms & Miller-Martinez, 2005) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจจะต้องได้รับการดูแลพิเศษ

ที่ต้องอาศัยความรู้และความชำนาญในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำการสนับสนุนที่ได้มาสะสมเป็นทุนทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้

ในปัจจุบันการพัฒนาทางเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดดทางด้านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Internet) และเทคโนโลยีการสื่อสาร ส่งผลให้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เข้ามามีอิทธิพลอย่างรวดเร็ว และเข้ามาเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คน อีกทั้งยังเปลี่ยนการสื่อสารของคนในสังคมจากการสื่อสารแบบดั้งเดิมที่พูดคุยสนทนาแบบเห็นหน้ากันเป็นการสื่อสารกันผ่านโลกเสมือนจริง เพราะฉะนั้นเครือข่ายสังคมแบบมองไม่เห็นจึงหมายถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์ ที่อยู่ในรูปแบบของเว็บไซต์เพื่อการสร้างเครือข่ายสังคมผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยผู้ใช้เป็นผู้ใช้สื่อสารเรื่องราว รูปภาพ และวิดีโอเชื่อมโยงกับความสนใจและกิจกรรมของผู้อื่น แบ่งปันให้ผู้อื่นที่อยู่ในเครือข่ายของตนได้รับรู้ ประกอบไปด้วย การแชท การส่งข้อความ อีเมลล์ วิดีโอ เพลง รูป และบล็อกต่าง ๆ (เอมิกา เหมมินทร์ & ปรีชา วิจิตรธรรมรส, 2557) การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการพบปะพูดคุยต่อหน้าเท่านั้น แต่ยังสามารถสร้างความสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายสังคมในรูปแบบที่ไม่จำเป็นต้องมีการพบปะ หรือมีปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้ากัน เครือข่ายแบบไม่พบหน้า (In-visual) หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Online Social Network) เป็นอีกหนทางหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยเครือข่ายออนไลน์สามารถสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในข้อจำกัดของพื้นที่และเวลา (Wellman, Haase, Witte, & Hampton, 2001)

นอกจากนี้ เครือข่ายแบบไม่พบหน้า (In-visual) มีข้อดี 3 ประการ คือ 1) มีแนวทางที่หลากหลายขึ้นในมีปฏิสัมพันธ์กัน 2) มีความยืดหยุ่นทางด้านเวลาในการสื่อสาร และ 3) สามารถติดต่อสื่อสารต่อกันได้จากที่บ้านหรือที่ทำงาน อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เห็นหน้าก็สร้างความสัมพันธ์และให้ผลประโยชน์เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมแบบเห็นหน้ากัน และยังสนับสนุนการมีชีวิตที่ดีของทั้งปัจเจกและผู้ที่มิมีปฏิสัมพันธ์ด้วย (T. Y. Chung & Chen, 2018) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาที่กล่าวว่าการติดต่อสื่อสารผ่านทางเครือข่ายสังคมแบบมองไม่เห็นนี้มีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ที่ขาดการเข้าสังคมหรือไม่มีความมั่นใจในตนเองต่อการเข้าสังคม เนื่องจากเครือข่ายที่มองไม่เห็นทำให้บุคคลเหล่านี้สามารถเข้าถึงความสัมพันธ์ทางสังคมได้ง่ายมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถตอบสนองต่อข้อจำกัดของบุคคลที่ขาดความมั่นใจและไม่ต้องการติดต่อสื่อสารแบบเห็นหน้าได้ บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือขาดการเข้าถึงข้อมูลสามารถใช้เครือข่ายแบบมองไม่เห็นนี้หาแหล่งสนับสนุนจากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและใช้ค้นหาข้อมูลข่าวสารที่ต้องการได้ (Antheunis et al., 2015)

ทั้งนี้ ในมิติของผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือผู้ดูแลในครอบครัวที่ผ่านมานั้นมีการใช้เทคโนโลยีหลากหลายรูปแบบในการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมให้แก่ผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ทั้งทางโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมแบบออนไลน์ยังมีความสำคัญต่อ

ผู้ดูแล (Caregiver) ในการลดภาระ ลดความเครียดทางอารมณ์และทำให้มีชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังมีความสำคัญในการสนับสนุนและเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (An, Meng, & Mendiola-Smith, 2020; Benson et al., 2020; J. E. Chung, 2013) จึงกล่าวได้ว่าการเข้าถึงการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมผ่านเทคโนโลยีจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเลือกนำมาใช้ได้

เพราะฉะนั้นสรุปได้ว่าในการศึกษานี้องค์ประกอบทั้ง 3 ประการของทุนทางสังคม คือ 1. ความไว้วางใจ 2. ความเกื้อกูลกัน และ 3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของทุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ปัจเจกสามารถใช้ในการสะสมทุนทางสังคมเพื่อเป็นทรัพยากรที่จะนำมาใช้ได้ในอนาคต โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่มีภาระและหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่หนักมาก และทุนทางสังคมก็เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีคุณลักษณะที่โดดเด่นในมิติของการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมและความร่วมมือกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก อีกทั้งการเข้าถึงทรัพยากรที่สามารถช่วยสนับสนุนและช่วยเหลือในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุ สามารถลดความเครียด แบ่งเบาภาระและความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุได้ งานศึกษานี้จึงต้องการศึกษาว่าทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ อย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในส่วนต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตถือได้ว่ามีความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อความสุขของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล จามจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, & จรัมพร ให้อย่าง, 2556) และนอกจากจะบ่งบอกถึงสภาวะความสุขของผู้ดูแลในครอบครัวแล้วยังบอกถึงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ขนรศ อภิญญาสิงกร, กัญญ์สิริ จันทรเจริญ, & นิมัสสุรา แว, 2561) ในทางตรงกันข้ามภาระและความยากลำบากจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน (Leng et al., 2019; ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โปธิบาล, & ทศพร คำผลศิริ, 2558; วารุณี มีเจริญ, 2557) ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิต โดยเริ่มจากความหมายของคุณภาพชีวิต องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต และการวัดค่าคุณภาพชีวิต ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตพบว่า มีการศึกษาที่กว้างขวางในหลากหลายมิติ โดยมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันออกไปตามสาขาวิชาที่ศึกษา และแม้ว่าจะมีการศึกษาอย่างกว้างขวางแต่ก็ยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความหมายและการวัดค่าอย่างเป็นสากลได้

(Moons, Budts, & Geest, 2006; นริสรา พิงโพธิ์สม & ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555) ดังเช่นการกล่าวของเอลิสัน อัลโบซ (Alison Alborz) (2017) ที่ว่า ขอบเขตของคุณภาพชีวิตมีความซับซ้อนเป็นอย่างมาก ไม่สามารถให้จำกัดอยู่ในประเด็นใดประเด็นหนึ่งเพียงอย่างเดียวได้ แต่ถูกนำไปใช้และให้ความหมายในหลายบริบท เช่น ในบริบทระดับการกำหนดนโยบายของรัฐบาล คุณภาพชีวิตจะเป็นหลักประกันแก่ประชาชนในด้านของสวัสดิการของรัฐ การบริการหรือการสงเคราะห์ทางสังคม ทั้งด้านสาธารณสุข รายได้และสิทธิที่เท่าเทียมกันของประชาชน ซึ่งแตกต่างดับทางด้านการแพทย์ที่คุณภาพชีวิตจะหมายถึงการเปลี่ยนแปลงทางบวกของการรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย และเพื่อเป็นการทำความเข้าใจว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงอะไร ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายความหมายคำดังกล่าว จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่ามีการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังต่อไปนี้

แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจและมีการพัฒนาต่อเนื่องมาตั้งแต่ ค.ศ.1950 โดยนักวิชาการที่มีชื่อเสียงอย่างมากคือ อับราฮัม ฮาโรลด์ มาสโลว์ (Abraham Harold Maslow) ได้พัฒนาแนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวคิดพื้นฐานที่นักวิชาการในสมัยนั้นนำมาใช้เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต (ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต et al., 2556) และต่อมาการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและถูกนำไปใช้ในสาขาวิชาอื่น ๆ ด้วย เช่น ชีววิทยาทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ซึ่งผลจากการที่ถูกนำไปใช้ในหลายสาขาวิชาทำให้ความหมายของคุณภาพชีวิตขาดความเป็นเอกฉันท์ และขึ้นอยู่กับแต่ละบริบทที่นำไปใช้ ทั้งนี้จึงเกิดเป็นการให้ความหมายแบบทั่วไปของคุณภาพชีวิตเพื่อใช้ในการอธิบายถึงตัวแปรทางด้านร่างกายและจิตใจ (Moons et al., 2006)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) (1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับเฟอร์เรล และคณะ (Ferrel et al.) (1995 อ้างถึงใน กิตติวงศ์ สาสวด, 2560) ที่ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงการที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงสถานการณ์ของชีวิตในด้านหลาย ๆ ด้าน โดยการรับรู้ของบุคคลดังกล่าวเป็นการรับรู้ที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม ซึ่งที่กล่าวมานั้นถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตให้มีความสุข มีสุขภาวะที่ดี ด้านจิตใจผ่องใสและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ นริสรา พิงโพธิ์สม, และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ (2555) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือการรับรู้ของบุคคลต่อสภาพการดำรงชีวิตของตนเอง โดยวัดจากความพึงพอใจจากความสุข การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ความเป็นอยู่และการมีสิ่งของใช้ตามความจำเป็น การอยู่ในสภาพแวดล้อมและการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมต่าง ๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ

ภัทรพร มูลแจ่ม (2552) อธิบายว่าคุณภาพชีวิตคือการรับรู้ถึงความพึงพอใจและความผาสุกในชีวิตของคน โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพและความเชื่อ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม

จากการรวบรวมความหมายข้างต้น จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของปัจเจกบุคคลต่อสภาพความเป็นอยู่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต การตอบสนองต่อความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสุขภาพ ความเป็นอยู่ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม การทำงาน เศรษฐกิจ และสังคม เป็นตัววัดว่าคุณภาพชีวิต อีกทั้งการประเมินคุณภาพชีวิตจะสามารถวัดค่าได้ผ่านองค์ประกอบหรือดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ (ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต et al., 2556) ซึ่งจะอธิบายถึงในส่วนถัดไป

3.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากความหมายและนิยามของคุณภาพชีวิตที่ได้อธิบายไปข้างต้น จะพบว่ามี การให้ความหมายที่หลากหลายและนำไปใช้ในหลายบริบท องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตก็เช่นเดียวกัน มีนักวิชาการหลายคนได้อธิบายถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้อย่างมากมายทั้งเหมือนและแตกต่างกันออกไป โดยแบ่งออกเป็นนักวิชาการต่างประเทศและในประเทศ ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO)) (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย (Physical Health) หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลที่สามารถส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันได้ เช่น การรับรู้ถึงความแข็งแรงของร่างกาย การมีผลกระทบบางอย่างที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างดี การรับรู้ถึงอิสระจากการสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน และการรับรู้การไม่จำเป็นต้องพึ่งพาหรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ 2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือการรับรู้ถึงสภาวะทางด้านจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ความคิด ความจำ รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการความรู้สึกของตนเอง เช่น ความเศร้าหรือความกังวล และการรับรู้ถึงความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น ความเชื่อด้านศาสนา การให้ความหมายในชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่นในสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมถึงการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การมีอิสระในการดำรงชีวิต มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมไปถึงการรับรู้ว่าได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษ มีการคมนาคมที่ดี มีสถานบริการทางด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

รวมถึงการรับรู้ถึงการเข้าถึงข่าวสารและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสันตนาการและมีกิจกรรมยามว่างเป็นของตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งสัมพันธ์กับรูปแบบคุณภาพชีวิต Lawton's model of Quality of Life ของ เอ็ม. โพลเวล ลอร์ดตัน (M. Powell Lawton) (1991 อ้างถึงใน Christina BökBerg, 2017) อธิบายว่า รูปแบบของคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1. ความสามารถเชิงพฤติกรรม (Behavioral Competence) หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีของอวัยวะร่างกายของคน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมทางสังคม รวมถึงการรับรู้และความทรงจำ 2. สภาวะผาสุกทางด้านจิตใจ (Psychological Wellbeing) หมายถึง สุขภาพทางด้านจิตใจ สภาวะเครียด ความกดดัน สถานะทางอารมณ์ และความพึงพอใจในชีวิต 3. การสนับสนุนทางคุณภาพชีวิต (Perceived QoL) หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมรอบ ๆ ตัว ทั้งเพื่อนบ้าน ครอบครัว เพื่อน และอื่น ๆ และ 4. คุณภาพทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Quality) หมายถึงคุณภาพของที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมภายนอก

นอกจากนี้ในส่วนของนักวิชาการในประเทศพบว่า การศึกษาของนิศาตร์น ศิลปเดช (2540 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2555) อธิบายไว้ว่าองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นควรประกอบด้วยปัจจัยพื้นฐาน 4 ประการ ดังนี้ 1. ความสมบูรณ์ด้านร่างกายและปัญญา หมายถึงการมีความปกติทั้งทางร่างกายและสติปัญญาขั้นพื้นฐาน สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี สามารถศึกษาและคิดไตร่ตรองหาเหตุผล รวมทั้งสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 2. ความสมบูรณ์ด้านจิตใจและอารมณ์ คือเป็นผู้ที่มีจิตใจดี มีอารมณ์แจ่มใสไม่หงุดหงิดง่าย มองโลกในแง่ดี และมีความโอปอ้อมอารีในการช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนเสมอ ซึ่งการมีพื้นฐานด้านจิตใจและอารมณ์ที่ดีจะช่วยให้บุคคลเกิดความสุขและความสงบในการดำรงชีวิต 3. ความสมบูรณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือเป็นคนที่ได้รับการยอมรับจากคนอื่นและในทางกลับกันก็เป็นคนที่ยอมรับความสามารถและความสำคัญของผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความสามารถในการปรับตัว เห็นคุณค่าของบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบกาย การมีความสมบูรณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุข และ 4. ความสมบูรณ์ของสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต คือความสามารถที่จะจัดหาสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ที่จะมาช่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างดีตามฐานะของตนเอง ตลอดจนปัจจัยพื้นฐานทั้ง 4 คือ อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย ซึ่งการมีปัจจัยจำเป็นในการดำรงชีวิตที่ดีและพอเพียงจะสามารถช่วยให้บุคคลมีความสุขสบาย ไม่ลำบาก และนำไปสู่การมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวินัย อำดวง (2553) อธิบายว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ 1.ด้านร่างกาย คือ บุคคลจะต้องมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และปราศจากโรคภัยต่าง ๆ อันเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองในปัจจัยขั้นพื้นฐาน 2. ด้านจิตใจ คือ บุคคลจะต้องมีสภาพของจิตใจที่แจ่มใส ไม่มีความเครียดและความวิตกกังวล และสามารถรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ครอบครัวและสังคม และการให้ความสำคัญต่อความปลอดภัยในชีวิต

และทรัพย์สินในการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี 3. ด้านสังคม คือ บุคคลจะสามารถดำรงชีวิตอย่างสงบสุขภายใต้บรรทัดฐานและค่านิยมทางสังคมที่ดี

เพื่อทำความเข้าใจและเห็นถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของนักวิชาการแต่ละคนที่รวบรวมมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ในตาราง 5 ดังต่อไปนี้

ตาราง 5 สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม	ปัจจัยสี่	อ้างอิง
องค์การอนามัยโลก(WHO)	✓	✓	✓	✓		(World Health Organization, 1996)
เอ็ม. โพลเวล ลอร์ตัน (M. Powell Lawton)	✓	✓	✓	✓		(Böckberg, 2017)
นิศารัตน์ ศิลปะเดช	✓	✓	✓	✓	✓	(ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2555)
วินัย อ่ำดวง	✓	✓	✓			(วินัย อ่ำดวง, 2553)

ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

จากตาราง 5 จะเห็นได้ว่า นักวิชาการทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยได้อธิบายถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้อย่างหลากหลาย ซึ่งนักวิชาการบางท่านอาจจะใช้คำเรียกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน แต่ในแง่ของคำอธิบายแล้วมีความหมายเหมือนกัน จากตารางจึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาของนักวิชาการที่ผ่านมา มีทั้งเหมือนและแตกต่างกัน การศึกษานี้จึงสรุปได้ว่าจะศึกษาคุณภาพชีวิตโดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ภาพ 5)

ทั้งนี้ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพชีวิต โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดของการวัดค่าคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งจะอธิบายถึงในส่วนถัดไป

ภาพ 5 แผนผังองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต



ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

3.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตคือการหาคำตอบของคำถามที่ว่าบุคคลนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ และการจะหาคำตอบได้ต้องมีเครื่องมือหรือตัวชี้วัดที่จะนำมาใช้ในการวัดค่าคุณภาพชีวิต ซึ่งตัวชี้วัดที่จะนำมาประเมินหรือวัดค่าคุณภาพชีวิตนั้น สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะ คือ วัดถุวิสัย (objective) และ จิตวิสัย (subjective) (Netuveli & Blane, 2008; ปิยะวัฒน์ ตริวิทยา, 2559; วินัย อ่ำดวง, 2553; ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต et al., 2556) ดังต่อไปนี้

1. *ด้านวัดถุวิสัย (objective)* การประเมินด้านวัดถุวิสัยเป็นการวัดค่าคุณภาพชีวิตโดยการอาศัยข้อมูลในเชิงรูปธรรม สามารถมองเห็นและนับได้ เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (UNESCO ,1980 อ้างถึงใน วินัย อ่ำดวง, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับนริสรา พิงโพธิ์สกลและฐาศุภร์ จันประเสริฐ.(2555) อธิบายว่าลักษณะแบบวัดถุวิสัยนี้เป็นการประเมินตามสภาพความเป็นอยู่ที่โดยการสังเกต และให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน เพื่อลดอคติในการวัด เช่น การสังเกตการทำกิจวัตรประจำวัน หรือการวัดฐานะทางเศรษฐกิจจากรายได้และทรัพย์สินที่มี แต่ข้อมูลที่ได้จะไม่ครอบคลุมในเชิงลึก

2. *ด้านจิตวิสัย (subjective)* การประเมินในลักษณะจิตวิสัยเป็นการวัดค่าในเชิงจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การรับรู้สภาพต่อการเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความพึงพอใจใน

ชีวิต (UNESCO ,1980 อ้างถึงใน วินัย อ่ำดวง, 2553) นอกจากนี้ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต และคณะ (2556) เป็นตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับจิตใน ทศนคติ ความเชื่อ และความพึงพอใจ ซึ่งเป็นการวัดค่าในเชิงนามธรรมคือไม่สามารถจับต้องได้

นอกจากนี้ การวัดค่าคุณภาพชีวิตในลักษณะวัตถุวิสัยและจิตวิสัยนั้นมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งสองลักษณะมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน การวัดแบบวัตถุวิสัยคือการวัดค่าจากการสังเกตและวัดค่าโดยบุคคลอื่น ข้อดีก็คือลดปัญหาความเป็นอคติในการวัดได้ แต่มีข้อเสียคือขาดความลุ่มลึกในการวัดเนื่องจากจะวัดค่าจากปัจจัยที่มองเห็นและนับค่าได้เท่านั้น ในขณะที่ลักษณะแบบจิตวิสัยนั้น เป็นการประเมินจากความคิด ความเชื่อของตนเองโดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินตามความจริง ข้อดีก็คือได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความคิดและความรู้สึกของผู้ตอบอย่างแท้จริง แต่ในทางตรงกันข้าม ข้อเสียก็คือการเกิดอคติจากผู้ตอบเองในการตอบต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริง และเกิดการบิดเบือนข้อมูลได้ (นริศรา พิงโพธิ์สม & ฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2555)

โดยสรุป ลักษณะของตัวชี้วัดที่จะนำมาประเมินคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันนั้น ทำให้เห็นถึงองค์ประกอบที่แตกต่างกันในการศึกษาคุณภาพชีวิต การที่จะประเมินคุณภาพชีวิตให้ได้ค่าที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุดควรจะต้องเลือกใช้ลักษณะของตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ต้องการศึกษา ยิ่งไปกว่านั้นยังสอดคล้องกับเครื่องมือหรือแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่จะนำมาใช้อีกด้วย ซึ่งจะอธิบายถึงในส่วนต่อไป

3.4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

จากการการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตมีหลายรูปแบบและแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทและสาขาวิชาที่ศึกษา ซึ่งแบบประเมินคุณภาพชีวิตสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ 1. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) และ 2. การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) (Liddle & McKenna, 2000; ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ดังต่อไปนี้

1. การประเมินเชิงคุณภาพ (Qualitative measurement) เป็นการศึกษาแบบมุมมองของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลทางด้านความคิดและความรู้สึกจากตัวกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ได้รับการชี้แนะจากผู้ประเมิน อีกทั้งข้อมูลที่ได้สามารถพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดใหม่ที่สามารถนำมาอธิบายถึงคุณภาพชีวิตได้ (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) นอกจากนี้จากการศึกษาของแจ็กกี้ ลิดเดิล และคริส แมคเคนนา (Jacki Liddle และ Kryss McKenna)(2000) อธิบายว่าวิธีการที่ใช้ในการเก็บความคิดหรือมุมมองส่วนบุคคลในการประเมินเชิงคุณภาพได้แก่ การสัมภาษณ์ส่วนตัว การอภิปรายและใช้คำถามแบบปลายเปิดในการสนทนากลุ่ม (focus groups)

2. การประเมินเชิงคุณลักษณะ (Quantitative measurement) เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานของสมมติฐานที่สำคัญ และผลลัพธ์ที่ได้เกี่ยวข้องกับเชิงตัวเลขและสถิติต่าง ๆ ซึ่งการ

ประเมินเชิงคุณลักษณะนี้ใช้สำหรับการศึกษาที่กลุ่มคนที่ศึกษาเป็นจำนวนมาก และเครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบของแบบสอบถามที่มีการใช้ระดับตัวเลขมาวัดค่าของส่วนประกอบแต่ละตัวของคุณภาพชีวิต (Liddle & McKenna, 2000) อีกทั้งการประเมินเชิงคุณลักษณะนี้เป็นการประเมินตามลักษณะที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วและเลือกการวัดโดยใช้แบบประเมินที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

นอกจากนี้ จากการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (2559) กล่าวว่าการใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการศึกษาในเชิงคุณลักษณะ (quantitative assessment) นั้น สามารถแบ่งแบบประเมินที่นิยมนำมาใช้ได้ 2 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ *Health-Related Quality of Life (HRQOL)* คือการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องในด้านของสภาวะสุขภาพ (Health) โดยเฉพาะการประเมินผลกระทบจากสภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ เช่น การเจ็บป่วยหรือภาวะเป็นโรค โดยมีส่วนประกอบ 4 ส่วน คือ 1. สภาพของร่างกาย 2. สุขภาพจิตใจ 3. กิจกรรมทางสังคม และ 4. กิจกรรมประจำวัน (พวงผกา กริทอง, 2550) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นการประเมินผลกระทบของโครงสร้างการทำงานทางร่างกายจากภาวะเป็นโรค รวมถึงการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (specific HRQOL questionnaire) และ 2. แบบประเมิน HRQOL แบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire) (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) แบบประเมินที่ได้รับความนิยมในการประเมินคุณภาพชีวิตแบบ *Health-Related Quality of Life* ได้แก่ SF-6D คือการประเมินหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บปวด สุขภาพจิตและกำลังกาย และ EQ-5D คือการประเมินการเคลื่อนไหว การดูแลสุขภาพตนเอง ความไม่สบายหรือความเจ็บปวดและความวิตกกังวลหรือความเครียด (Karimi & Brazier, 2016)

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (*Holistic quality of life*) คือการประเมินปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วยด้านร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การมีส่วนร่วมทางสังคม สิ่งแวดล้อมทางสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ รวมถึงความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินที่ครอบคลุมมากกว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบ *Health-Related Quality of Life* ซึ่งตัวอย่างของแบบประเมินที่ได้รับความนิยม เช่น Health Organization Quality of Life Questionnaire-100: WHOQOL-100, World Health Organization Quality of Life Questionnaire-BREF: WHOQOL-BREF หรือ The Life Satisfaction Index: LSI (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า แบบประเมินรูปแบบหนึ่งที่นักวิชาการนิยมนำมาเป็นเครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตและได้รับการยอมรับจากมาตรฐานสากล คือเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) (Hacialisoglu, O'ze, karabulutlu, Erdem, & Erci, 2010; Moral-Fernández, Frías-Osuna, Moreno-Cámara, Palomino-Moral, & Del-Pino-Casado, 2018; SHU, 2009; โกศล วราอัศวปติ et al., 2560; จันทนา สารแสง, 2561; ญัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, & ภารดี นานาศิลป์, 2561)

โดยการศึกษาที่ใช้เครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากเครื่องมือชนิดนี้เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) ซึ่งสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ไม่ได้จำกัดเพียงแค่ด้านใดด้านหนึ่ง อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงรายละเอียดในส่วนต่อไป

องค์การอนามัยโลก (1996) ได้พัฒนาและจัดทำเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่สะท้อนความเป็นองค์รวมและมีความเป็นสากล โดย WHOQOL group ได้ร่วมมือกับองค์กรภาคสนามระหว่างประเทศอีกกว่า 15 องค์กรในการพยายามสร้างเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ที่มีความเป็นสากลและ สามารถนำไปปรับใช้ได้กับวัฒนธรรมที่หลากหลายและแตกต่างกัน โดยเหตุผลในการสร้างเครื่องมือชุดนี้คือ ประการแรกการวัดคุณภาพชีวิตในช่วงหลายปีที่ผ่านมาเน้นวัดที่มีมิติด้านสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการวัดผลกระทบจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ไม่ใช่คุณภาพชีวิตที่แท้จริง ประการที่สอง คือเครื่องมือชี้วัดสถานะสุขภาพส่วนมากถูกพัฒนามาจากอเมริกาเหนือและอังกฤษ การนำไปใช้ในประเทศอื่น ๆ จึงยังมีข้อจำกัด ประการสุดท้ายคือ ความเจริญทางการแพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการกำจัดโรคและอาการ จึงเกิดการเรียกร้องเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลสุขภาพและผลการรักษาจะให้ความสนใจในเรื่องของความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) ของผู้ป่วยมากขึ้น การเริ่มต้นพัฒนาเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตจึงเริ่มจากความต้องการที่จะวัดคุณภาพชีวิตที่แท้จริงและต้องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพอย่างองค์รวมให้ดำเนินต่อไป

ทั้งนี้ เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลกมีจำนวนข้อคำถาม 100 ข้อ ซึ่งจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไปนี้ทำให้เกิดเป็นข้อจำกัดของเครื่องมือชุดนี้ ต่อมา WHOQOL group ได้พัฒนาและปรับปรุงจนกลายเป็น WHOQOL-BREF หรือเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาอังกฤษ สำหรับประเทศไทยนั้น สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ คนเพียร, 2558) ได้แปลและพัฒนาเครื่องมือการชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยฉบับไทย (WHOQOL-BREF-Thai) (กรมสุขภาพจิต, 2558) ทั้งหมด 26 คำถาม แบ่งออกเป็น 4 ขอบเขต ดังต่อไปนี้

ตาราง 6 ส่วนประกอบของเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization (WHO))

ขอบเขต (Domain)	ส่วนประกอบ
1. ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical health)	1.1 ความเจ็บปวดและความไม่สบาย 1.2 กำลังวังชาและความเหนื่อยล้า 1.3 การนอนหลับพักผ่อน 1.4 การเคลื่อนไหว 1.5 การดำเนินชีวิตประจำวัน 1.6 การไ้ยาหรือการรักษา 1.7 ความสามารถในการทำงาน
2. ด้านจิตใจ (Psychological)	2.1 ความรู้สึกด้านดี 2.2 การคิดเรียนรู้ 2.3 การนับถือตนเอง 2.4 ภาพลักษณ์และรูปร่าง 2.5 ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี 2.6 จิตวิญญาณ ศาสนาและความเชื่อส่วนบุคคล
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)	3.1 สัมพันธภาพทางสังคม 3.2 การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม 3.3 กิจกรรมทางเพศ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	4.1 ความปลอดภัยทางด้านร่างกายและความมั่นคงในชีวิต 4.2 สภาพแวดล้อมของบ้าน 4.3 แหล่งการเงิน 4.4 การดูแลสุขภาพและการบริการทางสังคม 4.5 การรับรู้ข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ

ขอบเขต (Domain)	ส่วนประกอบ
	4.6 การมีส่วนร่วม มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ และมีเวลาว่าง
	4.7 สภาพแวดล้อม
	4.8 การคมนาคม

ที่มา: World Health Organization (1996); (กรมสุขภาพจิต, 2558)

จากตาราง 6 สรุปได้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบไปด้วย 4 ขอบเขตการศึกษา คือ ด้านสภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งในแต่ละขอบเขตก็จะประกอบไปด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ ที่จะนำมาเป็นตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิต อีกทั้งแบบประเมินชีวิตชุดนี้ยังประกอบไปด้วยขอบเขตคำถามแบบด้านวัตถุวิสัย (objective) และ ด้านจิตวิสัย (subjective) ซึ่งทำให้คำถามมีความครอบคลุมในหลายด้านและมีความเหมาะสมที่จะนำมาประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษานี้จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยจะประกอบไปด้วย 4 ขอบเขต คือ 1.ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical Health) 2.ด้านจิตใจ (Psychological) 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวคือคุณภาพชีวิตและผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อกันและกัน ทั้งการกระทำ ความคิด ความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมรอบตัวของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลต่อสภาวะคุณภาพชีวิตได้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดี ในทางตรงกันข้ามสภาวะคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีก็ส่งผลโดยตรงต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน ทั้งการมีความสุขในการดำรงชีวิตและการมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี นอกจากนี้การมีคุณภาพชีวิตที่ดียังส่งผลต่อผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลอีกด้วย เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีความสุขจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ดีก็จะมีมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย

4.กรอบแนวคิด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตแล้วนั้น สามารถแบ่งองค์ประกอบของทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตได้ดังต่อไปนี้

ตาราง 7 สรุปองค์ประกอบของทุนทางสังคม

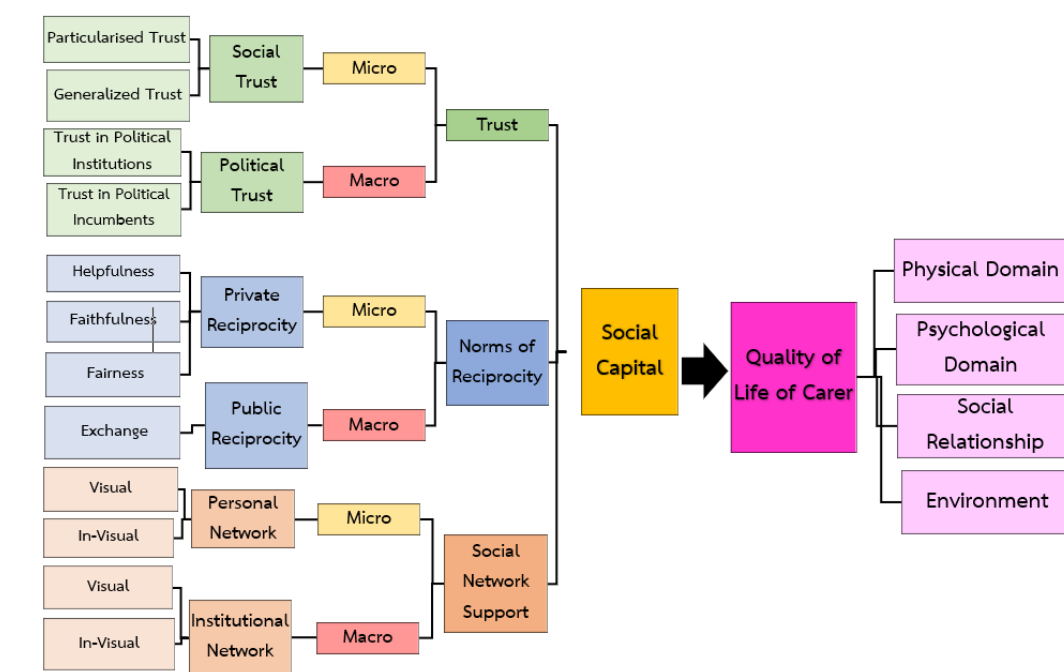
องค์ประกอบทุนทางสังคม	แหล่งอ้างอิง
ความไว้วางใจ (Trust)	(Putnam, 1993)
การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity)	(Putnam, 1993)
การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support)	(Scrivens & Smith, 2013)

ตาราง 8 สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	แหล่งอ้างอิง
ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical Health)	(World Health Organization, 1996)
ด้านจิตใจ (Psychological)	
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship)	
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ทั้ง 3 ตัวแปรหลัก คือผู้ดูแลในครอบครัว แนวคิดทุนทางสังคม และแนวคิดคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้ดูแลในครอบครัวใช้ทุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุและทุนทางสังคมก็สามารถส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ การศึกษานี้จึงได้นำเอาแนวความคิดที่ได้มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดของงานวิจัยชิ้นนี้ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการให้ความหมายส่วนประกอบต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงใช้ภาษาอังกฤษในการกำหนดคำที่ใช้อธิบายองค์ประกอบต่าง ๆ ในกรอบแนวคิดนี้ดังในภาพ 6

ภาพ 6 กรอบแนวความคิด



ที่มา: ผู้วิจัย, 2563

จากภาพ 6 กรอบแนวความคิดเป็นการสรุปผลของการทบทวนวรรณกรรมที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของ 2 แนวคิด คือ แนวคิดทุนทางสังคมและแนวคิดคุณภาพชีวิต เห็นได้ว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น คือทุนทางสังคมและตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต โดยทุนทางสังคมประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบคือ 1) ความไว้วางใจ (Trust) 2) การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) และ 3) การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Support Network) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) ระดับปัจเจก (Micro Level) และ 2)ระดับชุมชน (Macro Level) และประกอบไปด้วยองค์ประกอบย่อยต่าง ๆ ดังที่ได้แสดงไว้ข้างต้น ทางด้านตัวแปรตามหรือคุณภาพชีวิตประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย (Physical Domain) 2) ด้านสภาพจิตใจ (Psychological Domain) 3) ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship Domain) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain)

ดังนั้น ในบทนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้ โดยได้ทำการศึกษาและค้นคว้างานวิชาการที่เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดที่ใช้ศึกษา ได้แก่ แนวคิดทุนทางสังคมและแนวคิดคุณภาพชีวิต จนนำไปสู่การสร้างกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ และในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายขั้นตอนการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการวิจัยนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง“ทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 และคุณภาพชีวิต” ซึ่งจะศึกษาเกี่ยวกับทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 และความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว และเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาโดยมีขั้นตอนการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
3. การสุ่มตัวอย่าง
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในวิจัยไว้ดังต่อไปนี้

1.1) ประชากร

กลุ่มประชากรที่ใช้ศึกษาในการวิจัยนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ สุโขทัย ตาก พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ เนื่องจากงานวิจัยสนใจที่จะศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวที่ซึ่งเป็นหน้าที่แบบไม่เป็นทางการ คือไม่มีการบันทึกข้อมูลจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ ทำให้มีข้อจำกัดในการรวบรวมจำนวนและรายชื่อผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษานี้จึงพิจารณาจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการเก็บสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านหมายเลขบัตรประชาชน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความแม่นยำและสามารถทราบจำนวนที่แน่นอนได้ จากข้อมูลทางสถิติของสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2563 พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งสิ้น 11,187 คน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เมื่อพิจารณาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1 คน ต่อการมีผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 1 คน จึงสรุปได้ว่าการศึกษานี้จะศึกษาประชากรหรือผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสิ้นจำนวน 11,187 คน โดยจำแนกออกเป็นแต่ละจังหวัด ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 9 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 แยกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (คน)
พิษณุโลก	2,313
สุโขทัย	1,558
อุตรดิตถ์	1,832
เพชรบูรณ์	4,249
ตาก	1,235
รวมทั้งสิ้น	11,187

ที่มา: สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ, สืบค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2563

1.2) กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกโดยใช้เกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane) ซึ่งได้มีวิธีคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

ดังนั้น

$$n = \frac{N}{1+N(0.05)^2}$$

ดังนั้น

$$n = \frac{11,187}{1+(11,187+0.05)^2}$$

$$n = 386$$

การศึกษานี้จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 386 คน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมอีก 12 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบไปด้วยตัวแปร 2 ตัวแปร โดยมีตัวแปรต้นคือทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว และตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะแบ่งออกตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) เครื่องมือหลัก ได้แก่ แบบสอบถาม และ 2) เครื่องมือรอง ได้แก่ การสัมภาษณ์ โดยได้นำข้อมูลเพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเพื่อสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1) แบบสอบถาม (Questionnaires)

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลักในการศึกษาเชิงปริมาณ โดยศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมประเด็นและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา สถานภาพ และลักษณะการอยู่อาศัย โดยกำหนดให้ตอบคำถามในลักษณะเลือกเพียงคำตอบเดียวหรือแบบตรวจรายการ (Check-list Question) และเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ (Multiple Choice Question)

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามแบบคำถามปลายปิดเกี่ยวข้องกับการวัดระดับทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ประกอบไปด้วย

- | | |
|---|--------------|
| 1) ทุนทางสังคมทางด้านความไว้วางใจ | จำนวน 15 ข้อ |
| 2) ทุนทางสังคมทางด้านความเอื้อกูลกัน | จำนวน 13 ข้อ |
| 3) ทุนทางสังคมทางการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม | จำนวน 10 ข้อ |

โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกและดัดแปลงข้อคำถามจากคลังคำถามทุนทางสังคม (Social Capital Question Bank) จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (Office for National Statistics) แห่งสหราชอาณาจักร (Office for national statistics, 2002) และการวัดค่าทุนทางสังคมจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (World Bank) (Grootaert, Narayan, Jones, & Woolcock, 2004) โดยเลือกข้อคำถามที่มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการศึกษาและสามารถวัดค่าออกมาเป็นระดับของทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการวัดค่าการเข้าร่วมกลุ่มหรือองค์กรของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามที่นำมาใช้เพื่อวัดค่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้อ้างอิงคำถามมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 26 คำถาม แบ่งออกเป็น 4 ขอบเขต คือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical Health) 2) ด้านจิตใจ (Psychological) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) (World Health Organization, 1996)

ทั้งนี้คำถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 4 จะเป็นการตอบแบบมาตราส่วนการประเมินค่า (Rating Scale) ตามแบบการวัดทัศนคติของลิเกิร์ต (Likert's scale) ซึ่งเป็นการวัดที่แบ่งคะแนนความคิดเห็นออกเป็นช่วงโดยกำหนดให้แต่ละช่วงมีความแตกต่างที่เท่ากันและวัดได้ทั้งทัศนคติเชิงบวกและเชิงลบ (วัลลภ สุขสวัสดิ์, 2560) เกณฑ์การให้คะแนนจะแบ่งออกได้ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 5
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนนเท่ากับ 4
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ 3
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ 2
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ 1
ไม่เห็นด้วยเลย	ให้คะแนนเท่ากับ 0

จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าเฉลี่ยของระดับทุนทางสังคมและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 5.00	หมายถึง	ระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 4.00-4.99	หมายถึง	ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 3.00-3.99	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.00-2.99	หมายถึง	ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.99	หมายถึง	ระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 0-0.99	หมายถึง	ไม่มีระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแบบคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเพื่อสนับสนุนและแก้ไขปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามปลายเปิดเพื่อให้ข้อมูลที่ชัดเจนมากขึ้น จำนวน 1 ข้อ

2.1.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยใช้เทคนิค IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์การวิจัยกับข้อคำถามเป็นรายข้อ โดยทำการคำนวณจากสูตร ดังต่อไปนี้ (วัลลภ สุขสวัสดิ์, 2560)

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\Sigma R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม
 ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาทั้งหมด
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การแปลความหมายของคะแนนค่า IOC ดังต่อไปนี้

- +1 หมายถึง ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 0 หมายถึง ข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 1 หมายถึง ข้อคำถามวัดไม่ได้ เพราะไม่ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

จึงสรุปได้ว่าข้อคำถามในแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและพบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้

2.1.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบความเชื่อมั่นทำได้โดยการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรในพื้นที่ข้างเคียงที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) หรือ Cronbach's Alpha Coefficient ดังต่อไปนี้ ซึ่งผลลัพธ์ค่าแอลฟาที่ได้จะแสดงถึงระดับความคงที่ของแบบสอบถาม โดยจะมีค่าระหว่าง $0 \leq \alpha \leq 1$ ค่าที่ใกล้เคียงกับ 1 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นสูง โดยค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากแบบสอบถามมีค่าดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 10 ผลของการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรายข้อ

ตัวแปร	จำนวนข้อ	ค่าความเชื่อมั่น
ความไว้วางใจ	15	.930
การเกื้อกูลกัน	13	.939
การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม	10	.953

ตัวแปร	จำนวนข้อ	ค่าความเชื่อมั่น
คุณภาพชีวิต	26	.845
ค่าเฉลี่ยรวม		.917

จากตาราง 10 พบว่าผลการทดสอบโดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเฉลี่ย เท่ากับ 0.917 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลในแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำแบบสอบถามไปใช้ได้จริง

2.2) การสัมภาษณ์ (In-dept Interview)

เป็นเครื่องมือรองที่นำมาใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถนำมาสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือหลักหรือแบบสอบถาม ซึ่งหลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติวิจัยเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจในตัวแปรต้นและตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยเป็นการสัมภาษณ์ด้วยคำถามการสัมภาษณ์แบบปลายเปิด (Open Questionnaire) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ไม่มีการกำหนดโครงสร้างของคำถามแบบตายตัว แต่จะเป็นเพียงการกำหนดแนวคำถามแบบเปิดกว้างโดยประเด็นคำถามจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ มุมมอง อารมณ์และความรู้สึกจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงปัญหา ผลกระทบและความช่วยเหลือที่ต้องการได้จากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ภาคผนวก ข)

สรุปได้ว่า การศึกษานี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 2 รูปแบบ คือแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยที่พิจารณาการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่แตกต่างกันสามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 11 สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

วัตถุประสงค์ข้อที่	ระเบียบวิธีวิจัย	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม	ปริมาณ	แบบสอบถาม	การวิเคราะห์ การถดถอย พหุคูณ	ได้ทราบถึง ความสัมพันธ์ ระหว่างทุนทาง

วัตถุประสงค์ข้อที่	ระเบียบวิธีวิจัย	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว			(Multiple Regression Analysis , MRA)	สังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว
		แบบสัมภาษณ์	การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	1) เพื่ออธิบายลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิต 2) เพื่อนำมาสนับสนุนการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย
2. เพื่อเสนอข้อเสนอนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวต่อหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	คุณภาพ	การสัมภาษณ์ การศึกษา ค้นคว้าข้อมูล จากเอกสาร ทฤษฎี	การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	1) เพื่อทราบปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว 2) เพื่อทราบถึงสถานการณ์ปัจจุบันและช่องว่างด้านปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อเสนอข้อเสนอนะเชิงนโยบายในการ

วัตถุประสงค์ข้อที่	ระเบียบวิธีวิจัย	เครื่องมือที่ใช้	การวิเคราะห์	ผลที่คาดว่าจะได้รับ
				ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ที่มา: ผู้วิจัย, 2565

3. การสุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างจะแบ่งออกตามลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งการศึกษานี้มีการเก็บข้อมูลทั้งในรูปแบบของแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ โดยการเก็บข้อมูลทั้ง 2 รูปแบบมีความแตกต่างกัน ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของทั้ง 2 รูปแบบ คือ 1. แบบสอบถาม และ 2. การสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 แบบสอบถาม

การศึกษานี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน เพื่อให้หน่วยตัวอย่างทุกหน่วยมีโอกาสในการถูกเลือกเป็นตัวแทนประชากรอย่างเท่าเทียมกัน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยแยกตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างรายจังหวัด ซึ่งประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และตาก โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

การคัดเลือกตัวแทนอำเภอของแต่ละจังหวัด

1) ผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งแยกย่อยลงไปในระดับอำเภอของแต่ละจังหวัด โดยทั้ง 5 จังหวัดประกอบไปด้วยจำนวนอำเภอทั้งหมด ดังต่อไปนี้

จังหวัดเพชรบูรณ์	ประกอบไปด้วย 11 อำเภอ
จังหวัดพิษณุโลก	ประกอบไปด้วย 9 อำเภอ
จังหวัดอุตรดิตถ์	ประกอบไปด้วย 9 อำเภอ
จังหวัดสุโขทัย	ประกอบไปด้วย 9 อำเภอ
จังหวัดตาก	ประกอบไปด้วย 9 อำเภอ

2) จากข้อมูลข้างต้นพบว่าทั้ง 5 จังหวัด มีจำนวนอำเภอไม่เท่ากันทุกจังหวัดและเพื่อให้การสุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันมากที่สุดผู้วิจัยได้ทำการแบ่งอำเภอของแต่ละจังหวัดออกเป็น 3 ระดับตามจำนวนประชากร คืออำเภอที่มีระดับจำนวนประชากรสูง กลาง และต่ำ ซึ่งการแบ่งระดับอำเภอเริ่มจากการคำนวณหาจำนวนอำเภอในแต่ละระดับ โดยใช้สูตรการคำนวณดังต่อไปนี้

$$X = \frac{D}{3}$$

เมื่อ X แทน จำนวนอำเภอในแต่ละระดับ
D แทน จำนวนอำเภอทั้งหมด

และเมื่อกำหนดแล้วได้ผลลัพธ์ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 12 จำนวนอำเภอของแต่ละระดับแยกตามรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนอำเภอของแต่ละระดับแยก
เพชรบูรณ์	4
พิษณุโลก	3
อุตรดิตถ์	3
สุโขทัย	3
ตาก	3

3) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำจำนวนประชากรที่แบ่งตามรายอำเภอของแต่ละจังหวัดมาจัดเรียงลำดับตามจำนวนประชากรมากที่สุดไปสู่น้อยที่สุด และทำการแบ่งอำเภอทั้งหมดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง กลาง ต่ำ แต่ละระดับมีจำนวนอำเภอตามที่ได้คำนวณไว้ในตาราง 11 โดยเริ่มจากการแบ่งอำเภอระดับสูงจากอำเภอที่มีประชากรมากที่สุดของจังหวัดนั้น ๆ ต่อมาเป็นระดับกลางและต่ำตามลำดับ สามารถแบ่งระดับของอำเภอได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 13 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดเพชรบูรณ์

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
เพชรบูรณ์	หล่มสัก	1,219	สูง
	เมืองเพชรบูรณ์	843	สูง
	วิเชียรบุรี	462	สูง
	ศรีเทพ	362*	สูง
	หล่มเก่า	362*	สูง
	ชนแดน	240	กลาง

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
	วังโป่ง	223	กลาง
	บึงสามพัน	210	กลาง
	หนองไผ่	204	กลาง
	เขาค้อ	87	ต่ำ
	น้ำหนาว	37	ต่ำ

*อำเภอศรีเทพและอำเภอหล่มเก่ามีจำนวนประชากรเท่ากันจึงอยู่ในระดับสูงเท่ากัน

ตาราง 14 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดพิษณุโลก

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ระดับ
พิษณุโลก	เมืองพิษณุโลก	434	สูง
	บางระกำ	330	สูง
	วังทอง	305	สูง
	นครไทย	291	กลาง
	พรหมพิราม	280	กลาง
	วัดโบสถ์	258	กลาง
	บางกระทุ่ม	192	ต่ำ
	เนินมะปราง	131	ต่ำ
	ชาติตระการ	92	ต่ำ

ตาราง 15 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดอุตรดิตถ์

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
อุตรดิตถ์	เมืองอุตรดิตถ์	450	สูง
	พิชัย	289	สูง
	ลับแล	195	สูง

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
	ตรอน	189	กลาง
	ทองแสนขัน	174	กลาง
	น้ำปาด	164	กลาง
	ท่าปลา	146	ต่ำ
	พากทำ	113	ต่ำ
	บ้านโคก	112	ต่ำ

ตาราง 16 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดสุโขทัย

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
สุโขทัย	สวรรคโลก	297	สูง
	เมืองสุโขทัย	251	สูง
	ศรีสัชฌาย์	235	สูง
	ทุ่งเสลี่ยม	193	กลาง
	กงไกรลาศ	188	กลาง
	คีรีมาศ	145	กลาง
	ศรีสำโรง	137	ต่ำ
	บ้านด่านลานหอย	103	ต่ำ
	ศรีนคร	9	ต่ำ

ตาราง 17 ระดับของอำเภอแยกตามจำนวนประชากรของจังหวัดตาก

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
ตาก	เมืองตาก	226	สูง
	บ้านตาก	191	สูง
	แม่สอด	179	สูง
	สามเงา	163	กลาง
	วังเจ้า	156	กลาง

จังหวัด	เขตอำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	ระดับ
	พบพระ	120	กลาง
	แม่ระมาด	99	ต่ำ
	อุ้มผาง	69	ต่ำ
	ท่าสองยาง	32	ต่ำ

4) จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกตัวแทนอำเภอ จำนวน 1 อำเภอในแต่ละระดับ เพื่อเป็นตัวแทนอำเภอที่ของจังหวัดนั้น ๆ รวมทั้งสิ้น 3 อำเภอต่อ 1 จังหวัด โดยการสุ่มตัวแทนอำเภอเริ่มจากการเขียนรายชื่ออำเภอของแต่ละจังหวัดลงในกระดาษ 1 อำเภอต่อกระดาษ 1 แผ่น จากนั้นแยกกระดาษใส่ลงไปในภาชนะ 3 ชั้น ที่แบ่งตามระดับของประชากรสูง กลาง ต่ำแล้วทำการคละกระดาษเหล่านั้น โดยขั้นตอนนี้จะทำแยกกันทีละจังหวัด

5) ผู้วิจัยทำการจับฉลากรายชื่ออำเภอในแต่ละระดับ ระดับละ 1 อำเภอ เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนของอำเภอในระดับนั้น ๆ จนครบทั้ง 3 ระดับ และทำแบบเดียวกันนี้ทั้ง 5 จังหวัด

6) ในท้ายที่สุดจึงได้รายชื่ออำเภอที่เป็นตัวแทนของแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 3 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 15 อำเภอ

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของตัวแทนอำเภอแต่ละจังหวัด

หลังจากได้รายชื่อตัวแทนอำเภอของแต่ละจังหวัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละอำเภอ โดยมีวิธีการดังต่อไปนี้

1) คำนวณหาค่าร้อยละของจำนวนประชากรระดับจังหวัดต่อจำนวนประชากรทั้งหมด โดยใช้สูตรการหาค่าร้อยละดังต่อไปนี้

$$P = \frac{F \times 100}{N}$$

เมื่อ

P แทน ร้อยละ

F แทน จำนวนประชากรที่ต้องการแปลค่าให้เป็นร้อยละ

N แทน จำนวนประชากรทั้งหมด

และเมื่อคำนวณแล้วได้ค่าร้อยละดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 18 ร้อยละของจำนวนประชากรระดับจังหวัด

จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	ร้อยละ
เพชรบูรณ์	4,249	38
พิษณุโลก	2,313	21
อุตรดิตถ์	1,832	16
สุโขทัย	1,558	14
ตาก	1,235	11
รวมทั้งสิ้น	11,187	100

2) เมื่อได้ค่าร้อยละของประชากรระดับจังหวัดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดต่อไป ซึ่งคำนวณมาจากสัดส่วนร้อยละของจำนวนประชากรระดับจังหวัด (ตาราง 8) ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

$$n^1 = \frac{P \times n}{100}$$

เมื่อ n^1 แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัด
 P แทน ร้อยละของจำนวนประชากรระดับจังหวัด
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน

ดังนั้นสามารถคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัด ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 19 จำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัด

จังหวัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เพชรบูรณ์	152
พิษณุโลก	84
อุตรดิตถ์	64
สุโขทัย	56
ตาก	44
รวมทั้งสิ้น	400

3) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับจังหวัดแล้ว จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในระดับตัวแทนอำเภอ ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการจับฉลากเลือกตัวแทนอำเภอแบ่งตามระดับจำนวนประชากรสูง กลาง ต่ำ ดังนั้นการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับอำเภอจึงแบ่งตามโควตาในอัตราส่วน 3:2:1 และได้มาซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างระดับตัวแทนอำเภอของทั้ง 5 จังหวัด

3.2 การสัมภาษณ์

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือรองคือการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) จากการศึกษาค้นคว้าเพื่อกำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลพบว่าไม่มีเกณฑ์หรือทฤษฎีใดที่สามารถนำมากำหนดจำนวนของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องแม่นยำ อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่น่าจะให้ข้อมูลได้เพียงพอที่สุดสำหรับการวิจัยในเชิงคุณภาพคือ 10-40 คน (Mason, 2010) ขึ้นอยู่กับความความอึดตัวและความเพียงพอของข้อมูลเป็นหลัก

เพราะฉะนั้น การศึกษานี้จึงได้กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล (Informants) จำนวน 10 คน โดยใช้เทคนิคการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) (วัลลภ สุขสวัสดิ์, 2560) และทำการระบุรหัส (Code) แทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับมากที่สุด ซึ่งมีการพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือก-คัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) ผู้ให้ข้อมูลมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ
- 2) ผู้ให้ข้อมูลมีความสมัครใจเข้าร่วมการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ให้ข้อมูลปฏิเสธการให้ข้อมูล
- 2) ผู้ให้ข้อมูลมีเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาตามเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 2 ประเภท โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1 แบบสอบถาม

- 1) ผู้วิจัยทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาประกอบการจัดทำแบบสอบถามที่จะใช้เก็บข้อมูล
- 2) ผู้วิจัยจัดทำแบบสอบถามเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลของระดับทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3) นำแบบสอบถามที่ได้นำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความสมบูรณ์

4) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity) โดยการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาที่ใช้สื่อสารมีความหมายตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการสอบถามข้อมูลในประเด็นนั้น ๆ และมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม

5) ได้แบบสอบถามที่ตรงตามวัตถุประสงค์

6) ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวรถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 15 อำเภอใน 5 จังหวัด เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่แต่ละอำเภอ

7) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์อย่างตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ในแต่ละจังหวัด

8) ระบุรหัสแทนชื่อจริงของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นความลับมากที่สุดและสะดวกต่อการติดต่อกลับในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์

9) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบเพื่อให้การวิเคราะห์มีความถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

4.2 การสัมภาษณ์

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตเพื่อนำมาประกอบการจัดทำโครงสร้างคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

2) ผู้วิจัยจัดทำแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3) นำแบบสัมภาษณ์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำมาแก้ไขเพื่อปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์

4) ผู้วิจัยได้แบบสัมภาษณ์ตามที่ต้องการ

5) ต่อมาผู้วิจัยทำการติดต่อขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 10 ท่าน ผ่านการขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอนั้น ๆ ในการช่วยเหลือนัดหมายเรื่องเวลาและสถานที่ในการให้สัมภาษณ์

6) ผู้วิจัยดำเนินการออกสัมภาษณ์ตามที่ได้นัดหมายไว้และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาเรียบเรียงและวิเคราะห์ต่อไป

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลตามเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา 2 ประเภท ผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการดังต่อไปนี้

5.1 แบบสอบถาม

- 1) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลว่ามีความสมบูรณ์และได้รับข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการ
- 2) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากพื้นที่จริงโดยใช้สถิติทางสังคมศาสตร์ที่เหมาะสม
- 3) จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 20
- 4) อภิปรายผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งหาข้อเสนอแนะทางนโยบายในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

5.2 การสัมภาษณ์

- 1) ผู้วิจัยทำการเรียบเรียงข้อมูลจากการจดบันทึกในการสัมภาษณ์และจำแนกออกมาเป็นประเด็นต่าง ๆ
- 2) ต่อมาผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากพื้นที่จริงโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในการอธิบายข้อมูลที่ได้ในเชิงวิชาการและนำไปใช้สนับสนุนผลการวิเคราะห์จากการศึกษาเชิงปริมาณ
- 3) สุดท้ายผู้วิจัยได้อภิปรายผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้งหาข้อเสนอแนะทางนโยบายในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต

5.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลที่รวบรวมได้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีสถิติที่ใช้ ดังต่อไปนี้

5.3.1 สถิติพื้นฐาน (Basic Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง โดยหาความถี่ (Frequency) การกระจายอัตราส่วนร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.3.2 สถิตีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันโดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

5.3.3 สถิติอ้างอิง (Inference Statistic) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ใช้เพื่อศึกษาการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

โดยสรุป บทที่ 3 เป็นการอธิบายถึงระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอถึง ขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งเครื่องมือหลักและเครื่องมือรอง การสุ่มตัวอย่างและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลการศึกษา และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในบทถัดไป ผู้วิจัยจะนำเสนอถึงข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด คือ เพชรบูรณ์ พิษณุโลก อุตรดิตถ์ สุโขทัย และตาก การศึกษานี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน เมื่อนำผลการเก็บข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 20 และนำเสนอผลการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา
2. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

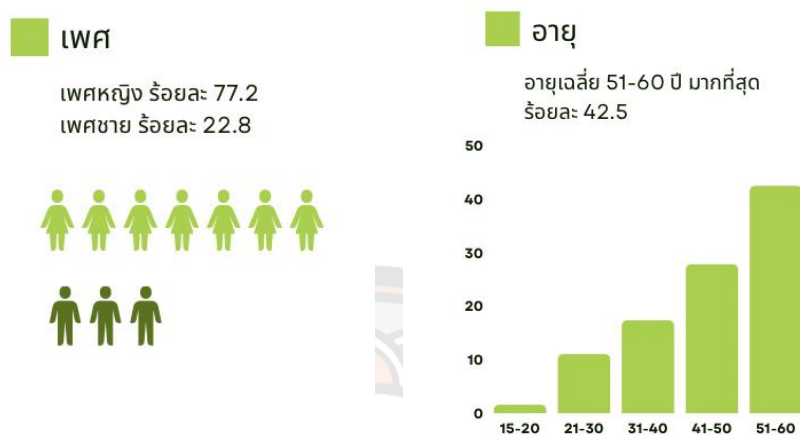
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ซึ่งจะประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ 1). ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งต่อไปในการศึกษานี้จะใช้คำว่าผู้ดูแลในครอบครัว 2). ข้อมูลทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ความไว้วางใจ การเกื้อกูลกัน และการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม 3) ข้อมูลการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ และ 4). ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อค้นพบ ดังรายละเอียดที่จะแสดงดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยผลการวิเคราะห์ข้อมูลใน 11 ประเด็น ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา ข้อมูลทางด้านครอบครัว จำนวนผู้สูงอายุที่ให้การดูแล ระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงจำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีรายละเอียดดังภาพที่ 7 – 13 ตามลำดับต่อไปนี้ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก ค)

ภาพ 7 เพศและค่าเฉลี่ยอายุของผู้ดูแลในครอบครัว



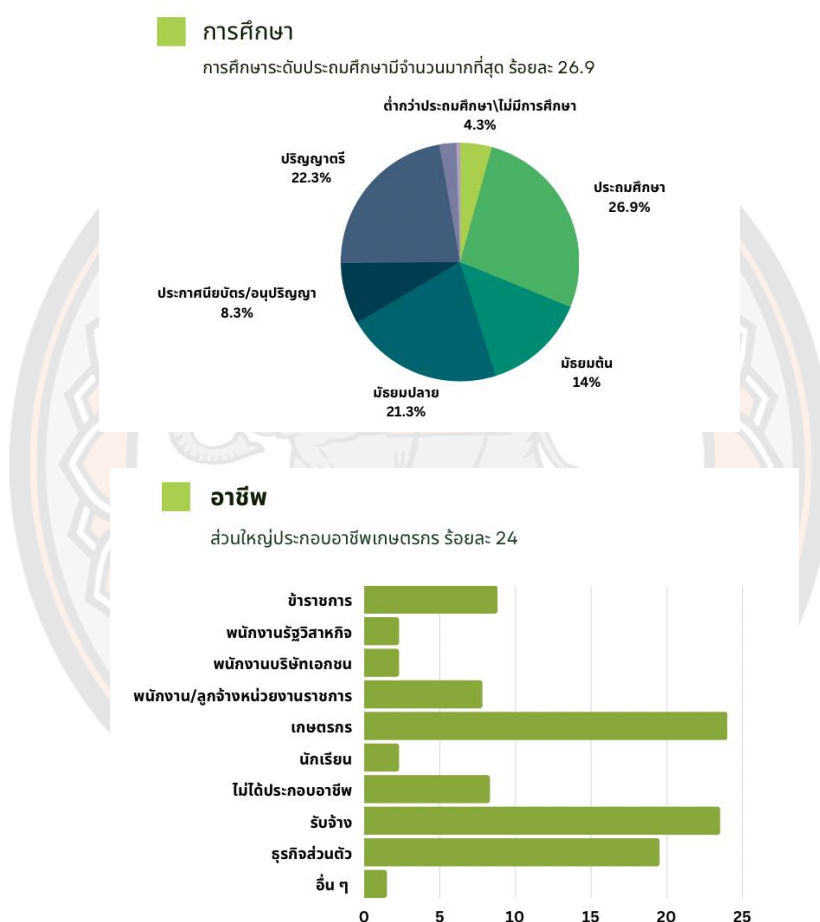
จากภาพ 7 จะพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีสัดส่วนถึงร้อยละ 77.2 และเป็นเพศชายเพียงร้อยละ 22.8 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาถึงอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีอายุอยู่ที่ช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.8 และช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.3 ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นทำให้ได้ข้อสังเกตใน 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้ **ประเด็นที่หนึ่ง** คือผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงในครอบครัวส่วนใหญ่ได้แก่ บุตรสาว น้องสาว ภรรยา และญาติที่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี ศรีมหาภาค และคณะ (2014) ที่อธิบายไว้ว่าผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และเกือบครึ่งหนึ่งเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่าบทบาทของเพศหญิงในสังคมไทยคือผู้เสียสละ และถูกคาดหวังจากครอบครัวในการรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลยามบุคคลในครอบครัวเกิดอาการเจ็บป่วย แต่ทั้งนี้บุตรสาวมักจะเป็นบุคคลแรกที่ถูกเลือกให้รับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่เมื่อยามเจ็บป่วย มากกว่าบุตรชาย เนื่องจากสังคมไทยยังเชื่อว่าความกตัญญูตเวทีต่อพ่อแม่เป็นหลักสำคัญของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไทย พ่อแม่เป็นผู้มีพระคุณอย่างเหลือล้นและหน้าที่ของบุตรชายและบุตรสาวคือการตอบแทนพระคุณของพ่อแม่ โดยบุตรชายจะตอบแทนพระคุณด้วยการบวช แต่ในขณะที่ลูกสาวไม่สามารถบวชทดแทนพระคุณได้ จึงต้องตอบแทนพระคุณพ่อแม่โดยการทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ในยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย

ประเด็นที่สอง เมื่อพิจารณาจากอายุของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่ามีความเฉลี่ยอยู่ที่ 46 ปี และถือได้ว่าอยู่ในช่วงวัยกลางคน คือมีอายุระหว่าง 36-50 ปี (เกษร เกษมสุข & บังอร ฤทธิ์อุดม, 2566) มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีอายุค่อนข้างมาก ส่งผลต่อพลังกำลังและ

ความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้หรือน้อย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องช่วยเหลือ เช่น อุ้ม แบกหรือยก เมื่อทำหน้าที่เป็นประจำและต่อเนื่องจึงทำให้เกิดความเจ็บปวดตามร่างกายของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ภาพ 8 ระดับการศึกษาและอาชีพของผู้ดูแลในครอบครัว



จากภาพ 8 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 26.8 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 22.3 และระดับมัธยมตอนปลาย (ม.6 หรือเทียบเท่า) คิดเป็นร้อยละ 21.3 ตามลำดับ และด้านอาชีพ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างและอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย โดยคิดเป็นร้อยละ 23.5 และ 19.5 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาในประเด็นด้านการศึกษาและอาชีพจะพบว่าการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่คือระดับประถมศึกษา และถือได้ว่าเป็นการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่าระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ประเทศไทยกำหนด ซึ่งการศึกษานี้พยายามที่จะเสนอว่าระดับการศึกษาอาจจะเป็นข้อจำกัดหนึ่งที่ส่งผลต่อการเลือกประกอบอาชีพได้ และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้านอาชีพพบว่าอาชีพที่ผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด 3 อันดับแรกคืออาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง และอาชีพธุรกิจส่วนตัว โดยทั้ง 3 อาชีพนี้มีลักษณะร่วมกันคือเป็นอาชีพอิสระ หมายถึงลักษณะงานสามารถบริหารจัดการการทำงานและเวลาในการทำงานได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะแตกต่างจากลักษณะของงานประจำที่มีเวลาในการทำงานที่แน่นอน สอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถระบุเวลาในการดูแลได้อย่างชัดเจน เวลาในการดูแลขึ้นอยู่กับความต้องการในการช่วยเหลือของผู้สูงอายุเป็นหลัก

ภาพ 9 ค่าเฉลี่ยของรายได้ของผู้ดูแลในครอบครัว



จากภาพ 9 พบว่า สถานะภาพทางการเงินของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท มีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 57 ลำดับต่อมา มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท จำนวนร้อยละ 27.3 และมีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท จำนวนร้อยละ 10 ตามลำดับ

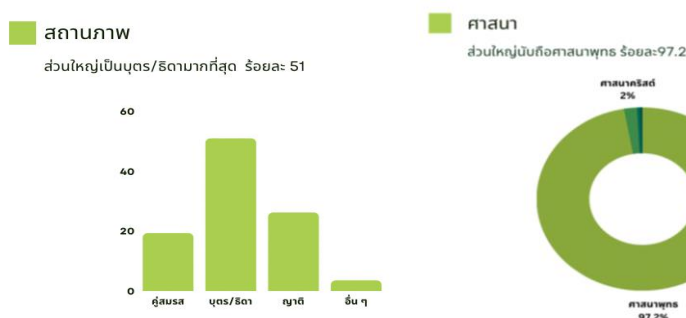
เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพบข้อสังเกตประการหนึ่งคือผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ที่กล่าวว่ารายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของคนไทย ประจำปี 2564 อยู่ที่ 27,000 บาท จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีรายได้น้อยกว่าครึ่งของรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนของคนไทย และผลกระทบที่อาจจะตามมาคือรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าใช้จ่ายของบุตร/ธิดา ค่าใช้จ่ายในครัวเรือน และอาจจะรวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

ภาพ 10 จำนวนผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับผิดชอบดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล



จากภาพ 10 พบว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมาคือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ตามลำดับ และใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งสามารถกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้เวลาอยู่กับผู้สูงอายุและให้การดูแลต่าง ๆ ทั้งวัน ซึ่งเมื่อเทียบการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นงานอย่างหนึ่ง จะพบว่ามีเวลาในการทำงานมากกว่าเวลาทำงานปกติของลูกจ้างทั่วไปที่ไม่ควรเกิน 8 ชั่วโมงต่อวันและไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (ตรีเนตร สาระพงษ์, ถวัลย์ รุยาพร, & วรยุทธ พูลสุข, 2564) อีกทั้งลักษณะงานของผู้ดูแลในครอบครัวที่ใช้เวลาไม่แน่นอนและไม่มีวันหยุด คำถามที่อาจจะเกิดขึ้นคือผู้ดูแลในครอบครัวทำหน้าที่หนักเกินไปหรือไม่ และท้ายที่สุดแล้วผลกระทบที่ตามมาจากการทำงานหนักเกินไปนี้อาจจะส่งผลเสียต่อสุขภาพร่างกายและคุณภาพชีวิตได้หรือไม่

ภาพ 11 ค่าเฉลี่ยสถานภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและศาสนาของผู้ดูแลในครอบครัว



จากภาพ 11 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือเป็นบุตรหรือธิดาของผู้สูงอายุ มีจำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 51 ลำดับต่อมาคือมีสถานะเป็นญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 26.3 และมีสถานะเป็นคู่สมรสของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 19.3 ตามลำดับ ด้านการนับถือศาสนา ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด จำนวน 389 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นทำให้เห็นว่าลูกหรือบุตร/ธิดามีหน้าที่ที่สำคัญคือการรับบทบาทเป็นบุคคลที่ต้องดูแลพ่อแม่ เพื่อแสดงออกถึงการเป็นลูกที่ดีและความกตัญญูต่อบุพการี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณฐา ลิ้ม (2560) ที่กล่าวไว้ว่าความกตัญญูเป็นรากฐานของสังคมไทย โดยเฉพาะศาสนาพุทธเพราะถือได้ว่าเป็นหนึ่งในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา และการศึกษาของเบญจวรรณ ชยางกูร ณ อยุธยา (2565) ที่อธิบายไว้ว่าหลักคำสอนของไทยให้ความสำคัญกับความกตัญญูโดยการปลูกฝังความกตัญญูต่อบุพการี หลักความกตัญญูทศเวทีเป็นคุณธรรมและเป็นสื่อกลางที่ทำให้พ่อแม่และลูกมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ต่างช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ซึ่งสอดคล้องกับที่ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธถึงร้อยละ 97.2 และอาจให้ความสำคัญกับความกตัญญูต่อบุพการี

ภาพ 12 จำนวนสมาชิกในครอบครัวและ สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว

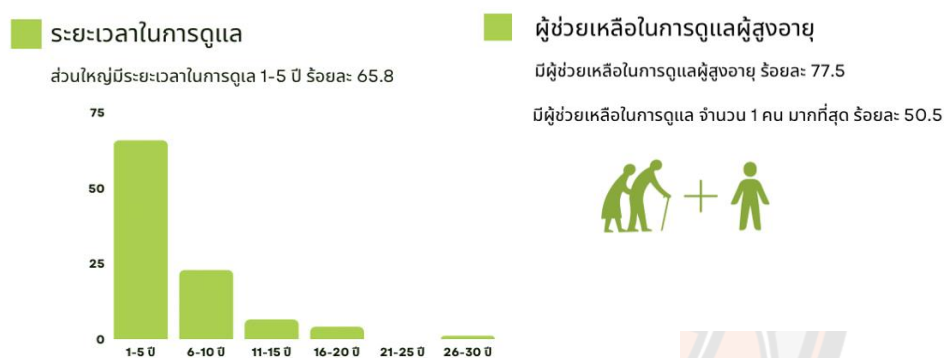


จากภาพ 12 พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 27 รองลงมาคือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25.3 และ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20.3 ตามลำดับ และได้อาศัยอยู่กับมารดามากที่สุด จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือคู่สมรส จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 และบุตร/ธิดา จำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 46.3 ตามลำดับ

จากข้อมูลข้างต้นจะสังเกตได้ว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3-5 คน ซึ่งถือได้ว่าเป็นครอบครัวที่มีขนาดเล็ก และเมื่อพิจารณาจากสมาชิกครอบครัวที่

อาศัยอยู่ร่วมกันพบว่ามีลักษณะเป็นครอบครัวขยายหรือครอบครัว 3 รุ่นขึ้นไป หมายถึงครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันหลายช่วงวัย ประกอบไปด้วย พ่อ แม่ ลูก และปู่ ย่า ตา ยาย หรืออาจมีญาติคนอื่นอาศัยอยู่ด้วยกัน (รุจา ภูไพบูลย์ et al., 2561) ทั้งนี้จุดเด่นของครอบครัวขยายคือการมีคนอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนและเมื่อเกิดปัญหาหรือการเจ็บป่วย คนในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ทดแทนกันได้ เช่นกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยและไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ตามปกติ บุคคลอื่นๆในครอบครัวสามารถมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุแทนได้ และอาจรวมไปถึงสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อีกด้วย

ภาพ 13 ระยะเวลาในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวและจำนวนผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ



จากภาพ 13 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุมาเป็นระยะเวลา มากที่สุด คือ 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาคือ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.8 และต่อมาก็คือ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 77.5 และมีจำนวนผู้ช่วยเหลือ 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่มีระยะเวลาในมารับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับต่ำ ซึ่งมีเวลาเพียงแค่ 1-5 ปีเท่านั้น ทั้งนี้จากข้อมูลยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางคนรับหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้เพียงแค่ 2 เดือน เท่านั้น ซึ่งข้อมูลนี้ทำให้วิเคราะห์ได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังอยู่ในระยะเวลาของการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุอาจส่งผลให้ยังขาดความรู้ ทักษะที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เช่น การดูแลอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย การขับถ่าย การรับประทานยา หรือการให้การรักษาเบื้องต้น นอกจากนี้ในปัจจุบันทางด้านผู้ช่วยเหลือพบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะมีผู้ช่วยเหลืออย่างน้อย 1 คน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลลักษณะของครอบครัวในภาพ 12 ที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย

ทำให้อาจจะมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการดูแลหรือทำหน้าที่ทดแทนได้ในบางช่วงเวลา

สรุปข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคน มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักและมีรายได้ค่อนข้างต่ำ คือมีรายได้เฉลี่ยไม่ถึง 10,000 ต่อเดือน นับถือศาสนาพุทธ เป็นบุตร/ธิดาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขนาดเล็ก โดยส่วนมากจะอาศัยอยู่ด้วยกันประมาณ 3-5 คน ซึ่งประกอบด้วย แม่ คู่สมรส และบุตร/ธิดา ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุคือเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวันและส่วนใหญ่ทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวมาประมาณ 1-5 ปี และในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลจำนวน 1 คน

ส่วนที่ 2 ทูทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนต่อไปจะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทูทางสังคมทั้ง 3 ด้านของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยความไว้วางใจ การเกื้อกูลกัน และการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยจะแสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของค่าเฉลี่ย โดยรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทูทางสังคมด้านความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนต่อไปนี้เป็นผลการวิเคราะห์ข้อคำถามด้านทูทางสังคมด้านความไว้วางใจ ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อคำถาม และได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทูทางสังคมด้านความไว้วางใจ

ลำดับ	ทูทางสังคมด้านความไว้วางใจ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1	ความเชื่อใจและไว้วางใจคนทั่วไป	3.54	0.91	ปานกลาง
2	ความเชื่อใจและไว้วางใจคนในชุมชน	3.63	0.84	ปานกลาง
3	ความเชื่อใจและไว้วางใจเพื่อนบ้าน	3.71	0.81	ปานกลาง
4	ความเชื่อใจและไว้วางใจคนในครอบครัว	4.26	0.82	มาก

ลำดับ	ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
5	ความเชื่อใจและไว้วางใจคนที่พูดภาษาหรือมีเชื้อชาติเดียวกัน	3.37	1.03	ปานกลาง
6	ความเชื่อใจและไว้วางใจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.18	0.87	มาก
7	ความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	4.19	0.72	มาก
8	ความไว้วางใจในข้าราชการส่วนใหญ่	3.64	0.83	ปานกลาง
9	ความไว้วางใจในกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	3.65	0.81	ปานกลาง
10	ความไว้วางใจในนักการเมือง	2.48	0.93	น้อย
11	ความไว้วางใจในอบต./เทศบาลในชุมชน	3.50	0.95	ปานกลาง
12	ความไว้วางใจในข้าราชการที่รู้จัก	3.62	0.83	ปานกลาง
13	ความไว้วางใจในศาล	3.57	0.86	ปานกลาง
14	ความไว้วางใจในการบริหารงานของรัฐบาล	3.26	0.92	ปานกลาง
15	ความไว้วางใจในสถาบันทางศาสนา	3.78	0.83	ปานกลาง
รวม		3.63	0.86	ปานกลาง

จากตาราง 20 พบว่าทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 จากการวิเคราะห์ข้อมูลยังพบว่าความไว้วางใจต่อคนในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.82 รองลงมาคือความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์เท่ากับ 4.19 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.72 และความไว้วางใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เท่ากับ 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.87 ตามลำดับ ในทางกลับกันความไว้วางใจในนักการเมืองมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.93 อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลยังแสดงให้เห็นว่าระดับของความไว้วางใจทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และระดับความไว้วางใจต่อตัวแสดงต่าง ๆ ในสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวก็อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงได้จัดเรียงลำดับค่าเฉลี่ยความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อตัวแสดงทางสังคม โดยเรียงลำดับจากค่ามากไปน้อย ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 21 ลำดับความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวจากค่าเฉลี่ยมากไปน้อย

ลำดับ	ตัวแสดง	ค่าเฉลี่ย	ระดับความไว้วางใจ
1	ครอบครัว	4.26	มาก
2	บุคลากรทางการแพทย์	4.19	มาก
3	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	4.18	มาก
4	สถาบันทางศาสนา	3.78	ปานกลาง
5	เพื่อนบ้าน	3.71	ปานกลาง
6	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	3.65	ปานกลาง
7	ข้าราชการส่วนใหญ่	3.64	ปานกลาง
8	คนในชุมชน	3.63	ปานกลาง
9	ข้าราชการที่รู้จัก	3.62	ปานกลาง
10	ศาล	3.57	ปานกลาง
11	คนทั่วไป	3.54	ปานกลาง
12	อบต./เทศบาล	3.50	ปานกลาง
13	คนที่พูดภาษาหรือมีเชื้อชาติเดียวกัน	3.37	ปานกลาง
14	รัฐบาล	3.26	ปานกลาง
15	นักการเมือง	2.48	น้อย

เมื่อพิจารณาข้อมูลจากตาราง 21 จะพบว่าตัวแสดงครอบครัวและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีระดับความไว้วางใจมากที่สุดสองอันดับแรกและมีค่าอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความไว้วางใจต่อครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะความไว้วางใจต่อครอบครัวในอันดับที่หนึ่ง จึงมีความเป็นไปได้ว่าสถาบันครอบครัวเป็นตัวแสดงที่มีความสำคัญที่สุดต่อผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษาของสะอาด ศรีวรรณ, สัณญา เคนาภูมิ และภักดี โพธิ์สิงห์ (2560) กล่าวว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานแรกของสังคม โดยครอบครัวเป็นการรวมตัวกันของบุคคลที่มีความรัก ความผูกพัน เคารพนับถือกัน และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการมีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีความผูกพันกันของผู้ดูแลในครอบครัวและบุคคลในครอบครัวสามารถส่งผลต่อการมีความไว้วางใจระหว่างกันได้

นอกจากนี้ ข้อมูลจากตาราง 21 ยังแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวให้ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากเป็นอันดับที่ 2 และ 3 ตามลำดับ อาจจะกล่าวได้ว่าสาเหตุที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความไว้วางใจต่อบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องพึ่งพาศูนย์บริการทางการแพทย์เช่น หมอ พยาบาล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง

ในทางกลับกันจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยความไว้วางใจต่อนักการเมืองน้อยที่สุด จากการศึกษาของไพบุลย์ สุขเจตน์ และคณะ (2563) กล่าวว่า การปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำลังประสบกับปัญหาการพัฒนาการเป็นไปอย่างเชื่องช้าจนไม่สามารถเข้าถึงประชาชน อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัญหาด้านความขัดแย้งจนส่งผลให้ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในท้องถิ่น ทำให้ไม่สามารถสร้างความไว้วางใจหรือความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะในด้านการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่มีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับประคอง มาโต และคณะ (2565) ที่อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความนิยมทางการเมืองว่าการทำประโยชน์และการช่วยเหลือประชาชน การเข้าถึงประชาชนจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดความนิยมในตัวของนักการเมืองได้ มีความเป็นไปได้ว่าการขาดการมีส่วนร่วมในชุมชนและปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความไว้วางใจต่อนักการเมืองในระดับต่ำ

2.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนต่อไปนี้เป็นารแสดงถึงผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน โดยมีประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อคำถาม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 22 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน

ลำดับ	ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1	การขอความช่วยเหลือขณะอยู่ในที่สาธารณะ ภายในชุมชน	3.72	0.87	ปานกลาง
2	การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านให้ดูแล	3.78	0.86	ปานกลาง

ลำดับ	ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
3	ผู้สูงอายุเมื่อมีความจำเป็น ความมั่นใจในการได้รับกระเป๋าคืนเมื่อทำ หาย	2.67	1.07	น้อย
4	การได้รับแจ้งจากคนขายเมื่อได้รับเงินทอน ไม่ถูกต้องจากคนขาย	3.81	0.86	ปานกลาง
5	สินค้าที่มีคุณภาพเหมาะสมกับราคาที่จ่าย	3.58	0.90	ปานกลาง
6	การให้ความช่วยเหลือตอบแทนกลับไปเสมอ	3.90	0.90	ปานกลาง
7	คนในชุมชนทิ้งขยะในบริเวณที่กำหนดไว้	3.83	0.87	ปานกลาง
8	การร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือกันและ กันของคนในชุมชน	3.81	0.91	ปานกลาง
9	ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ดี ผู้คนรักใคร่ ปรองดองกันและคอยช่วยเหลือกัน	3.80	0.90	ปานกลาง
10	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของรัฐในสังคมไทย ไม่มีการติดสินบน	2.35	1.03	น้อย
11	เจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐช่วยให้ความรู้สึก ปลอดภัยในชีวิต	3.45	0.87	ปานกลาง
12	นโยบายของรัฐบาลเอื้อประโยชน์แก่ ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน	3.11	1.00	ปานกลาง
13	ไม่มีการเชิงคิวนในที่สาธารณะในสังคมไทย	2.15	0.93	น้อย
รวม		3.38	0.92	ปานกลาง

จากตาราง 22 พบว่าทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.92 อีกทั้งยังมีค่าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาถึงองค์ประกอบของการเกื้อกูลกันพบว่า การให้ความช่วยเหลือตอบแทนกลับไปเสมอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.90 รองลงมาคือคนในชุมชนทิ้งขยะในบริเวณที่กำหนดไว้ มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.87 และการร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือกันและกันของคนในชุมชน เท่ากับ 3.81 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.91 ตามลำดับ ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีระดับของทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันในระดับปานกลาง

2.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนต่อไปเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 23 ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

ลำดับ	ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1	การมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่พร้อมรับฟังเรื่องทุกข์ใจเสมอ	4.02	0.87	มาก
2	การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่อยู่ใกล้เคียง	3.76	0.96	ปานกลาง
3	มีการรวมกลุ่มเพื่อพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำ	3.63	0.92	ปานกลาง
4	มีการติดต่อสื่อสารกับญาติที่อาศัยอยู่ไกลกันผ่านโทรศัพท์หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นประจำ	3.88	0.91	ปานกลาง
5	การเข้าร่วมพูดคุยหรือส่งข้อความหาเพื่อนในกลุ่มหรือสังคมออนไลน์เป็นประจำ	3.61	0.98	ปานกลาง
6	การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุผ่านทางสังคมออนไลน์เป็นประจำ	3.55	0.93	ปานกลาง
7	บุคลากรทางการแพทย์ เช่น หมอและ	4.01	0.80	มาก

ลำดับ	ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทาง เครือข่ายสังคม	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
	พยาบาลให้ข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่าง สม่ำเสมอ			
8	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้ติดตามและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาใน การดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำ	3.94	0.86	ปานกลาง
9	อบต./เทศบาลส่งเสริมให้มีการเข้าร่วม กิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับการดูแล ผู้สูงอายุ	3.68	0.84	ปานกลาง
10	ความสามารถในการติดต่อหน่วยงานภาครัฐ ผ่านทางสังคมออนไลน์ได้เมื่อต้องการความ ช่วยเหลือ	3.45	0.92	ปานกลาง
	รวม	3.75	0.90	ปานกลาง

จากตาราง 23 พบว่าทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.90 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นได้พบว่าการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยการมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่พร้อมรับฟังเรื่องทุกข์ใจเสมอ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.87 รองลงมาคือบุคลากรทางการแพทย์ เช่น หมอและพยาบาลให้ข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.80 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 ตามลำดับ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของทุนทางสังคมทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถอธิบายได้ว่าค่าเฉลี่ยของทั้ง 3 องค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมมีค่าเฉลี่ยรวมมากที่สุด ต่อมาคือทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ และทุนทางสังคมทางด้านการเกื้อกูลกัน ตามลำดับ โดยตัวแสดงครอบครัวมีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในองค์ประกอบทุนทางสังคมด้านความ

ไว้วางใจและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ข้อค้นพบที่อาจจะเกิดได้คือผู้ดูแลในครอบครัวมีการติดต่อสื่อสารและได้รับการสนับสนุนความช่วยเหลือจากครอบครัวมากที่สุดและยังให้ความไว้วางใจบุคคลในครอบครัวมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นครอบครัวอาจจะเป็นตัวแสดงที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อผู้ดูแลในครอบครัวและเป็นประเด็นที่การศึกษานี้จะนำมาเสนอต่อไป

ส่วนที่ 3 การเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว

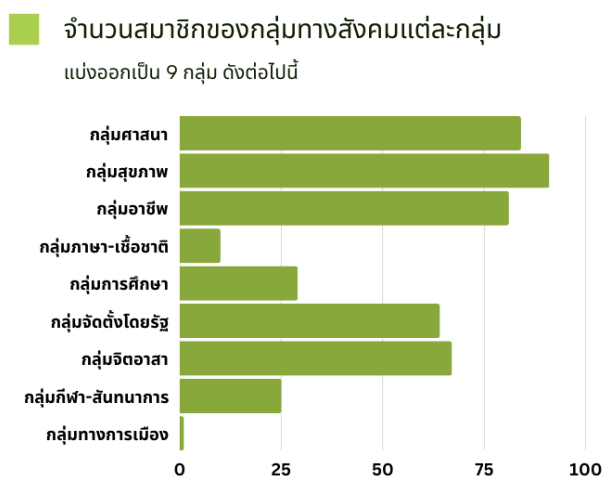
ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะอธิบายถึงข้อมูลการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัว โดยในการศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มทางสังคมออกเป็น 9 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มศาสนา 2. กลุ่มสุขภาพ 3. กลุ่มอาชีพ 4. กลุ่มภาษา-เชื้อชาติ 5. กลุ่มการศึกษา 6. กลุ่มการจัดตั้งโดยรัฐ 7. กลุ่มจิตอาสา 8. กลุ่มกีฬา-สันทนาการ และ 9. กลุ่มทางการเมือง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 24 แสดงการเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่ม

กลุ่ม	เป็นสมาชิก		ไม่เป็นสมาชิก		รวม
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
1 กลุ่มศาสนา	84	21%	316	79%	400
2 กลุ่มสุขภาพ	91	22.75%	309	77.25%	400
3 กลุ่มอาชีพ	81	20.25%	319	79.75%	400
4 กลุ่มภาษา-เชื้อชาติ	10	2.5%	390	97.5%	400
5 กลุ่มการศึกษา	29	7.25%	371	92.75%	400
6 กลุ่มจัดตั้งโดยรัฐ	64	16%	336	84%	400
7 กลุ่มจิตอาสา	67	16.75%	333	83.25%	400
8 กลุ่มกีฬา-สันทนาการ	25	6.25%	375	93.75%	400
9 กลุ่มทางการเมือง	7	1.75%	393	98.25%	400

จากตาราง 24 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสมาชิกมากที่สุดคือกลุ่มที่มีวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.75 รองลงมาคือกลุ่มวัตถุประสงค์ด้านศาสนา มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21 และกลุ่มวัตถุประสงค์ด้านอาชีพ มีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.25 ตามลำดับ และกลุ่มที่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสมาชิกน้อยที่สุดคือ กลุ่มทางการเมือง มีจำนวนทั้งสิ้น 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75

ภาพ 14 จำนวนสมาชิกของกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่ม



จากภาพ 14 ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทางสังคมที่มีจำนวนสมาชิกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ กลุ่มสุขภาพ กลุ่มทางศาสนา และกลุ่มอาชีพ จากการเก็บข้อมูลพบว่าสมาชิกของทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะการเข้าร่วมกิจกรรมและการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกภายในกลุ่มที่ค่อนข้างตรงกันหลายประเด็น ซึ่งสามารถแบ่งออกได้ดังต่อไปนี้

1. ด้านการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ของทั้ง 3 กลุ่ม เป็นสมาชิกกลุ่มในแต่ละประเภทอย่างละ 1 กลุ่มและมีการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นบางครั้งมากที่สุด โดยรูปแบบของกลุ่มจะเป็นรูปแบบการพบหน้ากันมากที่สุด และเป็นรูปแบบสังคมออนไลน์น้อยที่สุด แต่ในขณะเดียวกันรูปแบบของกลุ่มทั้ง 2 รูปแบบคือการพบหน้ากันและสังคมออนไลน์มีจำนวนมากเป็นอันดับสอง ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มยังคงเป็นกิจกรรมที่มีการพบปะกันแบบซึ่งหน้า แต่ด้วยปัจจัยหลายอย่างี่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การพัฒนาของเทคโนโลยี รวมไปถึงโรคระบาด ทำให้มีการพัฒนารูปแบบของการเข้าร่วมกลุ่มเป็นแบบผสมผสานมากขึ้น กล่าวคือสมาชิกกลุ่มมีการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งแบบเห็นหน้าและในสังคมออนไลน์ต่าง ๆ

2. การติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่ม พบว่าส่วนใหญ่แล้วจะมีหน้าที่เป็นสมาชิกกลุ่มมากที่สุด รองลงมาคืออาสาสมัคร โดยเฉลี่ยแล้วมีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ เป็นบางครั้งมากที่สุด และจะติดต่อสื่อสารผ่านทาง การพูดคุยแบบเห็นหน้ามากที่สุด และรองลงมาคือผ่านโทรศัพท์ และผ่านสังคมออนไลน์ ตามลำดับ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้คือการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์และสังคมออนไลน์มีจำนวนค่อนข้างใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้นอาจจะอธิบายได้ว่าการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกกลุ่มยังคงเน้นไปที่การพูดคุยแบบพบหน้ากันมากกว่าการพูดคุยกันผ่านทางเทคโนโลยี

ต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลในครอบครัวที่ค่อนข้างมีอายุและอาจจะขาดความรู้ความเข้าใจในเทคโนโลยีสมัยใหม่ จึงยังคงให้ความสำคัญไปที่การติดต่อสื่อสารกันแบบเห็นหน้าอยู่

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมต่างๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถสรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมอย่างน้อย 1 กลุ่ม ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในกลุ่มและมีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ เป็นบางครั้ง ทั้งช่องทางการพบหน้ากันและออนไลน์ ทั้งนี้การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาว่างเพื่อไปเข้าร่วมกิจกรรมและพบปะพูดคุยกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ ได้เท่าที่ต้องการ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ ได้ และถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ มากขึ้น เช่นทางสังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ก (Facebook) ไลน์ แอปพลิเคชัน (Line Application) แต่ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ก็ยังต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ผ่านการพบหน้ามากกว่าผ่านสังคมออนไลน์

ส่วนที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนต่อไปผู้วิจัยจะอธิบายเกี่ยวกับผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1.ด้านสุขภาพกาย 2.ด้านสุขภาพจิต 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม โดยจะแสดงผลค่าเฉลี่ยและระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 25 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิต

ลำดับ	คุณภาพชีวิต	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1.	ความพึงพอใจต่อสุขภาพในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	3.87	0.76	ปานกลาง
2.	การดูแลผู้สูงอายุไม่ทำให้เกิดการเจ็บปวดทางร่างกาย	2.5	0.94	น้อย
3	การมีพละกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่าง	3.72	0.77	ปานกลาง

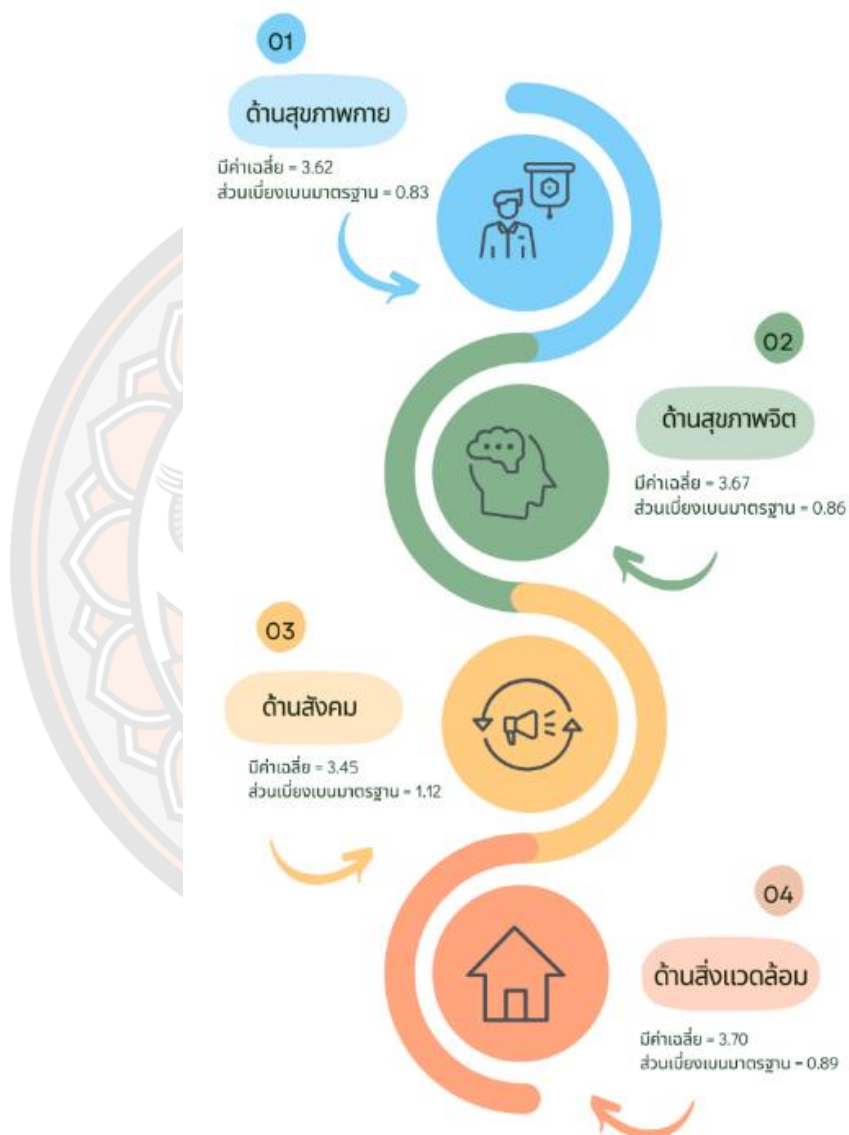
ลำดับ	คุณภาพชีวิต	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
	ๆ ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี ทั้งการดูแล ผู้สูงอายุและการดำเนินกิจกรรมประจำวัน			
4	ความสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่าง เพียงพอ	3.60	0.80	ปานกลาง
5	ความรู้สึกพอใจมากที่สามารถดูแลผู้สูงอายุ และดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นในแต่ละวัน	3.84	0.78	ปานกลาง
6	การไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาและการ รักษาพยาบาลเป็นประจำเพื่อการดำรงชีวิตใน แต่ละวัน	2.65	1.09	น้อย
7	ความพึงพอใจในศักยภาพของตนเองที่ สามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้อย่าง เต็มที่	3.95	0.78	ปานกลาง
8	การสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้เป็น อย่างดี	3.99	0.86	ปานกลาง
9	การมีความสุข ความสงบ มีความหวังในการ ดำเนินชีวิต	3.93	0.81	ปานกลาง
10	การมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี	3.86	0.84	ปานกลาง
11	ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	3.98	0.78	ปานกลาง
12	การยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้	4.02	0.85	มาก
13	การไม่มีความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลเป็นประจำ	3.32	1.30	ปานกลาง
14	ชีวิตมีความหมาย มีกำลังใจในการดำรงชีวิต เสมอ	3.84	0.80	ปานกลาง
15	ความพึงพอใจต่อการผูกมิตรกับผู้อื่นและ ทักษะการเข้าสังคมเป็นอย่างมาก	3.80	0.81	ปานกลาง
16	การได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในดูแล	3.68	0.89	ปานกลาง

ลำดับ	คุณภาพชีวิต	ระดับความคิดเห็น		
		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
17	ผู้สูงอายุจากเพื่อนเสมอ การสามารถจัดการกับความต้องการทางเพศ ได้เป็นอย่างดี	3.66	1.08	ปานกลาง
18	ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยเป็นอย่างดี	3.83	0.81	ปานกลาง
19	ความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัย อยู่	3.89	0.82	ปานกลาง
20	การมีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายในเรื่องที่ จำเป็น	3.20	1.048	ปานกลาง
21	ความพึงพอใจต่อการให้บริการทางด้าน สาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็น	3.82	0.79	ปานกลาง
22	การมีเวลาสำหรับการติดตามข่าวสารที่จำเป็น ในชีวิตประจำวันเสมอ	3.68	0.89	ปานกลาง
23	ความพึงพอใจกับการคมนาคมในชุมชนและ พื้นที่ใกล้เคียง	3.66	0.82	ปานกลาง
24	การสามารถหาเวลาว่างในการพักผ่อนคลาย เครียดในแต่ละวันได้	3.67	0.86	ปานกลาง
25	สภาพแวดล้อมที่ดีและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ	3.19	1.26	ปานกลาง
26	ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ใน ฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	3.73	0.87	ปานกลาง
รวม		3.65	0.89	ปานกลาง

จากตาราง 25 จะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.65 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ = 0.89 โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน คือประกอบไปด้วย 1. ด้านสุขภาพกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม จะพบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

ค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านจิตใจ สุขภาพกาย และด้านสังคม ตามลำดับ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาพ 15)

ภาพ 15 ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตแยกออกเป็น 4 ด้าน



ที่มา: ผู้วิจัย, 2566

จากภาพ 15 จะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 3.70 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 ต่อมาคือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.83 และคุณภาพชีวิตด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.12 ตามลำดับ และสามารถอธิบายรายละเอียดในแต่ละด้านได้ ดังต่อไปนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพกาย พบว่าการยอมรับหน้าตาตัวเองได้มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.02 รองลงมาคือความพึงพอใจในตนเอง และมีสมาธิทำงานต่าง ๆ ได้ดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้ามการดูแลผู้สูงอายุไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางด้านร่างกายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.50 และยังรวมถึงมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในข้อคำถามด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้สูงที่การ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความเจ็บปวดทางร่างกายเป็นอย่างมาก ซึ่งมีการศึกษามากมายที่อธิบายถึงการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เกิดมาจากการต้องใช้ร่างกายอย่างหนักในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การยกตัวเพื่อทำความสะอาดและการอุ้มหรือแบกเพื่อเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ (Reinhard et al., 2018; ชยุดรา สุทธิลักษณ์ et al., 2562; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554)

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

จากข้อมูลพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเดินทาง ไปยังสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตัวเองเป็นอย่างดีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.99 รองลงมาคือความพึงพอใจในศักยภาพของตนเองที่สามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 และการมีความสุข ความสงบ มีความหวังในการดำเนินชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ตามลำดับ ข้อค้นพบสำคัญอีกประการหนึ่งคือการไม่จำเป็นต้องพึ่งพายาและการรักษาพยาบาลเป็นประจำเพื่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในกลุ่ม นั้นหมายถึงผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องมีการพึ่งพายาและการรักษาพยาบาลในการดำรงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางด้านร่างกายในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และมีค่าเฉลี่ยน้อยเป็นอันดับสองข้อคำถามด้านคุณภาพชีวิตทั้งหมด

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคม

ในส่วนนี้พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวระบุว่าชีวิตของตนเป็นชีวิตมีความหมาย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่เสมอ ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 3.84 ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อทางสังคมไทยที่ว่า การได้ดูแลบิดามารดา หรือผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีและพึงปฏิบัติ และอาจจะส่งผลให้รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดในด้านสังคม พบว่ามี

สภาพแวดล้อมที่ดีและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.19 สามารถอธิบายได้ว่าการมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น บ้านเรือนที่อาศัยจะส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวได้

4. คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่พักอาศัยอยู่มากที่สุด ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 รองลงมาคือ การยอมรับว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 และความพึงพอใจต่อการให้บริการทางด้านสาธารณสุขเมื่อมีความจำเป็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 ตามลำดับ ประเด็นที่น่าสนใจคือข้อมูลด้านเงินของผู้ดูแลในครอบครัวแสดงว่ามีเงินไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็น ซึ่งมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในกลุ่มเท่ากับ 3.20 ซึ่งสอดคล้องกับภาพ 9 ที่ได้แสดงไว้ข้างต้นที่แสดงรายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลในครอบครัวที่พบว่ารายได้ของผู้ดูแลในครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ และอาจจะส่งผลให้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาทั้งหมดข้างต้น สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความรับผิดชอบและปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี การดูแลจัดการเรื่องภายในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนและการดูแลบุตร/ธิดา รวมไปถึงปัญหาสุขภาพร่างกายของตนเอง ทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสิ้น เมื่อพิจารณาถึงระดับของทุนทางสังคมและระดับของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะพบว่าทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลผลที่ได้ปรากฏว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีระดับทุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือทั้งหมดมีค่าเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 3.59 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.89 และมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางเช่นกัน โดยรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านเท่ากับ 3.65 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.90 กล่าวคือผู้ดูแลในครอบครัวมีระดับของทุนทางสังคมและระดับของคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน

ตอนที่ 2 การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย

ในตอนที่ 2 นี้จะเป็นการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

1. ตัวแปรในการศึกษา

ตัวแปรในการศึกษาได้มาจากการข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บมาจากกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ตัวประกอบ หรือ Factor Analysis เพื่อรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งข้อคำถามในแบบสอบถามแบ่งออกเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทุนทางสังคมทั้งหมด 38 ข้อ และเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้งหมด 26 ข้อ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก ก)

หลังจากทำการวิเคราะห์ตัวประกอบแล้วพบว่าการศึกษานี้มีตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ทั้งหมด 13 ตัวแปร ประกอบไปด้วยตัวแปรต้น 8 ตัวแปรและตัวแปรตาม 5 ตัวแปร โดยจะใช้สัญลักษณ์แทนตัวแปรต้นแต่ละตัวคือ X1 – X8 และสัญลักษณ์แทนตัวแปรตามแต่ละตัวคือ Y1 – Y5 ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละตัวแปรดังตารางต่อไปนี้

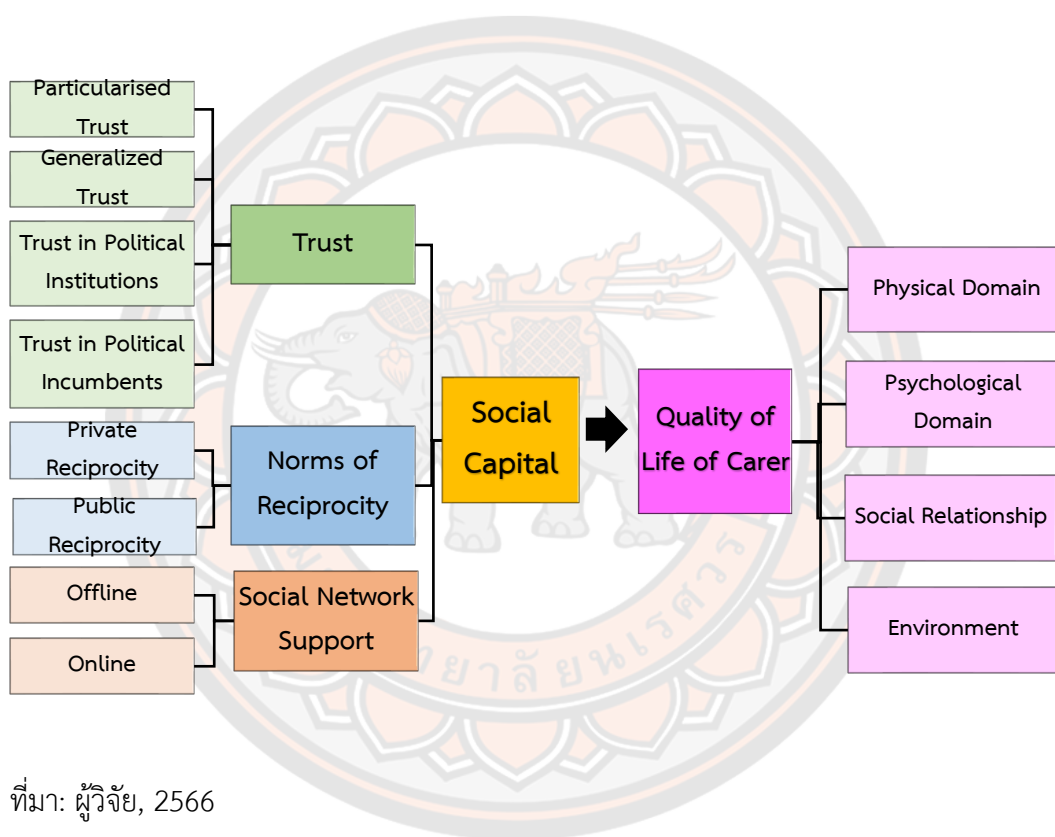
ตาราง 26 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษา

ชื่อตัวแปร	สัญลักษณ์	คำถามข้อที่ถูกลำดับ
ตัวแปรต้น		
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป	X ₁	1,2,3,4
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง	X ₂	4,5,6
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง	X ₃	8,11,13,14,15
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง	X ₄	7,9,10,12
ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว	X ₅	1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12
ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม	X ₆	10,13
ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า	X ₇	3,4,5,6,10
ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า	X ₈	1,2,7,8,9
ตัวแปรตาม		
คุณภาพชีวิต	Y ₁	1-26
คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย	Y ₂	2,3,4,10,11,12,24
คุณภาพชีวิตด้านสภาพจิตใจ	Y ₃	5,6,7,8,9,23
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	Y ₄	13,14,25
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	Y ₅	15,16,17,18,19,20,21,22

จากตาราง 26 จะพบว่าผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สร้างตัวแปรใหม่หรือองค์ประกอบใหม่ขึ้นมาภายใต้ตัวแปรที่กำหนดไว้เดิม มาวิเคราะห์ข้อคำถามในแบบสอบถามเพื่อให้สามารถระบุตัวแปร

ที่จะนำศึกษาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น จากที่ได้อธิบายไปในข้างต้นหลังจากผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและสกัด (Extract) ข้อคำถามในแบบสอบถามเพื่อหาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาพบว่าสามารถสร้างตัวแปรในการศึกษาใหม่ได้จำนวน 13 ตัวแปร ประกอบไปด้วยตัวแปรต้น 8 ตัวแปรและตัวแปรตาม 5 ตัวแปร ส่งผลให้กรอบแนวคิด (Framework) ของการศึกษานี้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ภาพ 6) และสามารถสร้างกรอบแนวคิดใหม่ ได้ดังต่อไปนี้ (ภาพ 16)

ภาพ 16 กรอบแนวคิดใหม่จากการวิเคราะห์องค์ประกอบแบบสำรวจ



ที่มา: ผู้วิจัย, 2566

2. สมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ประกอบไปด้วยสมมติฐานการวิจัยหลักและสมมติฐานการวิจัยย่อย ดังต่อไปนี้

สมมติฐานการวิจัยหลัก ทฤษฎีทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1 ทฤษฎีทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2 ทฤษฎีทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3 ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4 ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยสถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Coefficient of Determination: R^2) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้เทคนิคการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ enter

การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยหลัก

สมมติฐานการวิจัยหลัก ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทูทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค enter ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลทดสอบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 27 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทูทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)

	Y_1	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y_1	1.00								
X_1	.514*	1.00							
X_2	.553*	.558*	1.00						
X_3	.368*	.615*	.489*	1.00					
X_4	.547*	.462*	.492*	.488*	1.00				
X_5	.459*	.578*	.484*	.672*	.516*	1.00			
X_6	.357*	.328*	.389*	.233*	.197*	.000*	1.00		
X_7	.347*	.343*	.338*	.377*	.213*	.392*	.267*	1.00	

	Y ₁	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
X ₈	.543*	.459*	.552*	.481*	.527*	.539*	.372*	.000*	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 27 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าไม่เกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ตรงพหุ (Multicollinearity) โดยคุณภาพชีวิต (Y₁) มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X₂) มากที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.553 รองลงมาคือทุนทางสังคมความไว้วางใจเจ้าหน้าที่ทางการเมือง (X₄) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.547 และลำดับต่อมาคือทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X₈) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.543 ทั้งนี้มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X₇) น้อยที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.347

ตาราง 28 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิต

	SS	Df	MS	F	Sig.
Regression	31244.660	8	3905.583	47.190	.000*
Residual	32360.137	391	82.762		
Total	63604.798	399			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 28 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H₀) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H₁) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 29 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X₁-X₈) และคุณภาพชีวิต (Y₁)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	72.234	6.105		11.831	.000*
X ₁	1.093	.288	.197	3.793	.000*

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
X ₂	.994	.321	.157	3.102	.002*
X ₃	-.793	.214	-.201	-3.704	.000*
X ₄	.946	.329	.134	2.876	.004*
X ₅	.848	.815	.067	1.040	.299
X ₆	.854	.610	.068	1.399	.162
X ₇	2.886	.602	.229	4.796	.000*
X ₈	4.170	.737	.330	5.654	.000*

Multiple R = .701^a R Square = .491 Adjusted R Square= .481 Std. Error = 9.09739

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 29 ผลการวิเคราะห์พบว่า ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับค่อนข้างสูง ($R=0.701$) สามารถอธิบายความแปรผันที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 49.1 ($R^2=0.491$) โดยทูทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X_8) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=4.170$ ด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_7) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=2.886$ ด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=1.093$ ด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=.994$ ด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง (X_4) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=.946$ แต่ในทางตรงกันข้ามทูทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง (X_3) กลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต $B= -.793$ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 72.234 + 1.093X_1 + .994X_2 - .793X_3 + .946X_4 + 2.886X_7 + 4.170X_8$$

การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1 ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทูทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค enter ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลทดสอบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 30 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Y_2)

	Y_2	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y_2	1.00								
X_1	.324*	1.00							
X_2	.319*	.558*	1.00						
X_3	.120*	.615*	.489*	1.00					
X_4	.276*	.462*	.492*	.488*	1.00				
X_5	.239*	.578*	.484*	.672*	.516*	1.00			
X_6	.200*	.328*	.389*	.233*	.197*	.000*	1.00		
X_7	.144*	.343*	.338*	.377*	.213*	.392*	.267*	1.00	
X_8	.320*	.459*	.552*	.481*	.527*	.539*	.372*	.000*	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 30 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าไม่เกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีปัญหาร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Y_2) มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มากที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.324 รองลงมาคือทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.320ลำดับต่อมาคือทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.319 และมีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง (X_3) น้อยที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.120

ตาราง 31 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย

	SS	Df	MS	F	Sig.
Regression	850.748	8	106.344	12.235	.000*
Residual	3398.442	391	8.692		
Total	4249.190	399			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 31 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 32 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Y_2)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	21.594	1.979		10.914	.000*
X_1	.341	.093	.238	3.653	.000*
X_2	.165	.104	.101	1.584	.114
X_3	-.312	.069	-.306	-4.503	.000*
X_4	.186	.107	.102	1.745	.082
X_5	.204	.264	.063	.774	.439
X_6	.117	.198	.036	.590	.555
X_7	.288	.195	.088	1.477	.141
X_8	.659	.239	.202	2.757	.006*

Multiple R = .447 R Square = .200 Adjusted R Square = .184 Std. Error = 2.94816

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 32 ผลการวิเคราะห์พบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับปานกลาง ($R=0.447$) สามารถอธิบาย

ความแปรผันที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 20.0 ($R^2=0.200$) โดยทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย $B=0.659$ ด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย $B=0.341$ ในทางตรงกันข้ามทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง (X_3) กลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต $B=-0.312$ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 21.594 + 0.341X_1 - 0.312X_3 + 0.659X_8$$

การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2 ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค enter ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลทดสอบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 33 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (Y_3)

	Y_3	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y_3	1.00								
X_1	.389*	1.00							
X_2	.485*	.558*	1.00						
X_3	.243*	.615*	.489*	1.00					
X_4	.411*	.462*	.492*	.488*	1.00				
X_5	.283*	.578*	.484*	.672*	.516*	1.00			
X_6	.330*	.328*	.389*	.233*	.197*	.000*	1.00		
X_7	.195*	.343*	.338*	.377*	.213*	.392*	.267*	1.00	
X_8	.471*	.459*	.552*	.481*	.527*	.539*	.372*	.000*	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 33 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าไม่เกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีปัญหาร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (Y_3) มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) มากที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.485 รองลงมาคือทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.471 และลำดับต่อมาคือทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง (X_4) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.411 และมีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X_7) น้อยที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.195

ตาราง 34 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต

	SS	Df	MS	F	Sig.
Regression	1929.051	8	241.131	26.575	.000*
Residual	3547.746	391	9.074		
Total	5476.797	399			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 34 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (Y_3)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	14.587	2.022		7.216	.000*
X_1	.248	.095	.152	2.601	.010*
X_2	.400	.106	.216	3.773	.000*
X_3	-.224	.071	-.193	-3.157	.002*

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
X ₄	.354	.109	.171	3.249	.001*
X ₅	-.297	.270	-.080	-1.100	.272
X ₆	.225	.202	.061	1.116	.265
X ₇	.450	.199	.121	2.257	.025*
X ₈	1.133	.244	.306	4.640	.000*

Multiple R = .593^a R Square = .352 Adjusted R Square = .339 Std. Error = 3.01223

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 35 ผลการวิเคราะห์พบว่า ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับค่อนข้างสูง ($R=0.593$) สามารถอธิบายความแปรผันที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 35.2 ($R^2=0.352$) โดยทูทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต $B=1.133$ ด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X_7) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต $B=0.450$ ด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต $B=0.400$ ด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง (X_4) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต $B=0.354$ ด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต $B=0.248$ แต่ในทางตรงกันข้ามทูทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง (X_3) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในทางลบ $B= -0.224$ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 14.587 + 0.248X_1 + 0.400X_2 - 0.224X_3 + 0.354X_4 + 0.450X_7 + 1.133X_8$$

การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3 ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทูทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทูทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค enter ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลทดสอบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 36 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Y_4)

	Y_4	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y_4	1.00								
X_1	.517*	1.00							
X_2	.502*	.558*	1.00						
X_3	.412*	.615*	.489*	1.00					
X_4	.388*	.462*	.492*	.488*	1.00				
X_5	.512*	.578*	.484*	.672*	.516*	1.00			
X_6	.317*	.328*	.389*	.233*	.197*	.000*	1.00		
X_7	.426*	.343*	.338*	.377*	.213*	.392*	.267*	1.00	
X_8	.469*	.459*	.552*	.481*	.527*	.539*	.372*	.000*	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 36 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าไม่เกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีปัญหาร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) โดยคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Y_4) มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มากที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.517 รองลงมาคือทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว (X_5) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.512 ลำดับต่อมาคือทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจเฉพาะเจาะจง (X_2) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.502 และมีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) น้อยที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.052 ทั้งนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Y_4) มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม (X_6) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.317

ตาราง 37 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม

	SS	Df	MS	F	Sig.
Regression	830.974	8	103.872	41.195	.000*
Residual	985.904	391	2.521		
Total	1816.877	399			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 37 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 38 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Y_4)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	9.355	1.066		8.779	.000*
X_1	.178	.050	.190	3.533	.000*
X_2	.107	.056	.100	1.910	.057
X_3	-.087	.037	-.131	-2.338	.020*
X_4	.010	.057	.009	.179	.858
X_5	.409	.142	.192	2.875	.004*
X_6	.162	.106	.076	1.525	.128
X_7	.595	.105	.279	5.664	.000*
X_8	.541	.129	.254	4.203	.000*

Multiple R = .676 R Square = .457 Adjusted R Square = .446 Std. Error = 1.58792

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 38 ผลการวิเคราะห์พบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับค่อนข้างสูง ($R=0.676$) สามารถอธิบายความแปร

พื้นที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.7 ($R^2=0.457$) โดยทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X_7) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม $B=0.595$ ด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม $B=0.541$ ด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว (X_5) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม $B=0.409$ ด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X_1) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสังคม $B=0.178$ และในทางตรงกันข้ามทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง (X_3) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในทางลบ $B= -0.087$ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 9.355 + 0.178X_1 - 0.087X_3 + 0.409X_5 + 0.595X_7 + 0.541X_8$$

การพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4

สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4 ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ การวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยด้วยเทคนิค enter ใช้ระดับความเชื่อมั่น 95 % ดังนั้นจะปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) ก็ต่อเมื่อค่า Sig. ที่ได้มีค่าน้อยกว่า 0.05 ซึ่งผลทดสอบดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 39 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Y_5)

	Y_5	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y_5	1.00								
X_1	.499*	1.00							
X_2	.531*	.558*	1.00						
X_3	.437*	.615*	.489*	1.00					
X_4	.477*	.462*	.492*	.488*	1.00				

	Y ₅	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈
X ₅	.504*	.578*	.484*	.672*	.516*	1.00			
X ₆	.327*	.328*	.389*	.233*	.197*	.000*	1.00		
X ₇	.391*	.343*	.338*	.377*	.213*	.392*	.267*	1.00	
X ₈	.520*	.459*	.552*	.481*	.527*	.539*	.372*	.000*	1.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 39 พบว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าไม่เกิน 0.80 แสดงว่าตัวแปรทุกตัวไม่มีปัญหาเรื่องเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Y₅) มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X₂) มากที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.531 รองลงมาคือทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X₈) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.520 ลำดับต่อมาคือทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว (X₅) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.504 และมีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม (X₆) น้อยที่สุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.327

ตาราง 40 แสดงผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเพื่อการวิเคราะห์การถดถอยพหุกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม

	SS	Df	MS	F	Sig.
Regression	3937.685	8	492.211	43.893	.000*
Residual	4384.592	391	11.214		
Total	8322.278	399			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 40 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H₀) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H₁) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 41 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม (X₁-X₈) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Y₅)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	20.630	2.247		9.180	.000*
X ₁	.239	.106	.119	2.255	.025*
X ₂	.273	.118	.119	2.312	.021*
X ₃	-.112	.079	-.079	-1.425	.155
X ₄	.322	.121	.126	2.662	.008*
X ₅	.504	.300	.110	1.679	.094
X ₆	.275	.225	.060	1.223	.222
X ₇	1.155	.221	.253	5.213	.000*
X ₈	1.321	.271	.289	4.868	.000*

Multiple R = .688 R Square = .473 Adjusted R Square = .462 Std. Error = 3.34870

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 41 ผลการวิเคราะห์พบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับค่อนข้างสูง (R=0.688) สามารถอธิบายความแปรผันที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 47.3 (R²=0.473) โดยทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X₈) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม B=1.321 ด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า (X₇) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม B=1.155 ด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง (X₄) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม B= 0.322 ด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X₂) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม B=0.273 และด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป (X₁) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม B=0.239 โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$\hat{Y} = 20.630 + 0.239X_1 + 0.273X_2 + 0.322X_4 + 1.155X_7 + 1.321X_8$$

จากการทดสอบสมมติฐานหลักและสมมติฐานย่อยทั้งหมด 5 สมมติฐานข้างต้น สามารถนำมาสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ดังต่อไปนี้

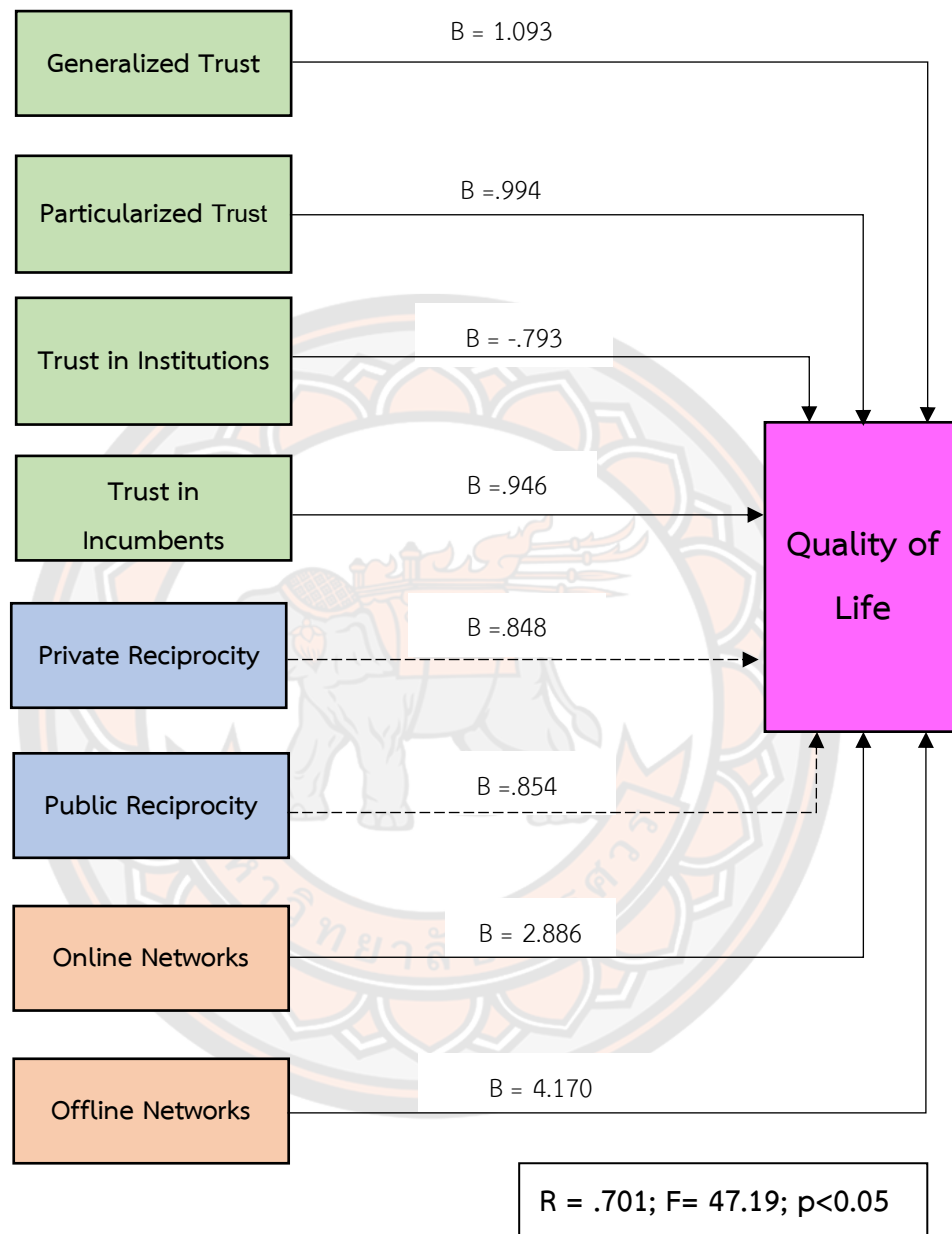
ตาราง 42 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

Factors (n=400)	(Y ₁)		(Y ₂)		(Y ₃)		(Y ₄)		(Y ₅)	
	B	t	B	t	B	t	B	t	B	t
constant	72.23 4	11.831 (p=.000)	21.59 4	10.914 (p=.000)	14.587	7.216 (p=.000)	9.355	8.779 (p=.000)	20.63 0	.9.180 (p=.000)
(X ₁)	1.093	3.793 (p=.000)	.341	3.653 (p=.000)	.248	2.601 (p=.010)	.178	3.533 (p=.000)	.239	2.255 (p=.025)
(X ₂)	.994	3.102 (p=.002)	.165	1.584 (p=.114)	.400	3.773 (p=.000)	.107	1.910 (p=.057)	.273	2.312 (p=.021)
(X ₃)	-.793	-3.704 (p=.000)	-.312	-4.503 (p=.000)	-.224	-3.157 (p=.002)	-.807	-2.338 (p=.020)	-.112	-1.425 (p=.155)
(X ₄)	.946	2.876 (p=.004)	.186	1.745 (p=.082)	.354	3.249 (p=.001)	.010	.179 (p=.858)	.322	2.662 (p=.008)
(X ₅)	.848	1.040 (p=.299)	.204	.774 (p=.439)	-.297	-1.100 (p=.272)	.409	2.875 (p=.004)	.504	1.679 (p=.094)
(X ₆)	.854	1.399 (p=.162)	.117	.590 (p=.555)	.225	1.116 (p=.265)	.162	1.525 (p=.128)	.275	1.223 (p=.222)
(X ₇)	2.886	4.796 (p=.000)	.288	1.477 (p=.141)	.450	2.257 (p=.025)	.595	5.664 (p=.000)	1.155	5.213 (p=.000)
(X ₈)	4.170	5.654 (p=.000)	.659	2.757 (p=.006)	1.133	4.640 (p=.000)	.541	4.203 (p=.000)	1.321	4.868 (p=.000)
R =	.701		.447		.593		.676		.688	
F=	47.190 (sig=.000)		12.235 (p=.000)		26.575 (p=.000)		41.195 (p=.000)		43.893 (p=.000)	
R ² =	.491		.200		.352		.446		.473	

p-value < 0.05

จากตาราง 42 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเห็นได้ว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับที่ค่อนข้างสูง คือ β มีค่าเท่ากับ 0.701 และเมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตแบบแยกเป็นแต่ละด้านก็จะพบว่าจะมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางจนไปถึงระดับที่ค่อนข้างสูง โดยทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด รองลงมาคือด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านร่างกายตามลำดับ

ภาพ 17 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต



$$Y = 72.234 + 1.093X_1 + .994X_2 - .793X_3 + .946X_4 + 2.886X_7 + 4.170X_8$$

- > มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม
- -> ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ดังนั้นการศึกษานี้จึงสามารถพิสูจน์สมมติฐานการวิจัยและสรุปผลได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 43 สรุปการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐาน	ผลการทดสอบ	ข้อสรุป
สมมติฐาน		
สมมติฐานการวิจัยหลัก	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย (H_1)	ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 1	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย (H_1)	ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 2	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย (H_1)	ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 3	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย (H_1)	ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
สมมติฐานการวิจัยย่อยที่ 4	ยอมรับสมมติฐานการวิจัย (H_1)	ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 43 สรุปได้ว่าผลของการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่าการปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) ทั้งหมด กล่าวคือทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในภาพรวม และยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอธิบายได้ว่าการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถทำได้โดยการสนับสนุนให้เกิดการสะสมทุนทางสังคมผ่านการสร้างความไว้วางใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทั้งบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน คนในชุมชนรวมไปถึงเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมนี้สามารถเป็นไปได้ทั้งในรูปแบบของการพบหน้ากัน และแบบสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าตัวแสดงครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก

โดยสรุป ในบทที่ 4 นี้ผู้วิจัยมีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูล โดยเป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงพรรณนาและการพิสูจน์สมมติฐานการวิจัย อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะทำการอภิปรายผลความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว ในบทต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงปัญหาและผลกระทบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมไปถึงลักษณะคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว รายละเอียดดังบทที่ 5 ต่อไปนี้



บทที่ 5

ผู้ดูแลในครอบครัว

ในบทนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ ปัญหาและผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับมือจากการดูแลผู้สูงอายุได้ชัดเจนและเห็นภาพมากยิ่งขึ้น โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ 1. ลักษณะและบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว 2. ปัญหาจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว และ 3. หน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะและบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอธิบายถึงลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวรวมถึงไปถึงบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ เพื่อต้องการแสดงให้เห็นภาพของผู้ดูแลในครอบครัวได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวถือได้ว่าเป็นบทบาทที่มีลักษณะพิเศษเป็นอย่างมาก กล่าวคือเป็นลักษณะที่มีความซับซ้อนในหลายมิติ ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากคำว่า “ผู้ดูแลในครอบครัว” จะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ทับซ้อนกันอยู่ 2 บทบาท คือ 1. บทบาทผู้ดูแล และ 2. บทบาทสมาชิกในครอบครัว ที่กล่าวได้ว่าผู้ดูแลมีบทบาทในลักษณะเชิงซ้อน หรือ Sandwich Roles หมายถึงผู้ดูแลในครอบครัวรับบทบาทหน้าที่หลายด้าน ทั้งบทบาทเป็นผู้ดูแลบุพการีรวมถึงไปถึงบทบาทพ่อแม่และ/หรือสามีภรรยา (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร et al., 2552) นอกจากนี้ ถ้าพิจารณาเฉพาะลักษณะหน้าที่ของบทบาทผู้ดูแลและบทบาทสมาชิกครอบครัวแบบแยกกันจะพบว่ามียุทธศาสตร์หน้าที่และความรับผิดชอบที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน แต่เมื่อทั้งสองบทบาทมารวมกันและกลายเป็นบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจะพบว่าหน้าที่ความรับผิดชอบมีลักษณะ “ทับซ้อนกันแต่ไม่มีความชัดเจน” โดยสามารถมองได้ว่ามีลักษณะคล้ายชั้นของสายรุ้ง หรือ The Layers of Rainbow ที่สามารถเห็นสีสันทันที่แตกต่างกันในแต่ละชั้นได้แต่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยังอาจเกิดการผสมสีกันระหว่างช่องว่างของแต่ละชั้นอีกด้วย กล่าวคือหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวมีความคลุมเครือทั้งในความสัมพันธ์และในหน้าที่ความรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับมือกับความไม่ชัดเจนในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบและความกดดันจากการเป็นคนในครอบครัว และนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย

อีกทั้งบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวจะถูกคาดหวังและได้รับความกดดันสูงจากทั้งครอบครัวและสังคม เนื่องจากในบริบทของครอบครัวไทยผู้สูงอายุถือว่าเป็นบุคคลอันเป็นที่เคารพและมีคุณค่าทางจิตใจต่อคนในครอบครัวค่อนข้างสูง ทุกคนในครอบครัวจึงคาดหวังให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและอยู่กับลูกหลานให้นานที่สุด ความคาดหวังและ

ความกดดันเหล่านี้เปรียบเสมือนภาระความรับผิดชอบที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับเพียงลำพัง จึงส่งผลกระทบต่อสภาวะการเกิดความเครียดสูง

นอกจากนี้ ความคาดหวังจากสังคมก็เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลในครอบครัว ความเชื่อและค่านิยมของสังคมไทยรวมไปถึงความหลักศาสนาพุทธกล่าวไว้ว่าลูกที่ดีควรกตัญญูต่อบิดามารดา เมื่อบิดามารดาแก่เฒ่าและ/หรือเจ็บป่วยลูกต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ ไม่สามารถทอดทิ้งบุพการีได้ (สมบุญ วัฒนะ, 2560) ในมุมมองของสถาบันครอบครัวไทยเมื่อกล่าวถึงบุตรธิดาที่ต้องมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวแล้วบุตรสาวจะถูกคาดหวังให้มาทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวมากกว่าบุตรชายเนื่องจากสังคมไทยยังเชื่อว่าบุตรสาวจะต้องเป็นคนที่ทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่ในขณะที่บุตรชายจะรับหน้าที่ในการทำงานนอกบ้านเพื่อหาเงินมาดูแลครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความเชื่อที่ว่าบุตรสาวจะสามารถให้การดูแลได้ดีกว่าบุตรชาย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อนและมีความใส่ใจมากกว่าเพศชาย ทำให้ลูกสาวเป็นตัวเลือกรายแรกในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นเพศหญิงและมีสถานะเป็นบุตรธิดาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (จิตรพร โคตรมหา & ธัญญลักษณ์ พรหมรักษา, 2564; รัถยานภิศ พลเสก & เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, 2560) ด้วยบริบทของวัฒนธรรมไทยและสังคมไทยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของบุตรธิดาโดยเฉพาะบุตรสาว และจากความคิดความเชื่อนี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องละทิ้งหลาย ๆ อย่างเพื่อมาทำหน้าที่ในการดูแลพ่อแม่แม้ว่าจะไม่มีความพร้อมในการทำหน้าที่ก็ตาม เช่น การที่ต้องลาออกจากงานประจำที่ทำหรือการย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อมาอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ ด้วยบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวก่อให้เกิดความรับผิดชอบที่สำคัญ ความคาดหวังและความกดดันในการทำหน้าที่ให้ดีของครอบครัวและบุคคลในสังคมส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องประสบกับปัญหาและความยากลำบากมากมาย ในส่วนต่อไปจะทำการอธิบายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. ปัญหาจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว

จากผลการวิจัยที่ได้นำเสนอไปในบทที่ 4 รวมไปถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้อธิบายไปข้างต้นทำให้ทราบได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องพบเจอกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมาจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย

คือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก็เปรียบเสมือนการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องอาศัยร่างกายและแรงใจอย่างมากในการให้ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้

ทำให้ปัญหาสุขภาพร่างกายเป็นปัญหาใหญ่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญ โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 อาการเจ็บปวดทางร่างกาย ผู้ดูแลในครอบครัวเผชิญหน้ากับปัญหาการเจ็บปวดด้านร่างกาย เนื่องจากการดูแลต้องใช้ร่างกายและกำลังอย่างมากในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งการเคลื่อนย้าย การแบกหรือการอุ้มเพื่อช่วยผู้สูงอายุในการเคลื่อนที่ การออกกำลังที่มากเกินไปเป็นประจำรวมไปถึงความเสี่ยงในการเคลื่อนไหวผิดท่าอาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดอาการเจ็บปวดตามร่างกายได้ เช่น ปวดหลัง ปวดแขน ปวดขา และเมื่อเกิดอาการเหล่านี้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถหยุดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพักผ่อนร่างกายได้ เนื่องจากผู้สูงอายุก็ต้องการการดูแลเป็นประจำ ทำให้เกิดเป็นอาการเจ็บปวดเรื้อรังและขาดการรักษาที่ถูกต้องได้ โดยสามารถสังเกตได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“มีปวดหลังปวดเอวเป็นธรรมดา เพราะเราต้องยกต้องอุ้มอยู่ตลอดเวลา ไม่มีใครคอยช่วย”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“แม่ไม่สามารถเดินได้เลย ตอนไปห้องน้ำก็ต้องอุ้มต้องประคองขึ้นรถเข็น จากนั้นก็เข็นไปห้องน้ำแล้วก็ต้องอุ้มวางตรงชักโครกอีก ก็ปวดหลังปวดไหล่แต่เราก็อาศัยใส่แผ่นประคองหลังเป็นประจำกับกินยาแล้วก็นวดยาให้ดีขึ้น”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ต้องมียา กินยานวดติดบ้านไว้ตลอด ไม่ได้ให้คนแก่นอน ให้ตัวเองกินนี้แหละ ถ้าไม่ทายา มันก็จะปวดจนไม่มีแรงทำอะไรเลย”

(นาง จ อายุ 59 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“เราเป็นผู้ชายมีแรงเยอะอยู่คนเดียวก็ต้องคอยเป็นคนอุ้มคนแบก แต่พอทำนานๆเข้าก็เริ่มมีอาการปวดหลังบ้างปวดไหล่ ก็ไปซื้อยามาทาให้อาการดีขึ้นบ้าง”

(นาย ฉ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

โดยสรุป เห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดหลัง ปวดแขน และปวดไหล่ อันเนื่องมาจากการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งการอุ้มและการยกตัวของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่มีการรักษาอาการเจ็บปวดเหล่านี้อย่างถูกต้องวิธี ส่งผลให้เกิดเป็นอาการบาดเจ็บในระยะยาวและอาจนำไปสู่อาการเรื้อรังได้

ประเด็นที่ 2 ความเหนื่อยล้าและการอ่อนเพลีย การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการดูแลในระยะยาวและต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิด ถือได้ว่าเป็นภาระงานที่หนักมากสำหรับผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น ทำความสะอาด ป้อนอาหาร ช่วยในการอาบน้ำ และการดูแลสุขภาพต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยสะสมได้ นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรือมีความพิการอาจจะต้องให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่มีเวลาพักผ่อนหรือสามารถพักผ่อนได้น้อย ส่งผลต่อสภาวะการนอนหลับของผู้ดูแลในครอบครัวจนนำไปสู่การอ่อนเพลียในระหว่างวันได้ เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“มีอาการเวียนหัวบ่อยเพราะไม่ค่อยได้นอน ต้องคอยดูแล ตอนกลางคืนไม่ค่อยได้นอนเพราะแม่ตื่นบ่อย ถ้าแม่ไม่นอนเราก็นอนไม่ได้ เราจะเรียกจะทุบเตียงทุบแขนทุบขา เราก็ต้องคอยดู”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“เราต้องดูแลพ่อแม่ทุกอย่าง ทั้งป้อนข้าวอาบน้ำทาแป้งทาครีม อยู่ด้วยกันทั้งกลางวันและตอนกลางคืนก็ตื่นนอนด้วยกันตลอด ไม่เคยทิ้งให้อยู่คนเดียวเลย ทำอย่างนี้ทุกวันก็มีล้าบ้างนะ นอนไม่ค่อยพอหรือก็อาศัยนอนตอนกลางวันบ้างนิดหน่อย”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“พ่อแม่อยู่ด้วยกันมาตลอด พอแกมานอนป่วยแบบนี้ก็ต้องดูแลกันไป แต่ก็เปลี่ยนจากแกดูแลเราเป็นเราดูแลแทน ทั้งป้อนข้าวป้อนน้ำ อาบน้ำดูแลทุกอย่าง ”

(นาย ช อายุ 49 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“นี่ก็ต้องคอยดูแลทุกอย่าง หาข้าวหาปลาให้กินแล้วค่อยออกไปทำงานได้ ตอนกลางวันก็ต้องกลับมาดูว่ากินข้าวหรือยัง ตอนเย็นก็ต้องรีบกลับมาดู ก็เหนื่อยทั้งทำงานทั้งดูแล วันไหนที่พ่оไม่ได้ไปทำงานเราก็ต้องดูแลทั้ง 2 คนทำให้เหนื่อยเพิ่มขึ้นไปอีก ”

(นาย ญ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นนำมาซึ่งความเหนื่อยล้าและอ่อนเพลียแก่ผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่ต้องอาศัยความทุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ เพื่อให้จะทำให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพักผ่อนไม่เพียงพอและการดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดนี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง

ประเด็นที่ 3 ปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว ช่วงอายุของผู้ดูแลในครอบครัวที่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนขึ้นไป ทำให้ออกจากมีปัญหาด้านร่างกายจากการดูแลแล้วยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆ ตามอายุอีกเช่นกัน เช่นปัญหาความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือโรคหัวใจ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ตามช่วงอายุที่มากขึ้น รวมไปถึงการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่มีวินัยทั้งเรื่องอาหารการกินและการพักผ่อนให้เพียงพอล้วนส่งผลต่อการเกิดโรคประจำตัวเหล่านี้ทั้งสิ้น การที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีโรคประจำตัวทำให้ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำและทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุด้วย โดยสังเกตได้จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 2 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ป้าก็มีโรคประจำตัวทั่วไป อายุเราก็ไม่น้อยแล้วทั้งความดัน เบาหวาน ก็ต้องไปหาหมอทุกๆ 3 เดือน ไปเอายามากิน เริ่มรู้สึกว่ามันเหนื่อยเหมือนก่อนแล้ว เริ่มไม่ไหวแล้ว”

(นาง จ อายุ 59 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“พอมีอายุมากขึ้นร่างกายก็ไม่เหมือนเดิม มีโรคนี้โรคนี้ ตอนนี้ก็เป็นเบาหวานทำให้ต้องคอยไปเอายามากินตลอด ยิ่งต้องมาดูแลแม่คนเดียว แล้วยังต้องไปทำงานบางครั้งด้วยก็เหมือนจะหน้ามืดเป็นลม ต้องคอยหายาตามติดตัวไว้ตลอด”

(นาง ฌ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จะเห็นได้ว่า ไม่ใช่เพียงผู้สูงอายุเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวก็ประสบกับปัญหาเหล่านี้เช่นกัน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานหรือโรคอ้วน โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุค่อนข้างสูงก็จะต้องพบกับปัญหาด้านสุขภาพตามอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

โดยสรุป อาการเจ็บปวดทางด้านร่างกายที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน กล่าวได้ว่าเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้ร่างกายในการช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุเป็นประจำและเป็นระยะเวลานาน ทำให้ร่างกายไม่สามารถทนต่อการใช้งานอย่างหนักนี้ได้ และนำไปสู่การแสดงออกถึงความเจ็บปวดตามร่างกาย อย่างไรก็ตามนอกจากปัญหาการเจ็บปวดทางด้านร่างกายแล้วปัญหาผลกระทบทางด้านจิตใจก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

2.2 ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต กล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ที่มีความรับผิดชอบค่อนข้างสูงและได้รับความกดดันเป็นอย่างมากเนื่องจากการให้การดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยความระมัดระวังและความอดทนสูง การดูแลผู้สูงอายุอาจทำให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบที่มากขึ้น ทั้งในเรื่องการตัดสินใจทางการแพทย์ การจัดการเรื่องการเงิน และการดูแลทั่วไป ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต แบ่งออกได้ 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ความเครียดจากขั้นตอนในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นพิเศษทั้งยังมีขั้นตอนในการดูแลมากมาย ส่งผลให้เกิดความเครียดสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจจะต้องอาศัยวิธีการทางการแพทย์หรือเครื่องมือเฉพาะทางทางการแพทย์ในการรักษาอาการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลและใช้เครื่องมือเหล่านั้นทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความซับซ้อน การขาดความรู้เฉพาะทางหรือไม่มีความเข้าใจในวิธีการดูแลสามารถส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ทำให้เป็นหนึ่งในเหตุผลที่นำไปสู่สภาวะกดดันและก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาได้ เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 2 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ตอนที่ยายเป็นใหม่ ๆ คือทำอะไรไม่ถูกเลย ทำไม่เป็นสักอย่าง ต้องป้อนข้าวยังงี้ ให้อาหารยังงี้ ต้องคอยดูความดันค่าน้ำตาลค่านึงไปหมด เครียดมากเป็นเดือน ๆ กลัวทำอะไรผิดแล้วแม่เราจะเป็นอย่างไรไป”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“มันเหนื่อยมันท้อตรงมันต้องดูแลหลายอย่าง มีหลายขั้นตอน เราก็ต้องมาเรียนรู้ใหม่ไปพร้อมๆกันเพราะเราก็ไม่เคยทำเคยใช้มาก่อน อย่างอุปกรณ์ให้ออกซิเจนนี่ก็ไม่เคยใช้ ยังดีที่ข้างบ้านเป็นพยาบาลเขาก็มาช่วยมาสอนให้ใช้ ”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือได้ว่าเป็นการดูแลที่มีความพิเศษแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุทั่วไป มีผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่มีความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้มีความจำเป็นต้องเรียนรู้และฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ ประกอบกับความกดดันในการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงไม่สามารถให้เกิดข้อผิดพลาดที่จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้ จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดและความวิตกกังวล

ประเด็นที่ 2 ความกดดันจากครอบครัวและสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ เมื่อมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวแล้วผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับความคาดหวังจากครอบครัว สังคม และอาจจะรวมถึงตัวของผู้สูงอายุเองในเรื่องของประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี รวมไปถึงการมีความสุขของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงการดูแลทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการสนับสนุนและเยียวยาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เมื่อผู้สูงอายุต้องมาอยู่ในสภาพติดบ้านติดเตียงและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เต็มที่ดังเดิมย่อมต้องส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุไม่มากก็น้อย กล่าวได้ว่าสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุจะมีลักษณะไม่มั่นคง มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย รวมถึงปัญหาทางจิตใจ เช่น ความหงุดหงิด ความเศร้าโศก หรือความสับสน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ในการรองรับอารมณ์ของผู้สูงอายุรวมถึงการปลอบโยนและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความรับผิดชอบที่กล่าวมาข้างต้นล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 4 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ดื้อ ดื้อมาก บางครั้งไม่ฟังเราเลยนะ ทำไม่ได้ก็ยิ่งจะทำเอง บางทีเราก็อดทนไม่ไหวก็มีขึ้นเสียงบ้าง ด้วยพ่อเป็นผู้ชายแล้วเราก็เป็นลูกสาว เขาก็จะไม่ค่อยฟังเราหรอก ทำงานกลับมาเหนื่อย บางทียังต้องมานั่งทะเลาะนั่งฟังแสบ่นอีก ”

(นาง ก อายุ 55 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เหนื่อยนะ เพราะพ่อมีภาวะทางด้านสมองด้วยทำให้อารมณ์แปรปรวนมาก อยากทำอะไรก็เหมือนเด็กน้อย เดียวก็อารมณ์ดี เดียวก็โมโหขว้างข้าวของ บางทีถ้าทนไม่ไหวก็เดินหนีไปแล้วค่อยกลับมาดู ”

(นาง ฉ อายุ 44 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เครียดมาก เพราะแกก็ไม่มีใครนอกจากผม ลูกหลานคนอื่นเขาก็มีครอบครัวมีหน้าที่การงานกัน ไม่มีใครมาช่วยได้ ทุกอย่างก็เลยตกมาอยู่ที่นี้หมด ก็ส่งสารแคะนะ บางทีแกก็คงเหงาคิดถึงลูกหลาน เคยแบบคุยกันอยู่ดี ๆ ก็น้ำตาไหล ผมก็ได้แต่ปลอบใจไปว่าไม่ต้องคิดไร ผมไม่ทิ้งแกหรอก”

(นาย ช อายุ 48 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ตอนนี้เหมือนสลับกัน จากแม่เป็นลูกจากลูกเป็นแม่ ตอนเราเด็ก ๆ ยังไงตอนนั้นแม่เราก็เป็นแบบนั้นเลย อยากทำอะไรก็จะทำอะไร ไม่สนใจอะไร คือด้วย บอกอะไรไปก็ไม่ค่อยเชื่อ พอเป็นอะไรมาก็มาหนักที่เรา พอเราดูมาก ๆ ก็น้อยใจใส่ก็มี ต้องหลอกล้อเหมือนเด็ก ก็เข้าใจแม่นะ แกเป็นคนไม่อยู่นิ่งพอทำอะไรเองไม่ได้แล้วก็คงอึดอัด ”

(นาง ฉ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการต้องมาทำหน้าที่รองรับอารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถบั่นทอนกำลังใจของผู้ดูแลในครอบครัวได้เป็นอย่างมาก การที่ต้องมารับรู้และรับฟังความรู้สึกที่ไม่ดี และเป็นด้านลบส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวแย่ไปด้วยได้

ประเด็นที่ 3 ความกังวลเกี่ยวกับภาวะเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือการดูแลที่ไม่สามารถระบุระยะเวลาได้อย่างแน่นอนขึ้นอยู่กับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลในครอบครัวอาจต้องพบเจอความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้สูงอายุ รวมถึงการเตรียมการที่จะดูแลเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่แย่ลง ทั้งการเตรียมการในเรื่องของการดูแลรวมไปถึงการเตรียมพร้อมทางการเงิน ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้นในการทำหน้าที่เป็นผู้จัดการวางแผนการรับมือกับความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น อีกทั้งการวางแผนค่าใช้จ่ายให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละวัน เมื่อดูแลเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดเป็นความกังวลที่มากขึ้นไปด้วย จนนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา โดยสังเกตได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ถึงพูดว่าทำได้แล้วแต่ก็ยังกังวลอยู่ตลอดนะ เราก็รักพ่อของเรา ก็อยากให้แกอยู่กับเราไป อีกนาน ๆ แต่ก็อย่างว่าอะไรก็เกิดก็ให้มันเกิด คิดไม่ออกเหมือนกันวันที่ไม่ได้ดูแลกันแล้วจะเป็นยังไง”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เราก็รู้ว่าพ่อเราเป็นสมองแบบนี้ก็มีแต่ทรงกับทรุด จากเมื่อก่อนยังมีแรงอาละวาดนะ ปีนรั้ว บ้านก็ทำมาแล้ว แต่ตอนนี้ได้แต่พูดจาไปเรื่อยเปื่อย จำอะไรไม่ได้แล้ว ก็กังวลนะ ถ้าเป็นอะไรมากขึ้นมาจะทำยังไงกัน ไหนจะเรื่องเงินเรื่องทองที่รักษาอีก”

(นาง ฉ อายุ 44 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“ผมก็นอนคิดทุกคืนนะ เพราะก็ไม่ว่าจะใครจะเป็นอะไรขึ้นมาตอนไหน ทั้งต้องดูแลคนแก่ สองคน ยังต้องคิดเผื่อไว้เยอะ ๆ เงินทองก็ไม่ได้มีมากมาย จะทำยังไงกัน”

(นาย ญ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้มีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว แต่สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก็น่าสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวเช่นกัน ผู้ดูแลในครอบครัวจะคาดหวังให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นและเกิดความวิตกกังวลเมื่อสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นแนวโน้มแย่ลง สภาวะอารมณ์ที่แปรปรวนนี้ส่งผลต่อสภาวะจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวได้

2.3 ปัญหาการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม กล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่ต้องให้ความใส่ใจในการดูแลค่อนข้างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือได้น้อยทำให้ต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุและนำไปสู่ปัญหาด้านเข้าสังคม โดยแบ่งออกได้ 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวตามลำพังได้ เพราะอาจจะเกิดอันตรายกับผู้สูงอายุได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันอยู่กับผู้สูงอายุ จึงอาจจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไม่สามารถออกไปพบปะพูดคุยกับเพื่อน รวมไปถึงไม่สามารถไปเข้าร่วมกลุ่มทำกิจกรรมต่างๆ ได้ การขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเหงา ไม่คุ้นเคย และสามารถนำไปสู่การเกิดความรู้สึก

อ้างว้าง โดดเดี่ยว และขาดกำลังใจในการใช้ชีวิตได้ สังเกตได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ไม่ได้ออกไปไหนเลย นี่ก็ไม่ได้กลับบ้านไปหาลูกมา 4 ปีแล้ว ทั้งไว้ไม่ได้หรก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยแล้วก็ไม่มีใครมาช่วยดูแลด้วย ต้องไปทำงานกันหมด”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“ไม่สามารถไปไหนได้นอกจากไปขายของ เหลือกันอยู่ 3 คนพ่อแม่ลูก ถ้าเราไปพ่อเราก็ต้องมาดูแลแม่แทน คนแก่ดูแลกันเองก็เป็นห่วง ไปไหนไม่ได้หรก ”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“ไม่ได้ออกไปเที่ยวกับเพื่อนหลายปีแล้ว ทั้งพ่อด้วย ขายของด้วย พอปิดร้านก็ต้องมาดูแลพ่อ ต่อออกไปไหนไม่ได้ ถ้าไปก็ต้องทิ้งให้เมียดูแลพ่อดูแลลูก เขาก็ทำงานมาเหนื่อย นาน ๆ ที่ถึงจะได้พาลูกไปเที่ยวบ้างแต่ก็ไปได้ไม่นานหรกนะ ”

(นาย ช อายุ 49 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ไม่ได้เป็นอะไรเลย ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มอะไรด้วย ไม่มีเวลาหรก ตอนเย็นมาก็ต้องมาทำกับข้าวให้แม่กิน อยู่กันสองคนแม่ลูก เสาร์อาทิตย์ก็อยู่แต่บ้านดูแลแม่”

(นาง ฉ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมภายนอกของผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้สังเกตและเป็นไปอย่างธรรมชาติ โดยเฉพาะเงื่อนไขในการดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหลายประการจึงนำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ประเด็นที่ 2 มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพและการทำงาน การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวยังส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการทำงานของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย เริ่มจากการที่ต้องอยู่ดูแลผู้สูงอายุทั้งวันทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องประกอบอาชีพที่มีความ

ยืดหยุ่นทางด้านเวลาในการทำงานเพื่อที่จะได้มีเวลาในการอยู่กับผู้สูงอายุ และถึงแม้ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีงานประจำแต่ก็ยังมีข้อจำกัดมากมายในการทำงานและการเข้าสังคมกับเพื่อนร่วมงาน เช่นไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนร่วมงานได้เพราะต้องไปดูแลผู้สูงอายุ มีการขาดงานหรือลางานเพื่อต้องพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล และเมื่อเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้หลายครั้งอาจจะส่งผลต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานได้ โดยสังเกตได้จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“คิดว่ามีผลกระทบกับงานนะ เพราะบางที่ต้องลางานพาพ่อไปหาหมอ พ่อป่วยเข้าโรงพยาบาลก็ลาไปเฝ้าพ่ออีกละ เราก็เกรงใจหัวหน้าเกรงใจเพื่อนร่วมงานแต่ก็ไม่มีทางเลือกมันไม่มีใครแล้วจริง ๆ”

(นาง ก อายุ 55 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“มีหลายครั้งเลยที่ต้องขอหัวหน้าออกมาข้างนอกเพราะพ่ออาละวาด ปีนรั้วหนีออกไปอย่างนี้ ขว้างข้าวของจนได้เลือดต้องไปโรงพยาบาลบ้าง เหนื่อย นี่ยังดีขึ้นมาบ้างแล้วตอนนั้นคือแทบจะไม่ได้ทำงานทำการ”

(นาง ฉ อายุ 44 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ไม่เคยได้ไปไหนกับเขาหรอก ทั้งแม่ไปไม่ได้ด้วยกันสองคน เขาไปเที่ยวทะเลกันหมดก็ไม่ได้ไป ขนาดว่าไปดูงานก็แทบจะนับครั้งได้ ขอเขา นี่ก็รู้กันหมดนะว่าเรามีแม่ต้องดู ไปไหนไม่ค่อยได้”

(นาง ฉ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จากข้อมูลข้างต้นสามารถแสดงให้เห็นว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมกับการทำงานประจำสามารถส่งผลกระทบต่องาน การเข้าสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมในงาน โดยก่อให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลา กิจกรรมที่เข้าร่วม รวมไปถึงการประสิทธิภาพในการทำงานได้ อีกทั้งข้อจำกัดที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดจากการต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งสิ้น

2.4 ปัญหาทางการเงิน ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในปัญหาที่มีความสำคัญมากที่สุด และมีผลกระทบอย่างมากต่อทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนมากมาย เช่นค่ายารักษาโรค ค่าผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่

ค่าอาหารเสริมและนม ค่าเดินทางไปโรงพยาบาลและอื่นๆ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับภาระด้านการเงินนี้เพิ่มขึ้นไปด้วย ทั้งนี้การทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีข้อจำกัดด้านการอาชีพและเวลาในการทำงาน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีตัวเลือกในการประกอบอาชีพได้น้อยและอาชีพส่วนใหญ่เป็นรายได้ค่อนข้างต่ำ ทำให้เกิดปัญหารายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่ายในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับภาระทางการเงินที่มากขึ้น โดยปัญหาทางการเงินสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาจจะมีการดูแล ยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เป็นประจำ ทำให้ในแต่ละเดือนผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนนี้อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่ได้ทำงานประจำหรือมีรายได้น้อยนั้น รายได้หลักที่ใช้ในการใช้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องพึ่งพาอาศัยเงินสนับสนุนจากแหล่งอื่น เช่น คนในครอบครัวหรือการกู้ยืมเงิน ถือได้ว่าเป็นภาระที่หนักซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญ นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ยังมีค่าใช้จ่ายส่วนอื่นที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบอีกด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในครัวเรือนต่างๆ รวมไปถึงค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าอาหารอุปโภคบริโภค ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องบริหารจัดการด้านการเงินในแต่ละเดือนอย่างรัดกุม เพื่อให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาทางการเงินนี้สามารถเห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“เบิกเงินผู้สูงอายุกับเงินผู้พิการได้มาเดือนละสามพัน ก็เอามาซื้อไก่ ไข่ ผักอ่อมก็จะหมดแล้วยังดีมีน้องสาวชื่อนมนี้มาให้ทุกเดือนไม่เงินที่มีก็ไม่พอใช้หรอก”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“เรื่องเงินถ้าได้มาก็ดี เพราะตามจริงก็เดือนชนเดือน ทั้งค่าไฟ ค่าน้ำ ค่ากับข้าว ก็หมดแล้วยังไม่ได้อะไรเลย ก็เหลือกันอยู่สองคนพี่น้อง ต่างคนต่างมีภาระ ถ้าจะขอเงินบ่อย ๆ ก็ทำไม่ได้ ถ้าจำเป็นจริง ๆ ก็ค่อยขอ ยิ่งวันไหนต้องไปหาหมอต้องใช้เงินพราะต้องจ้างรถไปส่ง ค่าน้ำมันก็ไม่ใช่น้อย ๆ”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนก็เยอะ หมิ่นถึงสองหมื่นต่อเดือนได้ เฉพาะค่าดูแลพ่อ ทั้งค่าอุปกรณ์ ค่าเดินทางไปหาหมอ เพราะเราต้องเหมารถนอนไป ตอนนี้พ่อไม่สามารถนั่งได้ ถ้าจะไปก็ต้องจ้าง รถมอเตอร์ไซด์ให้พาไป ก็เป็นค่าใช้จ่ายอีก”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“เงินทองก็เดือนชนเดือน ดีที่ได้เงินเบี้ยคนแก่มาช่วยบ้าง ได้นมได้ค่าหมุดค่าไข่ก็ยังมี แต่ที่ เหลือก็เป็นลูกรับผิดชอบหมดเพราะก็ทำงานอยู่คนเดียว ต้องหาเลี้ยงทั้งบ้าน ทั้งค่ายาค่าหมอดก็ได้ลูกนี้ แหะช่วย ”

(นาง จ อายุ 59 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“อาชีพทำไร่ทำนาที่ไม่ได้มีเงินมากหรอก ส่วนใหญ่ก็เหนื่อยฟรี แต่ละเดือนก็ได้เงินผู้สูงอายุ มาใช้ดูแลซื้อผ้าอ้อมก็หมดแล้ว ถ้าต้องจ่ายค่ายาค่าอะไรเพิ่มก็ต้องออกเอง ขอลูกหลานคนอื่นบ้าง เพราะผมคนเดียวก็ไม่ไหวบางที”

(นาย ช อายุ 48 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“รายได้ก็ไม่เยอะ วันไหนไม่มีงานก็ไม่มีเงิน หลัก ๆ ก็ได้เงินเบี้ยคนแก่เดือนละ 3,000 บาทที่ พอเอามาใช้ซื้อของซื้ออาหารกิน ที่เหลือก็ต้องหามาเองทั้งค่าน้ำค่าไฟ เอาจริงก็ไม่พอหรอก แต่ก็ ประหยัดเอา ถ้าไม่มีจริง ๆ ก็ต้องไปยืมเขามาบ้าง ”

(นาย ญ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จะเห็นว่าปัญหาด้านการเงินเป็นปัญหาใหญ่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญ การดูแล ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเพื่อการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อความต้องการ ของผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวอาจจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือนอีก ด้วย เช่น ค่าน้ำ ค่าไฟ และค่าสาธารณูปโภคอื่นๆ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในหลาย ทางและเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาการขาดแคลนด้านงบประมาณได้

ประเด็นที่ 2 ไม่มีเงินสำรองสำหรับใช้ในอนาคต ปัญหาการออมเงินเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวตระหนักถึงและเล็งเห็นว่าสามารถเป็นปัญหาใหญ่ได้ในอนาคต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก็เปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด บางครั้งอาการอาจจะดีขึ้นแต่ส่วนมากจะมีความเสี่ยงสูงที่อาการจะทรุดลงและต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน อาจจะทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาพยาบาลที่เพิ่มเข้ามา ผู้ดูแลในครอบครัวจึงจำเป็นต้องมีเงินออมที่สามารถนำมาใช้ในกรณีที่เราเร่งด่วนได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลในครอบครัวยังคงประสบกับปัญหาไม่มีเงินออมสำรองเนื่องจากมีภาระค่าใช้จ่ายประจำในแต่ละเดือนที่ต้องรับผิดชอบประกอบกับการมีรายได้น้อยจึงไม่เหลือเพียงพอต่อการเก็บออมเงิน นำไปสู่ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณของครอบครัวยามจำเป็น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่านอกจากผู้ดูแลในครอบครัวยังประสบกับปัญหาด้านการเงินไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในแต่ละเดือนแล้ว การไม่มีเงินสำรองไว้ใช้ในยามฉุกเฉินก็เป็นปัญหาที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน และยังคงไม่มีแนวทางในการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้สามารถสังเกตได้จากการข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“เรื่องเงินก็สำคัญ มันต้องใช้จ่ายเยอะ ดีที่ว่าพอเรายังมีเงินก้อนเก็บไว้อยู่ สามารถเอามาใช้ได้ตอนจำเป็น ถ้าไม่มีเงินก้อนนี้ก็ต้องลำบากหลานให้มาช่วยกัน”

(นาง ก อายุ 55 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“อยากมีเงินเก็บสักก้อนเอาไว้ยามฉุกเฉิน ถ้าพอเป็นอะไรไปตอนนี้คือไม่รู้จะไปเอาเงินไหนมาเลยนะ ถ้าให้เก็บจากเงินเดือนแต่ละเดือนก็ไม่เคยได้หรอก แค่ออใช้นั่นแหละ”

(นาง จ อายุ 44 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เงินที่เก็บไว้ก็ต้องเอาไว้ใช้ทำอะไรทำนา ถ้าถามว่ามีเงินเก็บไว้ให้คนแก่ไหมก็ไม่มีหรอก ถ้าต้องใช้ก็ค่อยไปขอกจากลูกหลานคนอื่น ก็มีให้เงินช่วยทุกเดือนนะแต่ไม่เหลือถึงขั้นเป็นเงินเก็บเงินก้อนอะไรขนาดนั้น”

(นาย ข อายุ 48 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

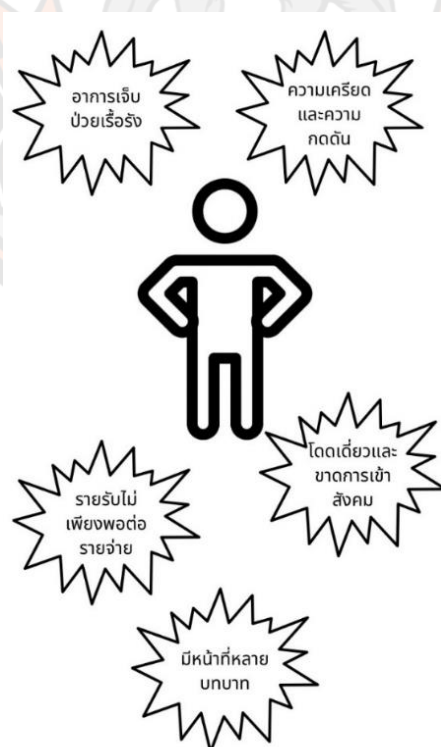
“มีคิดเรื่องเงินสำรองตลอด เราก็มีครอบครัวมีลูกต้องเลี้ยง ก็ต้องมีเงินไว้ส่งเรียนหนังสือ ส่วนพ่อก็ดีบ้างไม่ดีบ้างก็ต้องวางแผนไว้ เราก็กู้ขาย พ่อเราก็เป็นชาวบ้านธรรมดาจะไปเบิกอะไรกับเขาก็ไม่ได้ บำเหน็จบำนาญก็ไม่มี ถึงมีน้อยก็ต้องค่อย ๆ เก็บกันเอง”

(นาย ช อายุ 49 ปี, 20 มีนาคม 2565)

จากข้อมูลข้างต้นจึงกล่าวได้ว่าการวางแผนการออมเงินและการจัดการบริหารด้านการเงินที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องมาจากปัจจัยด้านการเงินเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุและการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการด้านงบประมาณที่ดีจะสามารถทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณได้

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหามากมายและต้องแบกรับปัญหาเหล่านี้เป็นระยะเวลานาน เมื่อผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระเหล่านี้ จึงอาจจะนำไปสู่การเกิดเป็นปัญหาสะสมเรื้อรังที่ยากจะแก้ไขได้ ผู้วิจัยจึงทำการสรุปภาพรวมของปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญดังภาพ 18

ภาพ 18 ปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว



ที่มา: ผู้วิจัย, 2566

จากภาพ 18 สามารถกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเพียงคนเดียวต้องแบกรับปัญหามากมาย เหล่านี้ อีกทั้งยังเป็นปัญหาหนักที่สามารถส่งผลกระทบร้ายแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่มาจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3. หน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกล่าวได้ว่าเป็นความรับผิดชอบที่หนัก ผู้ดูแลในครอบครัวต้องแบกรับภาระ ปัญหาและความกดดันหลายด้านตามที่ได้กล่าวไปข้างต้น ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อรวมกับการมีบทบาทในเชิงซ้อนในการรับผิดชอบดูแลครอบครัวของตนเอง การออกไปทำงาน และการดำรงชีวิตประจำวันในแต่ละวันล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวทั้งสิ้น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจะพบว่าภาระ (Burdens) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว มีการศึกษาที่ผ่านมามากมายที่กล่าวว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุถือว่าเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว และภาระนี้สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Abbasi, Mirhosseini, Basirinezhad, & Ebrahimi, 2020; Duimering et al., 2020; จิตราพร โคตรมหา & ธัญญลักษณ์ พรหมรักษา, 2564) นอกจากนี้ การศึกษาของมิลากรอส ริโค-บลาสกีซ และคณะ (Milagros Rico-Blázquez et al.) (2022) ได้อธิบายไว้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาระที่มากขึ้นต่อผู้ดูแลในครอบครัวคือระยะเวลา การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวเป็นระยะเวลานานยิ่งหมายถึงการเพิ่มขึ้นของภาระ ความเครียดและความวิตกกังวล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มลดลงเนื่องจากการมีภาระในการดูแลมากขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีนักวิชาการอีกจำนวนหนึ่งได้ออกมาอธิบายว่าถึงแม้การดูแลผู้สูงอายุจะเป็นภาระหนักและสามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ อาจจะขึ้นอยู่กับการตระหนักรู้ถึงภาระด้วยเช่นกัน โดยลอเรน บี.ซัคโค และคณะ (Lawrence B. Sacco et al.)(2022) ได้กล่าวไว้ว่าสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวคือประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ในการดูแลจนไม่รู้สึกว้าสิ่งที่ทำอยู่เป็นภาระอย่างหนึ่ง ผลที่ตามมาคืออาจจะไม่ได้เป็นไปในแง่ลบเสมอไป ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการตระหนักรู้ถึงภาระเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ไม่สามารถมองข้ามได้ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความคิดและมุมมองต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ต่างออกไป ผลกระทบที่ตามมาคืออาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ (Blaise & Dillenseger, 2023) ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดยังพบว่ายัง

มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งที่มองว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้มีแต่ผลกระทบด้านลบเพียงอย่างเดียว แต่ยังสามารถก่อให้เกิดความผลกระทบในด้านดีได้เช่นกัน โดยสามารถแบ่งออกเป็นได้ 2 ด้าน คือ 1.ด้านอารมณ์และความรู้สึก และ 2.ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ด้านอารมณ์และความรู้สึก

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นบทบาทที่ต้องพบเจอกับความเครียดและความกดดันสูงที่สามารถส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสภาวะอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้ แต่ในทางกลับกันการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถก่อให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองและนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Esteem) ได้อีกด้วย ตามที่ได้อธิบายไปข้างต้นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวคือการให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดผูกพันกัน การช่วยเหลือดูแลจึงเปรียบเสมือนการได้แสดงความรักความเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถก่อให้เกิดความสุขและความอิ่มเอมใจจากการได้ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้สึกเป็นประโยชน์และเป็นที่ต้องการของคนในครอบครัวในยามลำบากสามารถทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นการแบกรับภาระที่หนักมากเกินไป แต่เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความกตัญญูต่อบุพการี และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว ซึ่งสามารถเห็นได้จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 5 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“บางครั้งได้เห็นแม่มองมาแล้วยิ้มให้ก็ชื่นใจ ที่เดียวจะมีกระดิ่งอยู่ 1 อัน ถ้าแม่เขามีความสุข เขาจะสั่นกระดิ่ง ยิ่งตอนไหนอารมณ์ดีหัวเราะก็ยิ่งสั่นเร็วมาก พอได้ยินเราก็นึกมีความสุขที่สามารถทำให้แม่มีความสุขได้ ก็อยากดูแลแม่ให้ดีขึ้นกว่านี้ อยากให้แกยิ้มหัวเราะกับเราไปนาน ๆ”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“ได้ดูแลพ่อแม่ก็ทำให้มีความสุขนะ เหมือนได้ตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ที่เลี้ยงดูเรามา ยิ่งพ่อแม่ไม่มีใครยิ่งรู้สึกที่เราคือเสาหลักเป็นที่พึ่งพิงของเขา ต้องดูแลเขาให้ดี อยากให้พ่อแม่ได้กินอิ่มนอนหลับถ้าพ่อแม่สุขภาพสบายใจเราในฐานะลูกก็ดีใจละ ปัญหาที่มีก็”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ก็เป็นครอบครัวเดียวกัน อยู่ด้วยกันมานานก็มีความผูกพัน ถึงจะไม่ใช่พ่อแม่เราแต่ก็รักก็เป็นห่วง ป้ามีความสุขที่ได้ดูแลเกษะ รู้ว่าเกษะรู้สึกชอบคุณป้า บางครั้งก็มาจับมือป้าบีบมือแล้วมองมา น้ำตาคลอ ป้าก็เหมือนได้บุญไปด้วย”

(นาง จ อายุ 59 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ภูมิใจที่ได้ดูแลแม่ มันเหนื่อยนะแต่ก็ยิ้มได้ อิ่มอกอิ่มใจทุกครั้งที่ได้เห็นแม่หัวเราะแม่มีความสุขทั้ง ๆ ที่สภาพร่างกายแม่ก็ไม่แข็งแรงแบบนี้ ก็รู้สึกที่เราดูแลแม่ได้ดี บางครั้งถามว่าแม่อยากกินอะไรแล้วพอทำให้กินแล้วแม่อร่อย แม่ขอบคุณเราแค่นี้ก็ชื่นใจ อยากทำให้แม่มีความสุขเยอะ ๆ”

(นาง ฌ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“ดีใจครับที่ได้ดูแลเขา มันเป็นอารมณ์ที่ตื้นตันนะ เวลาผมทำอะไรให้แล้วเขามองมาแบบขอบคุณกัน พอเห็นแบบนี้ก็หายเหนื่อย ก็มีกำลังใจสู้ชีวิตกันไป”

(นาย ญ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังคงมีความรู้สึกในเชิงบวกต่อการได้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยส่วนมากจะมองว่าการดูแลผู้สูงอายุคือการได้ดูแลคนที่เรารัก เป็นที่พึ่งพาได้ของคนในครอบครัวและได้แสดงออกถึงความกตัญญูต่อบิดามารดา ความรู้สึกเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสุขและมีกำลังใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้

3.2 ด้านการพัฒนาความสัมพันธ์

การทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการพัฒนาความสัมพันธ์กับทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคมได้ เช่นความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว รวมไปถึงบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เช่นเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงได้แบ่งความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวออกเป็น 2 ส่วนคือ 1. ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว และ 2. ความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในสังคม รายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 ความสัมพันธ์ต่อผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว

ความสัมพันธ์ที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุดได้แก่ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้ดูแลในครอบครัวที่สุดและมีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ทั้งนี้การได้ดูแลผู้สูงอายุและใช้เวลาร่วมกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุย ทำกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุมากขึ้นจนสามารถพัฒนาไปสู่ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันได้ การมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อกันอาจช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ดูแลในครอบครัวยังสามารถเกิดการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวเช่น พี่น้อง สามี ภรรยา และลูกได้อีกด้วย การดูแลผู้สูงอายุในบางครั้งต้องประสบกับปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถรับมือได้ด้วยตัวคนเดียว ทำให้ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวเปรียบเสมือนผู้ช่วยเหลือในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว หน้าที่ของผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุคือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การช่วยให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุและความช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมากขึ้นผ่านการทำหน้าที่ในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถเห็นได้จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 4 คนดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“อยู่ด้วยกันทุกวันมา 4 ปีกว่า ก็รู้สึกว่ารู้ใจแม่มากกว่าเมื่อก่อนตอนแกยังไม่ป่วยอีกนะตอนนี้คือรู้หมดว่าต้องการอะไร ชอบไม่ชอบอะไร รู้สึกยังไง ก็เหมือนว่ายิ่งได้ดูแลกันก็ยิ่งได้ใกล้ชิดกันมากขึ้น”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ก็มีน้องสาวคอยช่วยกันดูแลพ่อ มีอะไรก็ต้องช่วยกัน แต่น้องเขาทำงานก็เลยเป็นคนคอยไปซื้อของเข้าบ้าน พวกผ้าอ้อม นม น้ำต่าง ๆ อย่างน้อยมีกัน 2 คนก็ยังสลับกันได้ มีปัญหาอะไรก็ยังมีคนช่วยคิดช่วยตัดสินใจ คอยกันทุกเรื่องแหละทั้งเรื่องพ่อเรื่องบ้าน ก็รู้สึกสบายใจนะที่ยังมีน้องสาวคอยช่วย”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“ความสัมพันธ์กับแม่ก็คุยกันมากขึ้น เพราะพอแก่ไปไหนไม่ได้ก็กลัวจะเหงา ก็ต้องชวนคุยตลอด เล่าเรื่องนู่นเรื่องนี้ให้ฟัง แม่ก็ดูชอบฟังนะ หรือถ้าวันไหนมีคนมาเยี่ยมตอนกลางวันพอเรากลับบ้านมาแม่ก็จะบอกละวันนี้ป้าคนนั้นมาหาป้าคนนี้อาของมาให้ ก็เป็นความสุขเล็กๆ ที่ได้คุยได้ฟังแม่เล่าเรื่องในแต่ละวัน”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

“ได้คุยกับพ่อมากขึ้นเพราะต้องช่วยกันดูแลปู่ ถ้าต้องไปไหนก็ได้พ่อนี้แหละที่ช่วยดูให้ จากเมื่อก่อนแทบไม่เคยคุยกันเลยในหนึ่งวัน พอมาตอนนี้ก็โทรหาบ่อย ยิ่งตอนไปทำงานก็จะโทรถามพ่อตลอดว่าเป็นยังไง ทำอะไรอยู่ ไหวไหม”

(นาย ญ อายุ 40 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมากขึ้น การได้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ใช้เวลาผู้สูงอายุจะสามารถเกิดเป็นความผูกพันที่มากขึ้นได้ อีกทั้งการได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุจากบุคคลในครอบครัวยังสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี

3.2.2 ความสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นในสังคม

นอกจากการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวแล้วยังสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้อีกด้วย เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่น ๆ โดยความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านจะอยู่ในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุหรือการขอความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุแทนเมื่อยามจำเป็น เช่นต้องออกไปทำธุระข้างนอกเป็นเวลานาน นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวยังสามารถพัฒนาความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐได้เช่นกัน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ต้องมีการติดตามอาการจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่นหมอ พยาบาล รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ภาครัฐอื่น ๆ เช่นผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านี้มากขึ้นผ่านการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถเห็นได้จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ตอนไปทำงานบางทีก็ได้เพื่อนบ้านรอบ ๆ นี่แหละช่วยดู ช่วยสอดส่องให้หน่อยว่าพ่อทำอะไรอยู่ ต้องการความช่วยเหลืออะไรไหม ถ้ามีอะไรเกิดขึ้นเขาก็จะโทรไปบอกเราได้เลย บางวันต้องไปทำธุระข้างนอกนาน ๆ ก็จะได้เดินไปบอกฝากพ่อหน่อยนะ เดียวมา แล้วก็ค่อยซื้อขนมมาฝากเป็นการตอบแทนที่ช่วยเหลือ”

(นาง ก อายุ 55 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“มีคนเข้ามาหาเรื่อย ๆ นะ อย่างอสม.ก็เจอทุกเดือน เขามาถามเป็นยังงี้บ้าง ต้องการอะไรไหม บางทีก็อยู่นิ่งๆกันเป็นชั่วโมง ก็คลายเหงาไปได้เยอะ ส่วนผู้ใหญ่เขาก็เข้ามาดูนะ อย่างห้องนอนใหม่นี้ผู้ใหญ่เขาก็ดูแล้วก็ไปทางบมาทำให้ เพราะห้องเก่ามันอยู่บนบ้านมันลำบาก ก็ขอบคุณนะที่เขาเข้ามาหาพูดคุยแล้วยังก็ช่วยเหลือหลายอย่าง”

(นาง ฌ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“ก็มีเพื่อนบ้านข้าง ๆ นี่แหละมากอยุ่คอยอยู่เป็นให้ตอนไปทำนาหรือไปธุระที่อื่น ถ้ามาหาไม่ได้แกก็จะคอยมองให้ว่าป่าแกทำอะไรอยู่ กินข้าวหรือยัง บางทีมีเรื่องจะให้อ่านก็ไปบอกแกได้ แกช่วยเหลือตลอด ส่วนเจ้าหน้าที่ก็มีมาหาทุกเดือน มาตรวจสุขภาพคนแก่ด้วยมาถามไถ่อาการด้วย บางทีก็มาให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุเรื่องนั้นเรื่องนี้ ก็ช่วยได้เยอะเลย”

(นาย ข อายุ 48 ปี, 20 มีนาคม 2565)

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีโอกาสร่วมความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่นในสังคม เช่นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยความสัมพันธ์ที่ดีเหล่านี้อาจจะเกิดมาจากการได้พบปะพูดคุย การปรึกษาขอคำแนะนำและการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

ดังนั้น กล่าวได้ว่าการทำหน้าที่ดูแลผู้ดูแลในครอบครัวอาจจะมีทั้งผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ (Blaise & Dillenseger, 2023; Sacco et al., 2022) การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อให้เกิดภาระมากมายต่อผู้ดูแลในครอบครัว อีกทั้งยังทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลที่จะส่งผลกระทบร้ายแรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน แต่ในทางกลับกันยังสามารถเกิดความรู้สึกที่มีความสุขและมีคุณค่าในตนเองจากการได้

ดูแลบุคคลในครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมแล้วนำไปสู่การพัฒนาด้านความสัมพันธ์ยังสามารถส่งผลในเชิงบวกต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่กล่าวมาในข้างต้นจะเห็นได้ว่าที่ผลกระทบเชิงบวกสามารถเกิดได้จากการมีความรู้สึกที่ดี การมีความไว้วางใจต่อกัน การเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมไปถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นล้วนส่งผลกระทบในด้านดีและอาจจะนำไปสู่การส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ซึ่งปัจจัยข้างต้นที่กล่าวมานี้ถือได้ว่าเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของทุนทางสังคม

โดยสรุป ในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบไปด้วยลักษณะหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความซับซ้อน ปัญหาและผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และในบทต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว



บทที่ 6

ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบทบาทที่ต้องเผชิญกับปัญหารอบด้าน ส่งผลให้ต้องเผชิญกับสภาวะเครียดและความกดดันสูงซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ ผลการศึกษาที่แสดงไว้ในบทที่ 4 และ 5 ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทุนทางสังคมสามารถเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่ผู้ดูแลในครอบครัวอาจนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของตนได้ ในบทนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้แบ่งทุนทางสังคมออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1.ความไว้วางใจ (Trust) 2.การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) และ 3. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (Social Network Support)

ทั้งนี้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตนั้น มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ $R=0.701$ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ค่อนข้างสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันในระดับที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน หมายความว่าเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีการระดมทุนทางสังคมได้ในจำนวนมากก็ยิ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นด้วย ทุนทางสังคมเป็น “ทุน” ที่มีความสำคัญที่สามารถช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ซึ่งการศึกษาของแพทริก บาร์เรต เบียร์ทริช เฮลและแมรี บัลเทอร์ (Patrick Barrett, Beatrice Hale and Mary Bulter) (2014) ได้อธิบายไว้ว่าทุนทางสังคมเป็นทรัพยากรสำหรับบุคคลที่มีความต้องการซับซ้อนในสังคม การเพิ่มทุนและการขยายทุนทางสังคมภายในครอบครัวสามารถก่อให้เกิดศักยภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอนนา พี. แลน และคณะ (Anna P. Lane et al.) (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับละแวกเพื่อนบ้านและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์พบว่าพื้นที่ที่ละแวกบ้านมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอและประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมที่กลุ่มและองค์กร การมีพื้นที่ให้ประชาชนได้เจอกันและมีโอกาสติดต่อสื่อสารกันสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นได้ นอกจากนี้โรสแลน อับดุล ฮาคิม และคณะ (Roslan Abdul-Hakim et al.) (2010) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของประชากรที่อาศัยอยู่ในชนบทของประเทศมาเลเซียและพบว่าทุนทางสังคมมีอิทธิพล

อย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะทุนทางสังคมสามารถช่วยก้าวข้ามปัญหาและอุปสรรคไปได้ การมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การมีทุนทางสังคมที่ดีสามารถส่งเสริมการมีสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อีกด้วย ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงประเด็นข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของทุนทางสังคมคือ ความไว้วางใจ การเกื้อกูลกัน และการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมที่มีต่อคุณภาพชีวิต โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1.ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว และ 3.ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจถือได้ว่าเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่เป็นพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและอาจจะรวมไปถึงความสัมพันธ์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ทั้งนี้จากที่ได้กล่าวถึงในบทที่ 2 เรื่องการแบ่งความไว้วางใจออกเป็น 2 ระดับคือระดับส่วนบุคคล (Micro Level) และระดับชุมชน (Macro Level) การศึกษานี้พบว่าความไว้วางใจทั้ง 2 ระดับ ได้แก่ ความไว้วางใจทั่วไปหรือความไว้วางใจในครอบครัวซึ่งอยู่ในระดับ Micro และความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงหรือความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ซึ่งอยู่ในระดับ Macro มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของอาซิยา ซาลิฮี และคณะ (Asiyeh Salehi et al.) (2015) ได้อธิบายไว้ว่าการพัฒนาความไว้วางใจจากการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะความสัมพันธ์ในระดับส่วนตัวหรือกลุ่มทางสังคมที่ไม่เป็นทางการเท่านั้น แต่ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในความสัมพันธ์ที่เป็นทางการในระดับชุมชน (Community Level) หรือแม้แต่มัธยภาค (National Level) ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงข้อค้นพบที่น่าสนใจใน 3 ประเด็น ได้แก่

1) ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงหรือความไว้วางใจในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ดูแลในครอบครัว

2) ความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3) ความไว้วางใจต่อสถาบันทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในเชิงลบ

ดังมีรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่หนึ่ง ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยจะนำเสนอ 2 ส่วน ได้แก่

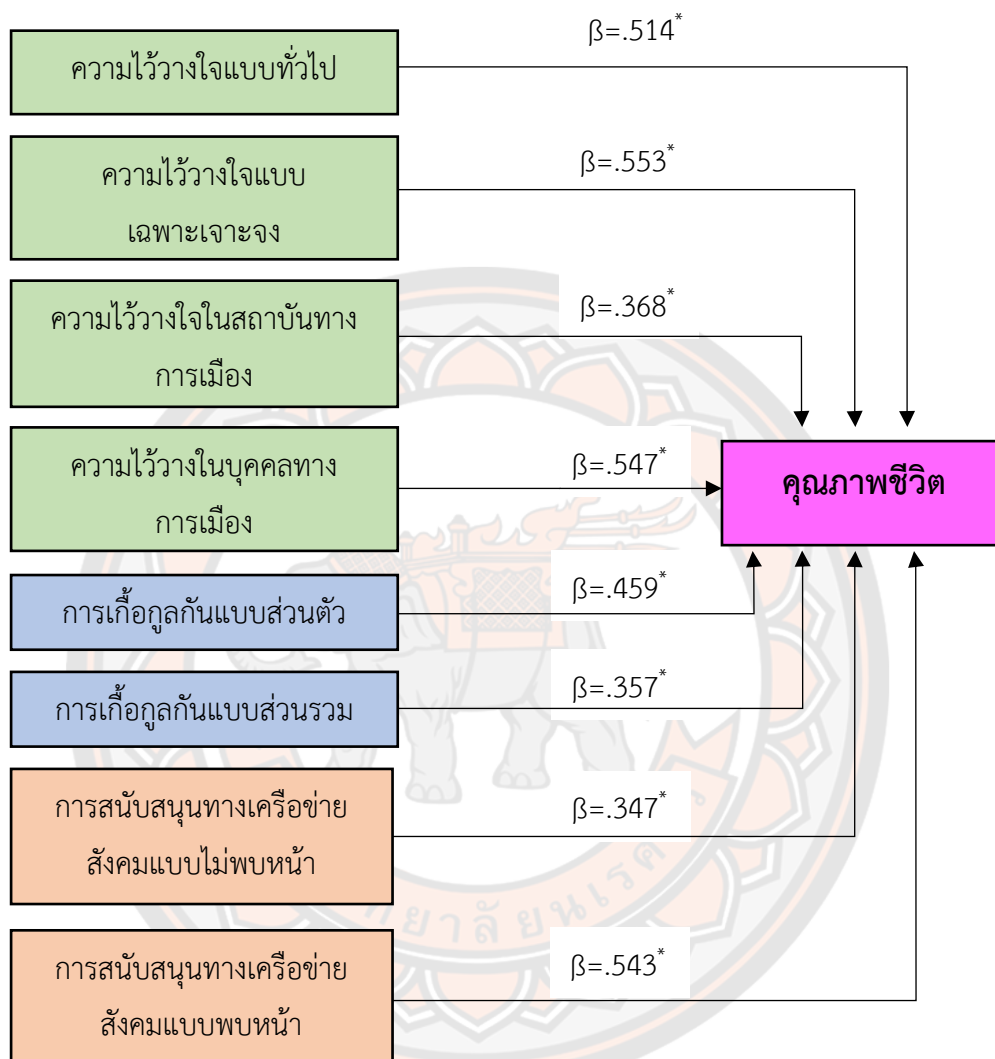
- 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม
- 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน (ทั้ง 4 ด้าน)

ดังมีรายละเอียดตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม

จากที่ได้กล่าวไปข้างต้นว่าความไว้วางใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตในภาพรวมทั้งหมด จากภาพ 19 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) และคุณภาพชีวิต (Y_1) มีลักษณะในเชิงบวกและมีค่าอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง $\rho = 0.553$ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุนทางสังคมด้านอื่น ๆ และคุณภาพชีวิต จะพบว่าความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงหรือในที่นี้หมายถึงความไว้วางใจในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุดเป็นลำดับที่หนึ่ง ตามมาด้วยด้านความไว้วางใจต่อบุคคลทางการเมือง (X_4) และด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (X_8) ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการมีความไว้วางใจต่อบุคคลในครอบครัว เช่น บิดามารดา พี่ น้อง สามีหรือ ภรรยามีความสำคัญและยังมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก สามารถดูชื่อตัวแปรทั้งหมดได้ในตาราง 45

ภาพ 19 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)



*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทำให้อาจกล่าวได้ว่า ความไว้วางใจโดยเฉพาะเจาะจงหรือความไว้วางใจต่อบุคคลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเปรียบเสมือนทุนทางสังคมที่อยู่ใกล้ตัวผู้ดูแลในครอบครัวมากที่สุด เป็นทุนที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว สามารถระดมทุนได้ผ่านการพบปะพูดคุยในชีวิตประจำวัน การอาศัยอยู่ร่วมกัน และผ่านการมีความสัมพันธ์ที่แนบแน่นของการเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน กล่าวได้ว่าความไว้วางใจต่อบุคคลในครอบครัวเป็นความไว้วางใจในระดับส่วนบุคคล (Micro Level) โดยเป็นทุนทาง

สังคมที่ได้มาจากการสร้างความสัมพันธ์แบบส่วนตัว (Individual Relationship) กับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน

จากการศึกษาของปีเตอร์ พี. วิตาลิโอโน เจียนปิง ชาง และเจมส์ เอ็ม. สคัลแลน (Peter P. Vitaliano, Jianping Zhang, and James M. Scanlan)(2003) กล่าวว่าความไว้วางใจในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลในครอบครัวจะพึ่งพาความไว้วางใจในสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ เพื่อทำหน้าที่ในการตัดสินใจร่วมกันและให้การสนับสนุนทางอารมณ์ การขาดความไว้วางใจในครอบครัวสามารถนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเครียดและแรงกดดันต่อผู้ดูแลในครอบครัวได้ นอกจากนี้ ยาซุฮารุ โทคุดะ และคณะ (Yasuharu Tokuda et al.) (2008) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของประชากรประเทศญี่ปุ่นและพบว่าความไว้วางใจส่วนบุคคลที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชากรในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งปัจจัยที่จะสามารถสร้างความไว้วางใจส่วนบุคคลในระดับที่สูงนั้นเกิดจากการมีความผูกพันทางสังคมที่เข้มแข็งกับครอบครัว เพื่อน และสังคม อีกทั้งยังสามารถเพิ่มการรับรู้ทางการสนับสนุนทางสังคมอีกด้วย

การศึกษานี้จึงพยายามเสนอว่าความไว้วางใจในครอบครัวเป็นทุนทางสังคมในระดับ Micro ที่มีความสำคัญและมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในครอบครัวเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันภายในครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกันและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้เกิดเป็นความใกล้ชิดและความผูกพันแน่นแฟ้นภายในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถนำไปสู่การส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้ และในส่วนต่อไปจะอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

2) ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน (ทั้ง 4 ด้าน)

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะอภิปรายถึงความสัมพันธ์ความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงที่มีต่อคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพร่างกาย ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จากตาราง 43 พบว่าความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทุกด้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง (X_2) และคุณภาพชีวิตทุกด้าน ($Y_2 - Y_5$) ในเชิงบวกและยังมีอยู่ในสามลำดับแรกทั้งหมด ซึ่งสามารถดูข้อสรุปในการศึกษาได้จากตาราง 45

ตาราง 44 แสดงลำดับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ที่มีค่ามากที่สุด
สามลำดับแรกระหว่างทุนทางสังคม (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_2 - Y_5)

	Y_2	Y_3	Y_4	Y_5
X_1	.324 ¹	.389	.517 ¹	.499
X_2	.319 ³	.485 ¹	.502 ³	.531 ¹
X_3	.120	.243	.412	.437
X_4	.276	.411 ³	.388	.477
X_5	.239	.283	.512 ²	.504 ³
X_6	.200	.330	.317	.327
X_7	.144	.195	.426	.391
X_8	.320 ²	.471 ²	.469	.520 ²

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

¹ มีค่ามากเป็นลำดับที่หนึ่ง

² มีค่ามากเป็นลำดับที่สอง

³ มีค่ามากเป็นลำดับที่สาม

ตาราง 45 แสดงชื่อตัวแปรในการศึกษา

ชื่อตัวแปร	สัญลักษณ์
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบทั่วไป	X_1
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง	X_2
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมือง	X_3
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในบุคคลทางการเมือง	X_4
ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว	X_5
ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันแบบส่วนรวม	X_6
ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า	X_7
ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า	X_8
คุณภาพชีวิตด้านสภาพร่างกาย	Y_2
คุณภาพชีวิตด้านสภาพจิตใจ	Y_3
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	Y_4
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	Y_5

จากตาราง 44 ถ้าพิจารณาเฉพาะความสัมพันธ์ของความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจง และคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านทั้ง 4 ด้าน จะพบว่าความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด รองลงมาคือด้านสังคม ด้านสุขภาพจิตและด้านสุขภาพกาย ตามลำดับ อย่างไรก็ตามยังพบว่าค่าความสัมพันธ์ของความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงมีค่ามากเป็นลำดับที่หนึ่งในคุณภาพชีวิต 2 ด้าน ได้แก่ 1.คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ 2.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงและคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีค่ามากที่สุด จึงมีความเป็นไปได้ว่าความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงหรือความไว้วางใจในครอบครัวสามารถส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสิ่งแวดล้อมได้มากที่สุดเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ

ทั้งนี้ จากที่ได้กล่าวถึงในบทที่ 2 ว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมคือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิต เช่น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การคมนาคม ความอิสระเสรี ความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต รวมไปถึงการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางการเงินนั้น จะเห็นได้ว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก บทบาทของครอบครัวในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนและเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลครอบครัวในด้านสิ่งแวดล้อม ความเชื่อใจและความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เข้าถึงได้ง่ายและสามารถแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสามารถลดความเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวลและความกดดันของผู้ดูแลในครอบครัวได้ นอกจากนี้การเข้าถึงทรัพยากรและบริการทางการแพทย์ยังสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลให้กับผู้ดูแลในครอบครัวและนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

2) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ความไว้วางใจในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ความไว้วางใจภายในครอบครัวสามารถช่วยสนับสนุนสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้ การได้รับความรัก ความห่วงใยและความสนับสนุนจากครอบครัวเปรียบเสมือนการปลอบประโลมทางจิตใจที่สามารถช่วยลดความเครียด ความกดดันและความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวจากภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ความรู้สึกของการมีคนในครอบครัวให้

ฟังพาและสามารถช่วยเหลือในตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และยังเกิดความรู้สึกปลอดภัยและมั่นคงทางจิตใจได้

ทั้งนี้ การมีความไว้วางใจและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการและความกดดันจากภาระที่ต้องแบกรับ ความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่สามารถมาช่วยสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวได้ ซึ่งผู้วิจัยจะได้อธิบายถึงความสำคัญและอิทธิพลของความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

ประเด็นที่สอง ความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว อาจกล่าวได้ว่าความไว้วางใจเพียงบุคคลในครอบครัวอาจจะไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากลักษณะของหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเปรียบเสมือนการต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การมีปฏิสัมพันธ์และฟังพาช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งจำเป็นและไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถให้ความช่วยเหลือต่อและคำแนะนำผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการดูแลรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน ผ่านการให้ข้อมูลและแนวทางในการดูแลรักษา อีกทั้งยังช่วยให้เข้าใจถึงสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการรับมือ (National Academies of Sciences, 2016) จึงกล่าวได้ว่าความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นี้สามารถส่งผลกระทบต่อแง่มุมต่างๆ ของการดูแล รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย

จากการศึกษาของ มาร์ค เอ. ฮอลล์ และคณะ (Mark A. Hall et al.) (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความไว้วางใจในผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลพบว่าความไว้วางใจเฉพาะบุคคลเป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยความไว้วางใจส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจะฟังพาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สำหรับคำแนะนำ ข้อมูล และการสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้การศึกษาของริชาร์ด ชูลซ์ และ พอลลา อาร์. เชอร์วูด (Richard Schulz and Paula R. Sherwood) (2008) ได้กล่าวไว้ว่าความไว้วางใจในผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ ครอบครัวและการสนับสนุนทางเครือข่ายสามารถมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพจิตและการรับมือกับปัญหาของผู้ดูแลใน

ครอบครัว การมีความไว้วางใจในระดับที่สูงมีแนวโน้มที่จะสามารถบรรเทาความเครียด ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยวและนำไปสู่การพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตได้

ยิ่งไปกว่านั้นช่วงเวลาที่ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลได้ตรงกับช่วงเวลาการระบาดของโควิด-19 (ระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2564) ทำให้เห็นว่าในช่วงเวลานั้นบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความไว้วางใจจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากการผู้ดูแลในครอบครัวต้องดูแลให้ความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันตามปกติแล้ว ยังต้องรับมือกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุอีกด้วย บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นที่พึ่งพิงเดียวที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความไว้วางใจ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับภาระหน้าที่ที่หนักมากขึ้น เช่นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ควบคู่ไปกับการรักษาโรคตามสภาพ การเฝ้าระวังการแพร่เชื้อโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และการเป็นที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลในครอบครัว

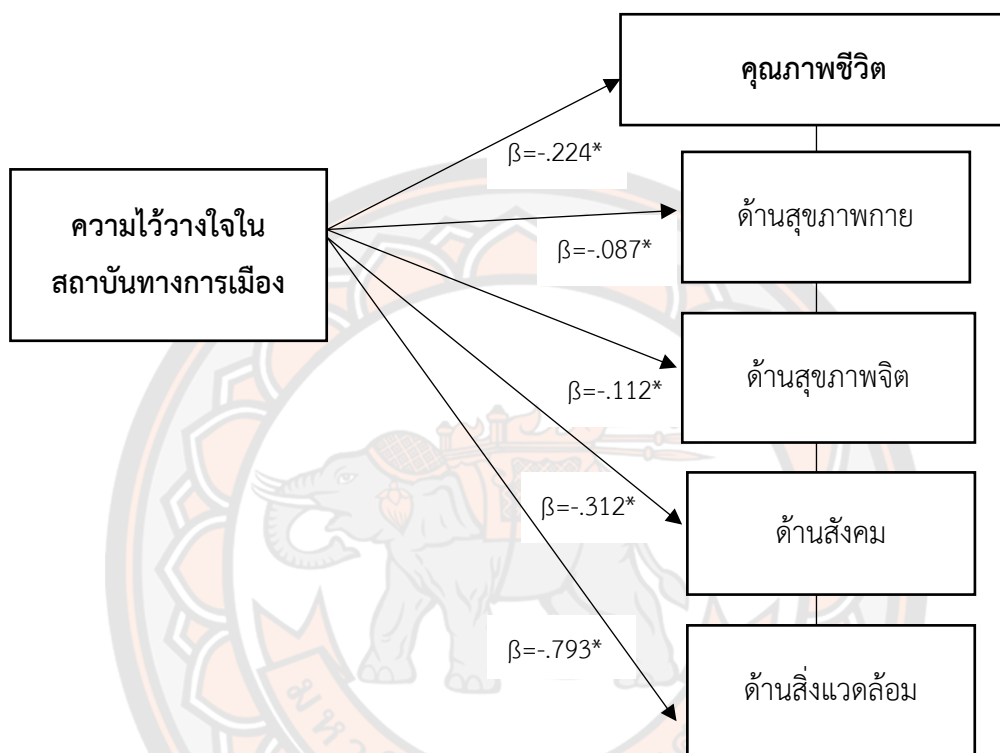
การศึกษานี้จึงพยายามที่จะเสนอว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัว ความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์มีความซับซ้อนในหลายมิติ และมีอิทธิพลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยสามารถส่งผลต่อการตัดสินใจ การสื่อสาร สุขภาวะทางด้านอารมณ์และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุได้ และสามารถกล่าวได้ว่าการมีทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์สามารถส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้

จากการอภิปรายในประเด็นที่หนึ่งและประเด็นที่สองข้างต้นจะพบว่าความไว้วางใจในครอบครัวและความไว้วางใจทางบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางบวกทั้งสองตัวแปร แต่ในทางตรงกันข้ามการศึกษานี้ยังค้นพบประเด็นที่น่าสนใจว่าความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกันแต่มีเป็นความสัมพันธ์ในเชิงลบ ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ประเด็นที่สาม ความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในเชิงลบ ทั้งความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม จากที่ได้อธิบายไปข้างต้น ความไว้วางใจในระดับ Macro มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเห็นได้จากความไว้วางใจในเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ในเชิง

บวกต่อคุณภาพชีวิต แต่การศึกษานี้กลับค้นพบว่าความไว้วางใจทางสถาบันทางการเมืองมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยสามารถดูได้จากภาพ 20

ภาพ 20 ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในสถาบันทางการเมืองและคุณภาพชีวิต



*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากภาพ 20 จะเห็นได้ว่าทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในสถาบันทางการเมืองและคุณภาพชีวิตในทุกด้านมีความสัมพันธ์กันแต่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) ในเชิงลบ ทั้งนี้ไม่อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมือง แต่มีความเป็นไปได้ว่าอาจจะมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบอื่น การศึกษานี้จึงพยายามที่จะเสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันทางการเมืองและผู้ดูแลในครอบครัวอาจจะเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง (Political Distrust) ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงความหมายและความสัมพันธ์ในรูปแบบของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง โดยจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1.ความหมายของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง (Political Distrust) 2.ความสำคัญของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง

และ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ไว้วางใจทางการเมืองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ความหมายของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง (Political Distrust)

ในส่วนนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองมากที่สุดยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะอธิบายถึงความแตกต่างระหว่างความไว้วางใจทางการเมืองและความไม่ไว้วางใจทางการเมืองเป็นอันดับแรก ความไม่ไว้วางใจทางการเมืองอาจจะไม่ได้หมายความว่าความถึงด้านตรงกันข้ามของความไว้วางใจทางการเมือง แต่กล่าวได้ว่าความไม่ไว้วางใจทางการเมืองและความไว้วางใจทางการเมืองสามารถมองเป็นทัศนคติที่สัมพันธ์กัน ซึ่งทั้งสองด้านเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีอยู่ในระบบประชาธิปไตย (Bruno, 2017) นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่าความไม่ไว้วางใจทางการเมืองและความไว้วางใจทางการเมืองเป็นสองสิ่งที่แยกออกจากกันซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งที่มาและความหมาย (Intawan & P.Nicholson, 2018; Walle & Six, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับเอริ เบอร์ทซอว์ (Eri Bertsou) (2019) ที่ได้กล่าวไว้ว่าความไม่ไว้วางใจและความไว้วางใจเป็นสิ่งที่มิสสถานะเท่าเทียมกัน การรวมความไม่ไว้วางใจเข้ากับการขาดความไว้วางใจเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง การขาดความไว้วางใจคือด้านตรงข้ามกับความไว้วางใจ ในขณะที่การขาดความไม่ไว้วางใจก็คือด้านตรงข้ามกับความไม่ไว้วางใจ

ทั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่าประชาชนไม่สามารถให้ความมั่นใจในกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐได้ตลอดเวลา จากปัญหาการคอร์รัปชัน (C. J. Anderson & Tverdova, 2003; Treisman, 2007; Uslaner, 2008) การทำงานที่ไม่มีความโปร่งใส (Grimmelikhuijsen, Porumbescu, Hong, & Im, 2017) และการไม่สามารถดำเนินการได้ตามนโยบายที่วางไว้ (C. J. Anderson & Tverdova, 2003; Lupia & McCubbins, 1998) ทั้งหมดที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นส่วนหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดความไม่ไว้วางใจทางการเมืองขึ้นได้ ความไม่ไว้วางใจทางการเมือง หรือ Political Distrust หรือในการศึกษาของวัลลภ สร้อยทอง (Wanlapat Soithong) (2011) ได้ใช้คำว่า “Mistrust” และให้ความหมายไว้ว่าเป็นความไม่เชื่อใจของประชาชนที่มีต่อรัฐบาลและยังหมายถึงความยากลำบากในระบบทางการเมือง เช่นการลดลงของความมั่นคงทางการเมืองหรือความกดดันที่รัฐบาลต้องแบกรับ

นอกจากนี้ จากการศึกษาของปีปปา นอริส (Pippa Norris) (1999) ได้กล่าวถึงความไม่ไว้วางใจทางการเมืองไว้ว่าหมายถึงการขาดความมั่นใจ ความศรัทธา และความเชื่อในสถาบันทางการเมือง ผู้นำ รวมไปถึงกระบวนการต่างๆ ของภาครัฐ อาจแสดงออกให้เห็นว่าเป็นความสงสัยและการขาดความไว้วางใจโดยทั่วไปในประสิทธิผลของหน่วยงานและโครงสร้างของรัฐบาล ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของเอริ เบอท์ซัว (Eri Bertsou) (2019) ได้อธิบายไว้ว่าความไม่ไว้วางใจทางการเมืองคือการที่พลเมืองถูกกระตุ้นให้รู้สึกเบื่อหน่ายกับการเมืองที่พวกเขาไม่มีความเชื่อมั่นในระบบและพื้นฐานทางการเมืองนั้น และพลเมืองเตรียมตัวที่จะฉีกกฎเกณฑ์ต่าง ๆ รวมไปถึงการปฏิเสธต่อพรรคการเมืองและนักการเมืองด้วย

ยิ่งไปกว่านั้น กาเบรียลลา แคทเทอเบิร์ก และอเลจานโดร โมเรโน (Gabriela Catterberg and Alejandro Moreno) (2006) ได้อธิบายถึงความหมายของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองไว้ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความสงสัย ความระแวงและการขาดความเชื่อมั่นในความซื่อสัตย์และอำนาจของตัวแสดงทางการเมืองและสถาบันทางการเมือง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากการรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือ การผิดคำพูดและความผิดหวังจากระบบทางการเมือง (Walle & Six, 2014; Zmerli & NEWTON, 2008)

จากความหมายของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าความไม่ไว้วางใจทางการเมืองคือการที่ประชาชนขาดความมั่นใจเกิดจากความสงสัยและความระแวงต่อสถาบันทางการเมือง นักการเมือง รวมไปถึงระบบและกระบวนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ ในส่วนต่อไปจะได้อธิบายถึงความสำคัญของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองต่อไป

2) ความสำคัญของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง

ความไม่ไว้วางใจทางการเมืองกล่าวได้ว่าเป็นทัศนคติทางการเมืองที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเมืองการปกครอง ในขณะที่ความไว้วางใจทางการเมืองเป็นสิ่งที่ควรมีในระบอบการเมืองแบบประชาธิปไตยแต่หาว่าการมีความไว้วางใจทางการเมืองสูงอาจไม่ได้เป็นผลดีเสมอไปได้ เนื่องจากประชาชนจะขาดความสงสัยและการตั้งคำถามเกี่ยวกับกระบวนการทำงานของภาครัฐซึ่งสามารถนำไปสู่การขาดการตรวจสอบถึงประสิทธิภาพและความโปร่งใสในการดำเนินการของรัฐได้ ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าระดับของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองไม่ได้เป็นปัญหาของรัฐบาลแต่หมายถึงความสามารถในการควบคุมและตรวจสอบการทำงานของภาครัฐได้ (Dalton, 2004; Walle & Six, 2014)

การเกิดความไม่ไว้วางใจทางการเมืองยังสามารถส่งผลให้ประชาชนเกิดความตื่นรู้ทางการเมือง โดยประชาชนจะเกิดแรงจูงใจในการเข้าไปมีส่วนร่วมในรับรู้กระบวนการทำงานของภาครัฐเพื่อที่จะสามารถควบคุมและตรวจสอบถึงความโปร่งใสและความน่าเชื่อถือ เพื่อให้การทำงานของภาครัฐเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถตอบสนองต่อความพึงพอใจของประชาชนที่คาดหวังไว้ได้ ซึ่งโรเบิร์ต ดี. พัตนัม (Robert D. Putnam) (2000) ได้อธิบายถึงความไม่ไว้วางใจทางการเมืองไว้ว่าอาจเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของพลเมืองอย่างแข็งขัน ซึ่งเป็นวิธีการมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงนอกช่องทางทางการเมืองที่เป็นทางการ การเคลื่อนไหวของ

ระดับรากหญ้าและการมีส่วนร่วมของชุมชนอาจเป็นผลมาจากความปรารถนาที่จะจัดการกับความบกพร่องที่อยู่ในการดูแล ทั้งนี้ อาจจะกล่าวได้ว่าความไม่ไว้วางใจทางการเมืองยังสามารถกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทางการเมืองในระดับชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่จะตรวจสอบและแก้ไขการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่ไม่ถูกต้อง (Walle & Six, 2014)

นอกจากนี้ ความไม่ไว้วางใจทางการเมืองยังสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่และหน่วยงานภาครัฐต้องมีการทำงานที่โปร่งใสและเท่าเทียมกัน เพื่อที่จะแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ในการดำเนินงาน ลดการเกิดการคอร์รัปชันและการแสวงหาผลประโยชน์ที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังสามารถให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจในการกระบวนกรต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความมั่นใจมากขึ้นในการตั้งคำถามและประเมินผลต่อกระบวนการทำงานของรัฐ (Maloney, Smith, & Stoker, 2000; ROTHSTEIN & TEORELL, 2008; Shi, 2001)

การศึกษานี้จึงพยายามที่จะเสนอว่าความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในสถาบันการเมืองของผู้ดูแลในครอบครัวและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันแต่อยู่ในรูปแบบของความไม่ไว้วางใจทางการเมือง เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในสถาบันการเมืองและคุณภาพของผู้ดูแลในครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กันแม้ว่าจะเป็นในลักษณะเชิงลบ จึงไม่อาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมือง แต่อาจจะมี ความสัมพันธ์กันในรูปแบบอื่นดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ไว้วางใจทางการเมืองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3) ความสัมพันธ์ระหว่างความไม่ไว้วางใจทางการเมืองและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

จากภาพ 20 จะพบว่าค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β) กับคุณภาพชีวิตที่มีค่าลบมากที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม จึงหมายความว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความไม่ไว้วางใจทางการเมืองต่อคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมากที่สุด มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดความเชื่อมั่นและเกิดความสงสัยต่อประสิทธิภาพด้านการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิต การรับรู้ได้ว่าอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี เช่นการคมนาคมสะดวกสบาย อากาศปราศจากมลพิษ มีสถานบริการด้านสุขภาพที่ดีและเพียงพอ

ทั้งนี้จากที่ได้กล่าวไปข้างต้น การเก็บข้อมูลของการศึกษานี้อยู่ในช่วงเวลาการระบาดของโรคโควิด-19 (ระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2564) จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการ

รับรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านการแพร่เชื้อโรคระบาดของหน่วยงานภาครัฐในเชิงลบและเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่มีความมั่นใจต่อการจัดการของหน่วยงานภาครัฐ จึงนำไปสู่การมีความไม่ไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองได้

สรุปได้ว่า ทูทางสังคมด้านความไว้วางใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไว้วางใจต่อครอบครัวและความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตในทุกด้านและอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจจะหมายความว่าเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจต่อครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์สูงก็ยิ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น แต่ในทางกลับกันความไว้วางใจต่อสถาบันทางการเมืองมีความสัมพันธ์ลักษณะของความไม่ไว้วางใจทางการเมืองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ในส่วนต่อไปจะทำการอภิปรายถึงความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การเกื้อกูลกัน (Norms of Reciprocity) เป็นองค์ประกอบทางทุนทางสังคมที่ค่อนข้างมีความซับซ้อนเนื่องจากมีลักษณะเป็นแนวความคิดในเชิงทัศนคติและมีความเป็นนามธรรม ทำให้ต้องศึกษาผ่านพฤติกรรมของบุคคล (S. Abbott & Freeth, 2008) การศึกษานี้จึงได้ทำการแบ่งทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันออกเป็น 2 ระดับเช่นเดียวกับทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจคือ การเกื้อกูลกันในระดับ Micro หรือการเกื้อกูลกันแบบส่วนตัว และในระดับ Macro การเกื้อกูลกันในระดับส่วนรวม

ทั้งนี้จากตาราง 46 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตพบว่า ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันในระดับส่วนตัวและการเกื้อกูลกันในระดับส่วนรวมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตทั้งสองตัวแปร ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ในตาราง 46

ตาราง 46 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ในการพยากรณ์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน (X_1 - X_8) และคุณภาพชีวิต (Y_1)

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	72.234	6.105		11.831	.000
การเกื้อกูลกันในระดับส่วนตัว	.848	.815	.067	1.040	.299
การเกื้อกูลกันในระดับส่วนรวม	.854	.610	.068	1.399	.162

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางข้างต้นจะพบว่า การเกื้อกูลกันในระดับส่วนตัว ($p=.299$) และการเกื้อกูลกันในระดับส่วนรวม ($p=.162$) ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงกล่าวได้ว่าการเกื้อกูลกันทั้ง 2 ระดับไม่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันเป็นองค์ประกอบของทุนทางสังคมในการศึกษาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างไปจากองค์ประกอบทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 องค์ประกอบ

ซึ่งการเกื้อกูลกันสามารถกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งในบรรทัดฐานทางสังคมที่ผู้คนมีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ทั้งการแบ่งปันสิ่งของ การให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมความรู้สึกที่ดีด้วยความเต็มใจระหว่างกัน รวมไปถึงความรู้สึกที่ต้องการตอบแทนต่อการกระทำที่ดีที่ได้รับจากบุคคลอื่น นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าการเกื้อกูลกันมีความสำคัญต่อสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวคือการเกื้อกูลกันเปรียบเสมือนคุณค่าและความคาดหวังทางสังคมที่สามารถส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างช่วงวัยให้เกิดการช่วยเหลือดูแลระหว่างกันและกัน โดยการเกื้อกูลกันทำหน้าที่เป็นกาวที่สามารถเชื่อมระหว่างผู้สูงอายุและลูกหลานซึ่งอยู่คนละช่วงวัยให้เกิดการแลกเปลี่ยนและตอบแทนระหว่างกันทั้งในด้านการให้สิ่งของและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Bengtson & Settersten, 2016; Putnam, 2000; Silverstein & Giarrusso, 2010) เช่นการศึกษาของลูอิส เอ็ม. เวอร์บรูกและแองเจลิช ชาน (Loius M. Verbrugge and Angelique Chan) (2008) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเกื้อกูลกันภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในประเทศสิงคโปร์พบว่า การเกื้อกูลกันภายในครอบครัวโดยเฉพาะในสังคมเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความเข้มแข็งมาก ยิ่งผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวมากเท่าไรยิ่งตอบแทนกลับไปมากเท่านั้นและการตอบแทนจะอยู่ในรูปแบบของความรัก ความห่วงใย การให้คำปรึกษาและการดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว

นอกจากนี้ มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อกูลกันและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้กล่าวไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุถือว่าเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับซึ่งกันและ

กัน ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวก็สามารถรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองและมีความสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัว การได้รับความไว้วางใจจากผู้สูงอายุ รวมไปถึงความรู้สึกภูมิใจจากการทำหน้าที่ดูแลคนที่ตัวเองรักให้มีความสุข การสนับสนุนทางอารมณ์เหล่านี้สามารถส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาระและความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุได้ และอาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย (Haley, LaMonde, Han, Burton, & Schonwetter, 2003; Pinquart & Soeren, 2003) อีกทั้งโรบิน เอ. เรย์และแอนเน็ตต์ เอฟ. สตรีท (Robin A. Ray and Annette F. Street) (2011) ยังกล่าวไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะมีการเรียกร้องขอความช่วยเหลือตอบแทนจากบุคคลอื่นในเครือข่ายมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวนั้นเคยให้การช่วยเหลือมาก่อน โดยเฉพาะเมื่อผ่านเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกร่วมกัน เช่น เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจะยิ่งส่งเสริมให้ความสัมพันธ์เข้มแข็งมากขึ้น

แต่ในทางกลับกันผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้กลับพบว่าการเกื้อกูลกันไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีการตระหนักถึงภาระในการดูแลผู้สูงอายุและมองว่าการดูแลผู้สูงอายุไม่ได้เป็นผลต่างตอบแทนของกันและกัน จากการศึกษาของแคเธอรีน อี. รีด, ซีมอน มอส และแกรม ไฮแมน (Catherine E. Reid, Simon Moss and Graeme Hyman) (2005) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกื้อกูลกันและภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดด้านการช่วยเหลือตัวเองพบว่าการเกื้อกูลกันสามารถลดการรับรู้ด้านภาระของผู้ดูแลได้โดยตรง ซึ่งการรับรู้นี้สามารถลดลงได้จากการรักษาสัมดุลระหว่างการเป็นผู้ให้และผู้รับของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถตอบแทนผ่านการแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่นและความรู้สึกขอบคุณต่อผู้ดูแล ซึ่งการแลกเปลี่ยนระหว่างกันนี้ส่งผลให้การรับรู้ด้านภาระของผู้ดูแลลดลงและการมีความรู้สึกเท่าเทียมกันสามารถทำให้ผู้ดูแลจัดการกับความต้องการที่คาดหวังว่าจะได้รับตอบแทนจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลจะมีระดับของความเครียดและการรับรู้ด้านภาระต่ำเมื่อผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถตอบแทนกลับผ่านการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เท่าเทียมกัน (Dwyer, Lee, & Jankowski, 1994)

ยิ่งไปกว่านั้น มาติน พินควาร์ท และ ซิลเวีย โซเรนเซน (Martin Pinquart and Silvia Sorensen) (2003) ศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าความแตกต่างด้านความเครียด ความวิตกกังวล สุขภาวะ และการรับรู้ด้านความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ที่ไม่ใช่ผู้ดูแลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากการรับรู้เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลในครอบครัวมีน้อยและไม่รู้สึกถึงผลกระทบด้านลบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และได้รับความรู้สึกที่ดีตอบแทนจากผู้ที่ทำให้การดูแลจนทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับหน้าที่ที่กำลังรับผิดชอบอยู่เป็นการอยู่อาศัยร่วมกันกับคนในครอบครัวที่มีภาวะบกพร่อง

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่ได้มองว่าการดูแลผู้สูงอายุคือภาระที่ต้องแบกรับ และไม่ได้รับผลกระทบด้านลบ เช่นความเครียดและความวิตกกังวลจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีแนวโน้มการมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว (Schulz et al., 1997)

อย่างไรก็ตาม การที่ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกันไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีความเป็นไปได้ว่าจะเป็นผลมาจากการขาดการรับรู้ถึงภาระที่ต้องแบกรับจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและไม่ได้มุ่งให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ที่ได้รับตอบแทนจากการแลกเปลี่ยนด้านความสัมพันธ์ การเป็นผู้ให้และผู้รับซึ่งกันและกันกับผู้สูงอายุ รวมถึงการไม่มีความตระหนักรู้ถึงหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่รับผิดชอบอยู่ สาเหตุที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นนี้จึงอาจเป็นปัจจัยแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้การเกื้อกูลกันมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแตกต่างไปจากความไว้วางใจและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ซึ่งในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวต่อไป

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมเป็นองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก การทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้หมายถึงการทำหน้าที่เพียงลำพังในสังคม แต่ด้วยลักษณะของบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ต้องมีเข้าไปมีส่วนร่วมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งในส่วนนี้จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (Offline) และแบบไม่พบหน้า (Online) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการและไม่เป็นทางการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (Offline) และแบบไม่พบหน้า (Online) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

การศึกษานี้ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวใน 2 ระดับเช่นเดียวกับความไว้วางใจและการเกื้อกูลกัน คือแบ่งเครือข่ายสังคมออกเป็นระดับ Micro และ Macro ซึ่งเครือข่ายสังคมในระดับ Micro หรือเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า (Offline) มีรูปแบบของความสัมพันธ์ในเครือข่ายในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันแบบซึ่งหน้า และเครือข่ายสังคมในระดับ Macro หรือเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า

(Online) ซึ่งมีรูปแบบของความสัมพันธ์ในเครือข่ายในลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กันผ่านการโทรศัพท์หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊กที่ไม่ได้เป็นการพบกันแบบซึ่งหน้า

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 พบประเด็นที่น่าสนใจคือการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากภาพ 19 จะพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคมแบบพบหน้าและคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) $\beta = 0.543$ และมีค่ามากเป็นลำดับที่สามรองจากความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงและความไว้วางใจบุคลากรทางการเมือง ตามลำดับ ทั้งนี้จากการอธิบายถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจแบบเฉพาะเจาะจงและความไว้วางใจบุคลากรทางการเมืองต่อคุณภาพชีวิตในหัวข้อที่ 1.1 สามารถกล่าวได้ว่าเครือข่ายสังคมแบบพบหน้าก็เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายแบบพบหน้ากับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านจะพบว่ามีความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) มากเป็นลำดับสองในคุณภาพ 3 ด้านคือด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือด้านสุขภาพจิตและด้านสุขภาพกาย ตามลำดับ (สามารถดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในตาราง 43)

ยิ่งไปกว่านั้น จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมด้านเครือข่ายสังคมกับคุณภาพชีวิตพบว่าเครือข่ายสังคมแบบพบหน้าและไม่พบหน้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในเชิงบวกมากที่สุด 2 อันดับแรก โดยเครือข่ายสังคมแบบพบหน้ามีอิทธิพลมากที่สุด ($B = 4.170$) และเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า ($B = 2.886$) ตามลำดับ

ตาราง 47 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมสังคมกับคุณภาพชีวิต

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	72.234	6.105		11.831	.000*
X ₁	1.093 ³	.288	.197	3.793	.000*
X ₂	.994	.321	.157	3.102	.002*
X ₃	-.793	.214	-.201	-3.704	.000*

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
X ₄	.946	.329	.134	2.876	.004*
X ₅	.848	.815	.067	1.040	.299
X ₆	.854	.610	.068	1.399	.162
X ₇	2.886 ²	.602	.229	4.796	.000*
X ₈	4.170 ¹	.737	.330	5.654	.000*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

¹ มีค่ามากเป็นลำดับที่หนึ่ง

² มีค่ามากเป็นลำดับที่สอง

³ มีค่ามากเป็นลำดับที่สาม

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมโดยเฉพาะเครือข่ายสังคมแบบพบหน้ามีความสำคัญและส่งอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังค้นพบประเด็นที่น่าสนใจคือผู้ดูแลในครอบครัวอาจยังให้ความสำคัญการเครือข่ายสังคมแบบพบหน้ามากกว่าเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้า ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคมแบบพบหน้ามีบทบาทในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวด้านความช่วยเหลือ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรและการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน รวมไปถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์ สภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการสนับสนุนด้านสังคมและชุมชนในบริบทการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีฮยเย อี (Eun-Hye Yi) (2021) ที่ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวระหว่างการสนับสนุนทางสังคมแบบออฟไลน์และการสนับสนุนทางสังคมแบบออนไลน์ และข้อค้นพบที่น่าสนใจคือการสนับสนุนทางสังคมแบบออฟไลน์มีผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมแบบออนไลน์ไม่มีผลต่อการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต และการมีปฏิสัมพันธ์แบบซึ่งหน้าและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและเครือข่ายชุมชนในรูปแบบการพบหน้ากันยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว

นอกจากนี้ ซาบิน ทริฟเพอร์เฮอ โทเปียส เดียนลิน และลีโอนาร์ด เรียเนค (Sabine Trepte, Tobias Dienlin, and Leonard Reinecke) (2015) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมทั้งในรูปแบบของออนไลน์และออฟไลน์ว่ามีผลกระทบต่องานและความพึงพอใจในระดับส่วนบุคคลและ

ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมอย่างไร และผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบบออฟไลน์ หรือแบบพบหน้าส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งซาบิน ทริฟเพอร์เธอ โทเบียส เดียนลิน และลีโอนาร์ด เรียนเคยังได้กล่าวเพิ่มเติมอีกว่าการสนับสนุนทางสังคมแบบออฟไลน์ หมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยตรงแบบพบกันซึ่งหน้า นอกจากนี้จะได้สื่อสารกันผ่านการพูดคุยแล้ว ภาษากายและท่าทาง ณ ขณะที่กำลังพูดคุยกันก็มีผลกระทบต่อการอารมณ์ในส่วนลึกและสามารถทำให้รับรู้ได้ถึงความเป็นมิตรและความปลอดภัยของความสัมพันธ์ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต อีกทั้งจากการศึกษาของ เดวิด เอ. อัลไบรท์ คราล่า วาชิงตัน และเดบรา พาร์คเกอร์-โอลิเวอร์ (David L. Albright, Karla Washington, and Debra Parker-Oliver) (2016) ที่ศึกษาถึงพลวัตของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบบออฟไลน์จากครอบครัวมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวทางอารมณ์สูง ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวแบบออฟไลน์ทั้งในเชิงของจำนวนคนและคุณภาพของการสนับสนุนสามารถช่วยในสนับสนุนในด้านอารมณ์และความรู้สึกได้เป็นอย่างดี

ในบริบทของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น เครือข่ายสังคมแบบออฟไลน์ยังคงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีความเป็นไปได้ว่าเครือข่ายสังคมแบบพบหน้าหรือออฟไลน์สามารถให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวได้ลึกซึ้งในด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับรู้ได้โดยตรงจากประสาทสัมผัส เช่นการมองเห็น การได้ยินและการสัมผัส เพราะฉะนั้นการสนับสนุนการเกิดเครือข่ายสังคมแบบออฟไลน์จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นในสังคมสามารถช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้พยายามที่จะปฏิเสธความสำคัญของเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้าหรือแบบออนไลน์ต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว จากผลการศึกษาในบทที่ 4 ยังพบว่าทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และมีค่า $B = 2.886$ มากเป็นอันดับสองรองลงมาจาก การสนับสนุนเครือข่ายสังคมแบบพบหน้า จึงแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์ก็อาจมีความสำคัญต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเช่นเดียวกัน

การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมแบบไม่พบหน้าหรือเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์มีความสำคัญต่อผู้ดูแลครอบครัวอย่างมาก โดยเป็นเครือข่ายสังคมแบบไร้สายที่ให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวทางอารมณ์ความรู้สึก การสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่ใกล้กัน และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสำคัญต่าง ๆ การสนับสนุนนี้ทำหน้าที่เป็นทรัพยากรสำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่มักเผชิญกับความโดดเดี่ยว ความเครียด และการหมดกำลังใจ ซึ่งสามารถช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ และเข้าถึงทรัพยากรและคำแนะนำด้านการดูแลอย่างมากมาย การสนับสนุนเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์นี้ไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังสามารถแต่ยังช่วยให้มีความรู้และวิธีการรับมือกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุได้อีกด้วย นอกจากนี้เครือข่ายสังคมออนไลน์ยังส่งเสริมการสื่อสารและการมีส่วนร่วมที่เปิดกว้าง สร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ดูแลในครอบครัว การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมออนไลน์มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้

จากการศึกษาของ ฮอปวูด และคณะ (Hopwood et al.) (2018) ได้อธิบายถึงผลกระทบของการเข้ามามีบทบาทของเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมพบว่าประโยชน์ของบทบาทของสังคมออนไลน์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวคือสามารถลดความวิตกกังวล ความเครียดและลดภาระที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุได้ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมออนไลน์มีความเป็นไปได้ในการส่งเสริมด้านคุณภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยเป็นเครื่องมือสำคัญในเครือข่ายการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและยกระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ นอกจากนี้ชินจียุนและชเวซังวอน (Shin JiYoun and Choi SungWon) (2020) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายออนไลน์และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางข้อมูล การส่งเสริมด้านกิจกรรมและการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งผ่านได้ทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งถือได้ว่าเป็นเส้นทางการเชื่อมต่อสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในสร้างเครือข่ายกับบุคคลที่ประสบการณ์คล้ายคลึงกัน การมีส่วนร่วมในเครือข่ายสังคมออนไลน์สามารถส่งผลกระทบในเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ โดยการสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูล และรวมกลุ่มในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานูเอล เมนเกอ, แอนนา เจ.เอ็ม.วาคเนอร์และซูซาน คินเนบร็อก (Manuel Menke, Anna J. M. Wagner and Susanne Kinnebrock) (2020) ได้ศึกษาถึงผู้ดูแลไม่เป็นการเป็นทางการ เช่น สมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้พื้นที่สื่อและชุมชนออนไลน์ในการเพิ่มพูนการสนับสนุนด้านการดูแลซึ่งพิจารณาจากการสื่อสารและการสนับสนุนทางอารมณ์ และข้อมูลที่ถูกแลกเปลี่ยนอย่างไม่เป็นทางการได้แลกเปลี่ยนภายในชุมชนออนไลน์ ผลการศึกษาค้นพบว่าใน

พื้นที่ของชุมชนออนไลน์ผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการคนอื่น ๆ ที่เผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน จนนำไปสู่การเกิดความเข้าใจและรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนร่วมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าหน้าที่สำคัญของชุมชนออนไลน์คือเป็นเสมือนสะพานในการก้าวข้ามข้อจำกัดของการสนับสนุนแบบออฟไลน์ ซึ่งพื้นที่ชุมชนออนไลน์นี้ให้โอกาสในการเข้าถึงเครือข่ายของผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการอื่น ๆ ได้อย่างสะดวกสบาย และเนื่องจากสมาชิกในชุมชนออนไลน์จะไม่ทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของสมาชิกแต่ละคนทำให้ไร้ซึ่งอคติและการตัดสินจากผู้อื่น และส่งผลดีต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการมากยิ่งขึ้น

โดยสรุป การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมทั้งในรูปแบบของออฟไลน์และออนไลน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้เครือข่ายสังคมแบบออฟไลน์มีความเป็นไปได้ที่จะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ลึกซึ้งมากกว่าเครือข่ายสังคมแบบออนไลน์ แต่อย่างไรก็ตามเครือข่ายสังคมทั้งสองรูปแบบก็ถือว่าเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในการช่วยเหลือสนับสนุนด้านร่างกาย สภาพจิตใจ การเข้าถึงข้อมูลสำคัญและการลดความโดดเดี่ยวได้ (Egan et al., 2018; Shin & Choi, 2020; Yao, Zheng, & Fan, 2015) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นแรงสนับสนุนที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเสริมสร้างการมีสุขภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว (K. M. Abbott & Pachucki, 2016; Gallardo-Peralta, Roda, Martinez, & Moral, 2018) ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการและไม่เป็นทางการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยจะอธิบายถึงอิทธิพลของการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการและไม่เป็นทางการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ในส่วนนี้จะเป็นการอภิปรายผลความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการศึกษานี้มีกลุ่มทางสังคมที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 9 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มศาสนา 2) กลุ่มสุขภาพ 3) กลุ่มอาชีพ 4) กลุ่มภาษา-เชื้อชาติ 5) กลุ่มการศึกษา 6) กลุ่มการจัดตั้งโดยรัฐ 7) กลุ่มจิตอาสา 8) กลุ่มกีฬา-สันทนาการ และ 9) กลุ่มทางการเมือง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งประเภทของกลุ่มทางสังคมของการศึกษานี้ออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มทางสังคมแบบทางการ (Formal Groups) และกลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Groups) ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยพิจารณาจากลักษณะของกลุ่มแบบทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ในบริบทของทุนทางสังคมนั้นกลุ่มทางสังคมหมายถึงเครือข่ายของบุคคลที่เกิดมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม มีการแลกเปลี่ยนค่านิยม บรรทัดฐานและผลประโยชน์ร่วมกัน รวมไปถึงเป็นการส่งเสริมความร่วมมือและการสนับสนุนระหว่างสมาชิกด้วยกัน (Pretty & Ward, 2001; ทรงศักดิ์ รักพ่วง, 2562) โดยการศึกษานี้ได้ศึกษา กลุ่มทางสังคมทั้งหมด 9 กลุ่มดังที่ได้กล่าวไปข้างต้น โดยทำการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทางการ (Formal groups) ได้แก่ กลุ่มสุขภาพ กลุ่มอาชีพ กลุ่มที่รัฐจัดตั้ง กลุ่มศาสนา และ 2) กลุ่มไม่เป็นทางการ (Informal Group) ได้แก่ กลุ่มศาสนา กลุ่มภาษา-เชื้อชาติ กลุ่มการศึกษา กลุ่มกีฬา-สันทนาการ และกลุ่มทางการเมือง โดยเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคือได้พิจารณาจากลักษณะของ โครงสร้าง วัตถุประสงค์ของกลุ่ม และลักษณะของกิจกรรมที่ทำร่วมกันภายในกลุ่ม

การแบ่งกลุ่มทางสังคมทั้ง 9 กลุ่มออกเป็นกลุ่มแบบทางการและกลุ่มแบบไม่เป็นทางการได้พิจารณาจากลักษณะบทบาทผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทที่หลากหลายและทับซ้อนกัน ตามที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 5 ทั้งนี้จึงเป็นที่สังเกตว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับบทบาทแบบไม่เป็นทางการในมิติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและในทางกลับกันก็รับบทบาทแบบทางการในมิติของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับกลุ่มแบบทางการ เช่น กลุ่มสุขภาพหรือกลุ่มที่จัดตั้งโดยองค์กรของรัฐ มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวลักษณะของกลุ่มแบบทางการและกลุ่มไม่เป็นทางการอาจจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้

กลุ่มทางสังคมแบบทางการคือกลุ่มแบบทางการที่มีโครงสร้างภายในกลุ่มที่ชัดเจน มีการกำหนด ตำแหน่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบและสมาชิกภายในกลุ่มต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่ได้ระบุไว้ ในทางตรงกันข้ามกลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการคือการที่สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นตามความสนใจ ไม่มีโครงสร้างภายในชัดเจน สมาชิกและหน้าที่ภายในกลุ่มมีความยืดหยุ่น ไม่มีกฎเกณฑ์บังคับซึ่งเป็นการรวมกลุ่มแบบตามความสมัครใจ (Green & Brock, 2005; Pichler & Wallace, 2007; Putnam, 2000)

อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์บทที่ 4 พบประเด็นที่น่าสนใจคือกลุ่มแบบทางการทั้ง 4 กลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเป็นสมาชิกกลุ่มและการไม่เป็นสมาชิกกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันกลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการเป็นสมาชิกและการไม่เป็นสมาชิกของกลุ่มแบบไม่เป็นทางการทั้ง 5 กลุ่ม (รายละเอียดในตาราง 48) เพราะฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมที่มีรูปแบบแตกต่างกันคือกลุ่มแบบทางการและกลุ่มแบบไม่เป็นทางการสามารถส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวแตกต่างกัน โดยการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการสามารถมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

ตาราง 48 แสดงความสัมพันธ์ของการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมแต่ละกลุ่มและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

กลุ่ม	สมาชิก	N	Mean	t	df	Sig.
กลุ่มแบบทางการ						
กลุ่มสุขภาพ	เป็น	91 (22.75%)	97.9121	2.540	398	.011*
	ไม่เป็น	309 (77.25%)	94.1133			
กลุ่มอาชีพ	เป็น	81 (20.25%)	100.604	4.604	398	.000*
	ไม่เป็น	319 (79.75%)	93.5486			
กลุ่มจัดตั้งโดยรัฐ	เป็น	25 (6.25%)	106.3200	4.764	398	.000*
	ไม่เป็น	375 (93.75%)	94.2213			
กลุ่มศาสนา	เป็น	84 (21%)	99.6667	3.897	398	.000*
	ไม่เป็น	316 (79%)	93.7310			
กลุ่มแบบไม่เป็นทางการ						
กลุ่มจิตอาสา	เป็น	67 (16.75%)	97.2985	1.928	112.871	.056
	ไม่เป็น	333 (83.25%)	94.5105			
กลุ่มภาษา-เชื้อชาติ	เป็น	10 (2.50%)	96.1000	.284	398	.776
	ไม่เป็น	390 (97.50%)	94.9487			
กลุ่มการศึกษา	เป็น	29 (7.25%)	99.4483	1.665	30.962	.106*
	ไม่เป็น	371 (92.75%)	94.6280			
กลุ่มกีฬา-สันทนาการ	เป็น	25 (6.25%)	106.3200	.712	396	.477
	ไม่เป็น	375 (93.75%)	94.2213			
กลุ่มทางการเมือง	เป็น	7 (1.75%)	95.8571	.186	398	.853
	ไม่เป็น	393 (98.15%)	94.9618			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 48 จะเห็นได้ว่าการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมแบบทางการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทางสังคมที่มีจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสมาชิกมากที่สุด 3 อันดับแรกยังเป็นกลุ่มทางสังคมในลักษณะแบบทางการทั้งหมด

คือกลุ่มสุขภาพ (22.75%) กลุ่มศาสนา (21%) และกลุ่มอาชีพ (20.25%) ตามลำดับ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการมากกว่ากลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ และการเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมแบบทางการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ค้นพบประเด็นที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ผู้ดูแลในครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการมากกว่ากลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ และ 2) การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นที่หนึ่ง ผู้ดูแลในครอบครัวตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการมากกว่ากลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ เมื่อพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยของการเป็นสมาชิกกลุ่มของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้สามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความสนใจในการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการมากกว่ากลุ่มทางสังคมแบบไม่เป็นทางการ โดยจะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่จะมีหน้าที่เป็นสมาชิกกลุ่มเพียงอย่างเดียวและจะมีการเข้าร่วมกลุ่มในลักษณะของการพบเจอกันต่อหน้าแบบเป็นครั้งคราว สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลภ สร้อยทอง (Wanlapat Soithong) (2011) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมทางพลเมืองของประชากรไทยที่อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัด คือ ตาก พิจิตร และลำพูน พบว่าประชากรส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นเพียงสมาชิกภายในกลุ่มเท่านั้น โดยกล่าวได้ว่าการเข้าร่วมกลุ่มของประชากรไทยจะมีลักษณะเป็นการเข้าร่วมกลุ่มแบบเป็นครั้งคราวและมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ เฉพาะบุคคลที่มีความใกล้ชิดผ่านการพบหน้ากันแบบไม่เป็นทางการ อย่างไรก็ตามจากการเลือกเข้าร่วมกลุ่มแบบทางการมากกว่าการเข้าร่วมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการอาจแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวตัดสินใจเลือกการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมตามผลประโยชน์มากกว่าความสนใจส่วนตัว มีความเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวให้ความสำคัญกับหน้าที่ของผู้สูงอายุมากที่สุดและจะเลือกการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการเพราะสามารถให้ผลประโยชน์ที่ตอบสนองต่อความต้องการในการนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้กลุ่มทางสังคมแบบทางการยังเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมที่เปิดโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐได้ และในท้ายที่สุดสามารถก่อให้เกิดเป็นความไว้วางใจต่อเจ้าหน้าที่ภาครัฐและกลายเป็นทุนทางสังคมที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำไปใช้ได้

ประเด็นที่สอง การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการสามารถส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ โดยกลุ่มทางสังคมแบบทางการในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่จัดตั้งโดยหน่วยงานภาครัฐในการช่วยเหลือให้ความรู้และทักษะที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้ รวมไปถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว มีความเป็นไปได้ว่าประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมคือการพัฒนาด้านศักยภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สามารถส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ทั้งนี้ ซามาร์ อวน และคณะ (Samar Aoun et al.) (2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และผลกระทบจากการเข้าร่วมกลุ่มแบบทางการ เช่นกลุ่มการวิจัยของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะพืงพืงและค้นพบประเด็นที่น่าสนใจคือการตัดสินใจเข้าร่วมกลุ่มแบบทางการของผู้ดูแลในครอบครัวสาเหตุหลักมาจากผลประโยชน์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่มโดยเฉพาะผลประโยชน์ที่มีความสำคัญต่อการดูแลคนที่ผู้ดูแลในครอบครัวใกล้ชิดและห่วงใย โดยการเข้าร่วมกลุ่มแบบทางการเป็นการสร้างพลังใจให้กับตนเองในการได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มแบบทางการและได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การตัดสินใจและแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเบนจามิน อาร์ แมคกี มาริออน มิทเชล และ แอนเดรีย พี. มาร์แชล (Benjamin R. Mackie Marion Mitchell and Andrea P. Marshall) (2018) ที่ได้อธิบายถึงความเชื่อและทัศนคติของผู้ดูแลในครอบครัวผ่านการเข้าร่วมกลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกลุ่มแบบทางการที่จัดโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินสามารถเพิ่มพลังใจผ่านการศึกษาให้ความรู้ แบ่งปันประสบการณ์และเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการวางแผนและการตัดสินใจด้านสุขภาพ และยังสามารถเพิ่มทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลได้อีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของเมลิสสา เปทรากิส ฮันนา บลูม และ จูเลีย ออกซ์ลีย์ (Melissa Petrakis, Hannah Bloom and Julia Oxley) (2014) ที่ได้อธิบายไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเข้าร่วมกลุ่มแบบทางการ เช่นกลุ่มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพราะมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความโดดเดี่ยว แบ่งปันประสบการณ์ ต้องการผู้รับฟังปัญหา ลดความรู้สึกผิดบาปในจิตใจและการเพิ่มความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการพัฒนาด้านความรู้และทักษะที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นการรวมกลุ่มที่ช่วยใน

การส่งเสริมสุขภาวะทางด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลในครอบครัวได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการและไม่เป็นทางการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจึงอาจสรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มในการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมแบบทางการมากกว่าแบบไม่เป็นทางการ โดยกลุ่มทางสังคมแบบทางการมีลักษณะที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวในด้านอารมณ์ความรู้สึก การพัฒนาความรู้และทักษะ และการสนับสนุนด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว จึงอาจนำไปสู่การเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ดีขึ้น

จากการอภิปรายผลการศึกษาชำต้นสรุปได้ว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยองค์ประกอบทางด้านความไว้วางใจและการสนับสนุนด้านเครือข่ายสังคมเป็นองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้

โดยสรุป บทที่ 6 นี้เป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงการอภิปรายข้อค้นพบและประเด็นที่น่าสนใจ และในบทต่อไปผู้วิจัยจะทำการเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวที่ใช้ทุนทางสังคมเป็นแหล่งทุนหลักในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

บทที่ 7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

โดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานการศึกษา

ในบทต่อไปนี้จะผู้วิจัยจะอภิปรายและเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวโดยทุนทางสังคมเป็นฐานในการศึกษา ซึ่งเป็นการอธิบายถึงผลที่ได้จากการใช้เครื่องมือและการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 3 โดยเป็นความพยายามในการตอบคำถามการวิจัยในข้อที่ 2 ที่ต้องการเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการใช้แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวเกิดขึ้น โดยเป็นข้อเสนอแนะที่มีการใช้ทุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) นโยบายและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัว 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว และ 3) คุณูปการของงานวิจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากการศึกษา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) นโยบายและความช่วยเหลือเกี่ยวกับสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัวของประเทศไทย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยต้องการนำเสนอเกี่ยวกับความเป็นมาของนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาสังคมสูงวัยของประเทศไทยที่ผ่านมา ซึ่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีความพยายามในการกำหนดนโยบายที่มีศักยภาพเพียงพอในการรับมือกับปัญหาสังคมสูงวัยมาโดยตลอด แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการของประเทศไทยที่ผ่านมาเกี่ยวกับสังคมสูงวัยอาจช่วยให้เห็นถึงช่องว่างทางด้านนโยบายที่ยังขาดหายไป ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการช่วยให้หน่วยงานภาครัฐสามารถทราบถึงแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อการแก้ไขปัญหาสังคมสูงวัยในอนาคตของได้

ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับภาครัฐในการกำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อมารองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลกระทบต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนของประชาชน ซึ่งน่าจะเป็นการดีถ้ารัฐบาลสามารถให้การช่วยเหลือและการสนับสนุนที่ครอบคลุมทุกตัวแสดงที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมสูงวัย อาจกล่าวได้ว่าตัวแสดงผู้สูงอายุไม่ได้เป็นเพียงตัวแสดงเดียวในสังคมที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร แต่ยังมีตัวแสดงอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมสูงวัย ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นนโยบายและความช่วยเหลือที่จะเกิดขึ้นน่าจะมีวัตถุประสงค์ในการตอบสนองต่อความต้องการของทุกตัวแสดงที่มีบทบาทในสังคมสูงวัย เพื่อการสร้างสังคมที่มีความยั่งยืนและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของทุกคนในสังคม

จากสภาวะสังคมสูงวัยที่ผ่าน ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคม ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัยอย่างก้าวกระโดด โดยรัฐบาลได้มีความพยายามในการดำเนินงานด้านสวัสดิการผู้สูงอายุของประเทศไทยมาตลอด โดยเริ่มจากในปี พ.ศ.2496 เมื่อจอมพล ป.พิบูล สงคราม ได้มีแนวคิดในการจัดสวัสดิการสังคมและประชาสงเคราะห์ จึงมีนโยบายให้สร้าง “บ้านบางแค” เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุแห่งแรก ในปี พ.ศ. 2496 และมีการขยายไปยังระดับภูมิภาค หลังจากนั้นได้มีการกำหนดแผนเกี่ยวกับการพัฒนาผู้สูงอายุโดยเฉพาะ คือแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ. 2525 – 2544 ซึ่งต่อมาได้มีการกำหนดแผนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบภารกิจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยตรง (ธัญวรัตน์ แจ่มใส, 2564; สุธิดา แจ่มประจักษ์ & พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2023) จากการศึกษาพบว่า ประเทศไทยมีนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุมากมายทั้งรูปแบบของกฎหมาย โดยเฉพาะ ซึ่งนับได้เป็นนโยบายสาธารณะในรูปแบบพระราชบัญญัติและนโยบายของรัฐบาลแต่ละสมัย และมีการกำหนดออกมาเป็นแผนผู้สูงอายุระดับชาติ ระดับกระทรวงทบวงกรมกระทั่งถึงแผนผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น เช่นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อีกทั้งยังมาตราสำคัญที่ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เช่น โครงการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ธนาคารเวลาและโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ในมิติของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่ารัฐบาลยังมุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก โดยกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่ในการสนับสนุนทั้งงบประมาณ ด้านองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ให้สามารถทำหน้าที่ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวในชุมชน (community based long-term care) ที่เน้นให้บ้านหรือชุมชนเป็นฐานในการให้บริการ โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนในการจัดการบริการดูแลระยะยาว และมุ่งส่งเสริมระบบการให้บริการผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน ด้วยการให้บริการสุขภาพที่บ้าน การดูแลที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การมีศูนย์บริการผู้สูงอายุการฟื้นฟูสุขภาพโดยมีชุมชนทำหน้าที่ในการให้บริการ จัดทีมงาน หรือมีการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ (ภาสกร สวนเรือง et al., 2561; สุธิดา แจ่มประจักษ์, 2023) ด้วยเหตุนี้ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวถือเป็นหนึ่งในผู้ที่รัฐต้องการให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมองว่าการร่วมมือกันระหว่างครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุได้

จากการสังเกตพบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นตัวแสดงสำคัญที่รัฐมุ่งหวังให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ในทางกลับกันจะพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากภาครัฐเท่าที่ควร ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ดูแลในครอบครัวมีอิทธิพลและความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างมาก แต่ที่ผ่านมา รัฐมุ่งให้ความสำคัญเฉพาะการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการกินดีอยู่ดีของผู้สูงอายุจนเกิดเป็นกฎหมายและนโยบายต่าง ๆ อาทิเช่น

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้กำหนดการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

พระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 เป็นกฎหมายที่สนับสนุน ให้ประชาชนออมเงินโดยมีรัฐร่วมสมทบเพื่อจัดสรรเป็นบำนาญเมื่อถึงวัยเกษียณของผู้สูงอายุ

มาตรการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ที่ประกอบไปด้วย 4 มาตรการ คือ 1) การจ้างงานผู้สูงอายุ 2) การสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (senior complex) 3) สินเชื่อที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ (reverse mortgage) และ 4) การบูรณาการระบบบำนาญบำนาญ (ธัญวรรณ์ แจ่มใส, 2564; สุธิดา แจ่มประจักษ์ & พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2023; สุรีย์พร สลับสี & พงษ์พัทธ์ วัฒนพงศ์ศิริ, 2565)

จากนโยบายและมาตรการส่วนหนึ่งที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ารัฐบาลพยายามให้การส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในรอบด้าน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิและความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่านอกจากผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์จากนโยบายและความช่วยเหลือเหล่านี้แล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุก็ยังได้รับประโยชน์จากนโยบายและความช่วยเหลือ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุมาใช้ในการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุได้

แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าพิจารณาถึงการสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ให้แกผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรงจะพบว่ายังไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมเข้ามารองรับ โดยภาครัฐยังคงมองว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยแรงงานที่ยังมีความสามารถในการทำงานหารายได้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวถูกเพิกเฉยจากภาครัฐในการให้ความช่วยเหลือทั้งๆที่ในความเป็นจริงแล้วผู้ดูแลในครอบครัวมีทั้งบุคคลว่างงานและเป็นผู้ที่มีรายได้น้อย ประกอบกับการต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและหารายได้ การสนับสนุนและความช่วยเหลือจากรัฐบาลจึงเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการเป็นอย่างมาก

จากการเก็บข้อมูลและการสัมภาษณ์อยู่ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม-พฤศจิกายน 2564 ซึ่งเป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวได้รับผลกระทบมากขึ้นจากการสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดนี้ โดยเฉพาะผลกระทบด้านการประกอบอาชีพและการหารายได้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเฝ้าระวังการระบาดทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ ทำให้ปัญหา รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายมีความรุนแรงมากขึ้น การสนับสนุนด้านงบประมาณจึงต้องมาจาก 2 ส่วนหลัก คือ 1.จากหน่วยงานภาครัฐ โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐถือว่าเป็นรายได้หลักที่นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนที่ได้มาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและเบี้ยความพิการของผู้สูงอายุ ซึ่งเพียงพอเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในเบื้องต้นเท่านั้น และ 2.จากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการสนับสนุนในกรณีที่รายได้หลักไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ เช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาพิเศษหรือมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด เพราะฉะนั้นเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถรับผิดชอบภาระในส่วนนี้ได้ คนในครอบครัวจึงจะเป็นตัวเลือกต่อมาในการขอความช่วยเหลือ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่านโยบายและความช่วยเหลือที่รัฐบาลให้การสนับสนุนและดำเนินการทั้งที่ผ่านมาแล้วและกำลังดำเนินการอยู่นั้นมุ่งให้ความสำคัญเฉพาะตัวแสดงผู้สูงอายุเท่านั้น โดยให้ความสนใจไปที่การส่งเสริมความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งการสนับสนุนงบประมาณ ที่อยู่อาศัยและการจ้างงาน รวมไปถึงสิทธิที่พึงมีต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามยังเห็นได้ว่ามาตรการความช่วยเหลือจากรัฐบาลที่กล่าวมานั้นยังไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดขึ้น ยังคงมีภาระอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบ เช่น ค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าสาธารณูปโภคและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมาจึงเป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มียุทธศาสตร์ที่มาสสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในส่วนนี้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

รัฐบาลไทยยังขาดแคลนนโยบายและมาตรการรองรับผลกระทบและภาระอันแสนสาหัสของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องแบกรับภาระที่เกินตัวเหล่านี้ต่อไป ด้วยเหตุนี้รัฐบาลจึงอาจจะพิจารณาจัดทำแผนนโยบายที่สามารถแก้ไขปัญหาและแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวจากการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมทุกด้าน เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

ทั้งนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากภาระความรับผิดชอบจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่หนักอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อารมณ์ความรู้สึกและการดำรงชีวิตประจำวัน การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเปรียบเสมือนการช่วยบรรเทาความ

ทุกข์ ความเหนื่อยยาก และความกดดันต่าง ๆ จากการดูแลผู้สูงอายุ และส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสุขและสุขภาวะที่ดี อย่างไรก็ตามจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 - 6 แสดงให้เห็นว่าทุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยทุนทางสังคมจะเป็นทุนที่ผู้ดูแลในครอบครัวระดมได้จากเครือข่ายสังคมความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และรวมถึงการสนับสนุนจากสมาชิกในชุมชน ในบริบทของผู้ดูแลในครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ภายในเครือข่ายสังคมมีความสำคัญต่อการช่วยเหลือและสนับสนุนด้านร่างกาย อารมณ์ และงบประมาณได้ การมีทุนสังคมที่เข้มแข็งหมายถึงความสามารถในพึ่งพาครอบครัว เพื่อน กลุ่มทางสังคมและชุมชนในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ช่วยแบ่งเบาภาระจากการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ การมีสุขภาวะที่ดีที่จึงนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

จากที่ได้กล่าวไปข้างต้นว่ามีความเป็นไปได้ที่รัฐบาลไทยยังขาดนโยบายด้านการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวที่เพียงพอต่อการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามพบว่ารัฐบาลไทยมีความตระหนักรู้ในการเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยตลอด และไม่อาจปฏิเสธได้ว่าที่ผ่านมามีนโยบายและมาตรการมากมายที่ได้มีการนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งที่พบคือรัฐบาลไทยมุ่งสนับสนุนและแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งไม่ครอบคลุมต่อการแก้ไขปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวแสดงอื่น ๆ ที่มีบทบาทในสังคมสูงวัย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่านโยบายและมาตรการต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการผ่านมาสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวแต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของตัวแสดงอื่น จึงส่งผลให้สังคมสูงวัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ภาครัฐต้องเร่งแก้ไขต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จึงมีความพยายามชี้ให้เห็นถึงช่องว่างทางด้านนโยบายและมาตรการของรัฐบาลไทยที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นช่องว่างที่ยังไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างเพียงพอ โดยจะอธิบายถึงรายละเอียดในส่วนต่อไป

1.1 ช่องว่างทางด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของรัฐบาลไทย

จากที่ได้กล่าวไปข้างต้นว่าถึงความเป็นไปได้ที่รัฐบาลไทยยังมีช่องว่างทางด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลในครอบครัวที่จำเป็นต้องเร่งช่วยเหลือทั้งในด้านการดูแลผู้สูงอายุและการสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การขาดนโยบายด้านการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว 2) การขาดนโยบายด้านการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว และ 3) การขาดนโยบายด้านการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การขาดนโยบายด้านการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว

การดำเนินงานของประเทศไทยเกี่ยวกับการสนับสนุนความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่าเป็นการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้ร่มเงาของนโยบายด้านผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้ถูกแยกออกมาจากกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจนและมีมุมมองที่ว่าผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในลักษณะเดียวกัน ทำให้นโยบายที่ถูกกำหนดมามุ่งที่จะแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ การขาดความเข้าใจในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุและความแตกต่างระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ส่งผลให้บทบาทผู้ดูแลในครอบครัวถูกละเลยไป นอกจากนี้ยังกล่าวได้ว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อบุพการี ปู่ย่าตายายและเป็นสิ่งที่ถูกหลานพึงปฏิบัติ เมื่อผู้สูงอายุเกิดสภาวะสุขภาพทรุดโทรมและอยู่ในภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้สูงอายุจึงเป็นตัวแสดงแรกที่จะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากทั้งครอบครัวและหน่วยงานภาครัฐ แต่ในขณะเดียวกันบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวก็ได้ถือกำเนิดขึ้นมาด้วยเช่นกันเพราะบุคคลในครอบครัวคือบุคคลแรกที่จะมีบทบาทในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่นการดำเนินกิจวัตรประจำวันและการส่งเสริมด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวและการกำหนดนโยบายที่สามารถสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวควบคู่ไปกับนโยบายด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงอาจเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวได้

นอกจากนี้ การขาดการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาททับซ้อนกันมากกว่าหนึ่งบทบาท จะทำให้บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวถูกลดความสำคัญลงไปและส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับสิทธิและสวัสดิการสังคมที่พึงได้รับ ซึ่งจากการศึกษาของณัฐฐิตตา เทวเลิศสกุล, วณิญา ศิริวรสกุล และชัชสรณ์ รอดยิ้ม (2559) ได้กล่าวว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการในการช่วยเหลือทางด้านรายได้และสวัสดิการสังคม เช่นเบี้ยยังชีพรายเดือนที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและรายได้เสริมหลังจากการเกษียณจากงาน ซึ่งสอดคล้องกับขวลิต สวัสดิ์ผล และวาริ ศรีสุรพล (2565) ได้อธิบายว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการในการเศรษฐกิจ อาชีพ และรายได้ที่เพียงพอต่อการดูแล รวมไปถึงการเข้าถึงสวัสดิการและการบริการด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการได้รับการสนับสนุนด้านบทบาท สิทธิและสวัสดิการที่เพียงพอยังเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการ นอกจากนี้ยังสามารถสังเกตได้จากข้อมูลจากที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ความช่วยเหลือที่ได้มาก็เป็นของแม่ทั้งหมด ทั้งเงินจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเบี้ยคนพิการ อาหารเสริมหรือนมที่ได้แจกมาก็เป็นของแม่ ไม่ได้ให้คนดูแลโดยตรงหรอก ก็ต้องอาศัยเงินของ

ผู้สูงอายุนี้แหละมาใช้จ่ายภายในบ้าน ถ้าไม่พอก็ต้องไปขอจากญาติพี่น้องมาช่วย ยังไม่เคยได้รับความช่วยเหลือที่เป็นของผู้ดูแลจริง ๆ เลยนะ”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

“เงินที่ได้จากเจ้าหน้าที่ก็เป็นเงินของคนแก่ เท่าที่ทราบยังไม่มีมาให้เงินช่วยเหลือคนที่ดูแลผู้สูงอายุนะ ยิ่งเรามีงานประจำทำ มีเงินเดือนทุกเดือนยังไม่มาได้เงินหรือความช่วยเหลืออะไร เขาก็คงมองว่าเรายังไม่เดือดร้อน ยังมีเงินมีงานทำ คนแก่เขาเดือดร้อนมากกว่าต้องการความช่วยเหลือมากกว่า แต่ที่จริงแล้วคนดูแลนี้แหละเหนื่อยที่สุด หนักที่สุด ทั้งต้องคอยดูแลพ่อ ต้องไปทำงานกลับมาก็ต้องมาดูแลลูกอีก ค่าใช้จ่ายทุกอย่างก็คือเราหมดแต่เป็นคนดูแลเองที่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลืออะไรเลย”

(นาง ฉ อายุ 44 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“ก็รู้สึกว่าเขายังไม่มองว่าคนดูแลก็เดือดร้อนเหมือนกัน เพราะความช่วยเหลือทุกอย่างก็ไปลงกับผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในที่จริงแล้วคนดูแลนี้แหละที่รับผิดชอบทุกอย่าง รับภาระทุกอย่าง อย่างเจ้าหน้าที่มาแจกผ้าอ้อมสำเร็จรูป แจกอาหารเสริมหรือนมก็เป็นของจำเป็นสำหรับคนแก่ อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ ก็เอาไว้ใช้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ถ้าคนดูแลอยากได้อะไร เช่น แผ่นพุงหลังหรือพวยยาทาแก้ปวดก็ต้องไปหาซื้อเอง มันก็เป็นภาระที่เพิ่มเข้ามาอีก ”

(นาย ช อายุ 48 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวบางส่วนยังคงเกิดความรู้สึกถูกเพิกเฉยจากหน่วยงานภาครัฐในการเข้ามาให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่ได้รับจะมุ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลักและละเลยความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัว อย่างไรก็ตามจึงอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวและสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับสิทธิและความช่วยเหลือที่พึงมีเป็นสิ่งที่ยังขาดหายไป

2) การขาดนโยบายด้านการมีส่วนร่วมในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว

ทั้งนี้กล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพราะฉะนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สามารถรับรู้ถึงอาการและความต้องการของ

ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด การขาดการมีส่วนร่วม การตัดสินใจและการวางแผนในระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในแนวทางการรักษา ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลแก่ผู้ดูแลในครอบครัวได้ นอกจากนี้การขาดการมีส่วนร่วมในระบบดูแลสุขภาพยังสามารถทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวขาดโอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับความรู้และทักษะขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์เบื้องต้นและความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ รวมไปถึงขาดการรับรู้ถึงความต่อเนื่องในการรักษาและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังเช่น การศึกษาของแกรนท์ เจ. เอส (Grant J. S) (1996) ที่ได้อธิบายไว้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะมีความต้องการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสภาพร่างกาย ความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การดำเนินของโรคและทิศทางของการรักษาต่อไป อีกทั้งการไม่ได้รับการยอมรับให้เป็นสมาชิกของกลุ่มด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุยังอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ขาดการส่งเสริมการเกิดความไว้วางใจและการสร้างเครือข่ายระหว่างกัน อาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ โดยสามารถสังเกตได้จากข้อมูลจากที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ก็อยากมีส่วนร่วมกับหมอพยาบาลในการวางแผนอะไรแบบนี้นะ เพราะว่าเราคือคนที่อยู่ด้วยตลอดเวลาเกี่ยวกับแม่มากที่สุด จะได้มีวิธีที่ช่วยดูแลแม่ได้ดีขึ้น อย่างบางทีก็ใช้เครื่องมือเครื่องมือหมอไม่ค่อยเป็น กลัวจะกดผิดเหมือนกัน ถ้ามีคนมาสอนหรือมาให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ก็อาจจะได้ลดความกังวลไปได้ อีกอย่างจะได้รู้จักกับหมอพยาบาลที่ดูแลแม่ เพื่อมีคำถามหรือปัญหาอะไรจะได้มีคนคอยช่วยได้ ”

(นาง ข อายุ 58 ปี, 14 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“ตอนแรก ๆ ที่พ่อเป็นแบบนี้ก็ต้องมาเรียนรู้กันใหม่ทั้งหมด คุณหมอก็ให้คำแนะนำในการดูแลมาเบื้องต้น แต่พอกลับบ้านมาดูแลเองคือบางอย่างมันต้องมาปรับให้มันเข้ากับพ่อเรา เช่นอาหารการกิน บางอย่างที่หมอแนะนำมาพ่อก็ไม่ยอมกิน ทานอาหารได้น้อยลง เราก็กังวลไม่รู้จะไปถามใคร ก็ได้แต่มาลองปรับสูตรกันเอง อยากให้มีเจ้าหน้าที่มาสอนและคอยแนะนำ จะได้มั่นใจด้วยว่าทำถูกวิธีและดีต่อสุขภาพของพ่อ ”

(นาง ง อายุ 51 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“ก็เคยเห็นเพื่อนในหมู่บ้านไปบอมนอะไรไม่รู้กับโรงพยาบาล ไปทำกิจกรรมกับพวกหมอพยาบาล เขาก็ดูแลแต่ติดเตียงเหมือนกันเป็นเรื่องวิธีการดูแลผู้ป่วยแหละ ถ้าหมอเข้าจัดอีกผมก็อยากเข้าร่วมด้วยนะไม่เคยได้ร่วมวางแผนดูแลสุขภาพของพ่ออะไรเลย ทุกวันนี้ก็ทำตามที่ทำมาแต่เคยแนะนำไว้ก็แอบปรับเปลี่ยนบ้างให้เหมาะกับนิสัยของพ่อ เช่นการกิน พ่อเป็นคนกินยากมากเลยกินตามหมอบอกไม่ค่อยได้ ทำให้ต้องไปหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตว่าอะไรที่มันแทนกันได้บ้างก็มาเปลี่ยนให้หรืออย่างทำกายภาพพ่อเขาก็จะทำแต่แบบที่เขาอยากทำ บอกว่าทำตามหมอบอกแล้วเจ็บไม่ชอบ ผมก็ต้องไปหาว่าถ้าจะออกกำลังกายช่วงขาจะใช้วิธีไหนได้อีกบ้าง ก็เหนื่อยนะ ผมก็ไม่ได้มีความรู้ด้านนี้ไม่รู้ว่าไปถามใครได้กลัวเหมือนกันว่าจะไม่ดีต่อสุขภาพของพ่อไหม ”

(นาย ช อายุ 49 ปี, 20 มีนาคม 2565)

ผู้ดูแลในครอบครัวยังคงขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเสนอความคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และการตัดสินใจสำคัญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและนำไปสู่การเกิดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมากยิ่งขึ้น

3) การขาดนโยบายด้านการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชน

จะเห็นได้ว่าเครือข่ายในชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากรที่อยู่ใกล้ตัวผู้ดูแลในครอบครัวที่สุดและเข้าถึงได้ง่าย การขาดการสนับสนุนด้านเครือข่ายในชุมชนจึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถระดมทรัพยากรที่สำคัญนี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้ และกลายมาเป็นข้อจำกัดด้านการเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ยังได้กล่าวว่าผู้ดูแลจะให้การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นอยู่ ทำให้เมื่อเกิดปัญหาด้านการเจ็บป่วย ผู้ดูแลเลือกที่จะไปขอคำปรึกษาจากเพื่อนบ้านหรือคนใกล้ชิดในชุมชน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนและแหล่งความรู้จากเครือข่ายในชุมชนแบบไม่เป็นทางการ เพื่อนำมาช่วยในการตัดสินใจและส่งเสริมแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้เครือข่ายในชุมชนยังทำหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนสภาวะทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวได้ โดยเปรียบเสมือนผู้ช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการในการให้คำปรึกษาและเสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ดูแลในครอบครัวและก่อให้เกิดความความรู้สึกของการมีส่วนร่วมได้ ซึ่งสัมพันธ์กับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสามารถสังเกตได้จากข้อมูลจากที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 คน ดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“ไม่ได้มีใครมาช่วยเหลือหรือมาเยี่ยมเยียนบ่อยหรอก ก็เคยมีครั้งนั้นแหละที่ผู้ใหญ่มาเยี่ยม แล้วมาทำห้องนอนให้ใหม่ ดีใจมากเพราะอยากได้มานานแล้วแต่ไม่รู้จะไปหาเงินจากที่ไหนมาทำ อยากให้มีคนมาเยี่ยมกันบ่อย ๆ ไม่ได้มาช่วยเหลืออะไรก็มาคุยกันเฉย ๆ ก็ได้ อยู่ด้วยกันสามคนพ่อแม่ ลูกทุกวันก็เหงา บางทีก็อยากมีเพื่อนมานั่งคุย มาให้คำปรึกษาบ้าง”

(นาง ค อายุ 50 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ตอนนี้ก็มีแค่สม.ที่เป็น CG (Caregiver) เข้ามาดูแลทุกวัน มาถามอาการแล้วก็ถามว่าอยากได้อะไร ขาดเหลืออะไร นอกนั้นก็จะมีเพื่อนข้างบ้านที่บางครั้งก็มานั่งคุยด้วย แต่ว่าช่วงโควิดอย่างนี้คือ ยิ่งไปมาหาสู่กันลำบาก ไปหาใครก็ไม่ค่อยได้ เวลาเมื่อไหร่อะไรก็เลยต้องช่วยตัวเองภายในบ้านนี้แหละ ลูกกับสามีก็มาช่วยผลักดันดูแลตอนป่วยไม่ไหว ก็อยากให้มีคนมาคอยช่วยเหลือตอนไม่อยู่บ้าน หรือตอนไม่สบายนะ เพื่อนบ้านก็ฟังได้ในบางครั้งแต่ก็เกรงใจเขา”

(นาง จ อายุ 59 ปี, 16 มีนาคม 2565)

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“อยู่กับแม่สองคนก็เหงา ยิ่งตอนเราไปทำงานแม่ต้องอยู่คนเดียวก็จะบ่นตลอดว่าเบื่อ นี่ก็ว่าสุขภาพจิตของแม่ก็แย่ลงด้วย อยากออกไปคุยกับคนอื่นแต่ก็ไปไม่ได้ด้วยสภาพร่างกายของแม่ที่เป็นแบบนี้ ส่วนตัวเองก็เครียดนะ วันทำงานเราทำงานเหนื่อยแล้วถ้ามีเวลาก็อยากคลายเครียด ได้ไปหาเพื่อน เจอคนรุ่นคนนี้บ้าง เลยอยากให้มีกิจกรรมในชุมชนที่สามารถเข้าร่วมได้ พาแม่ไปด้วยได้ให้ทั้งแม่และเราได้ผ่อนคลายจากความเครียดที่สะสมมา สภาพจิตใจจะดีขึ้น”

(นาง ณ อายุ 52 ปี, 22 มีนาคม 2565)

จากที่กล่าวไปข้างต้นพบว่าเครือข่ายชุมชนเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวได้ การขาดการสร้างเครือข่ายในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ต้องเร่งสนับสนุนเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

อย่างไรก็ตาม จึงสรุปได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวยังคงต้องเผชิญกับปัญหาจากสังคมสูงวัยและแบกรับภาระมากมายจากการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องมาจากการมีช่องว่างทางด้านนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว (ภาพ 21) ส่งผลให้ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้

จึงน่าจะเป็นการดีถ้าภาครัฐจะเร่งพิจารณากำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อมารองรับปัญหาที่เกิดขึ้นนี้

ภาพ 21 ช่องว่างทางนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวของไทย

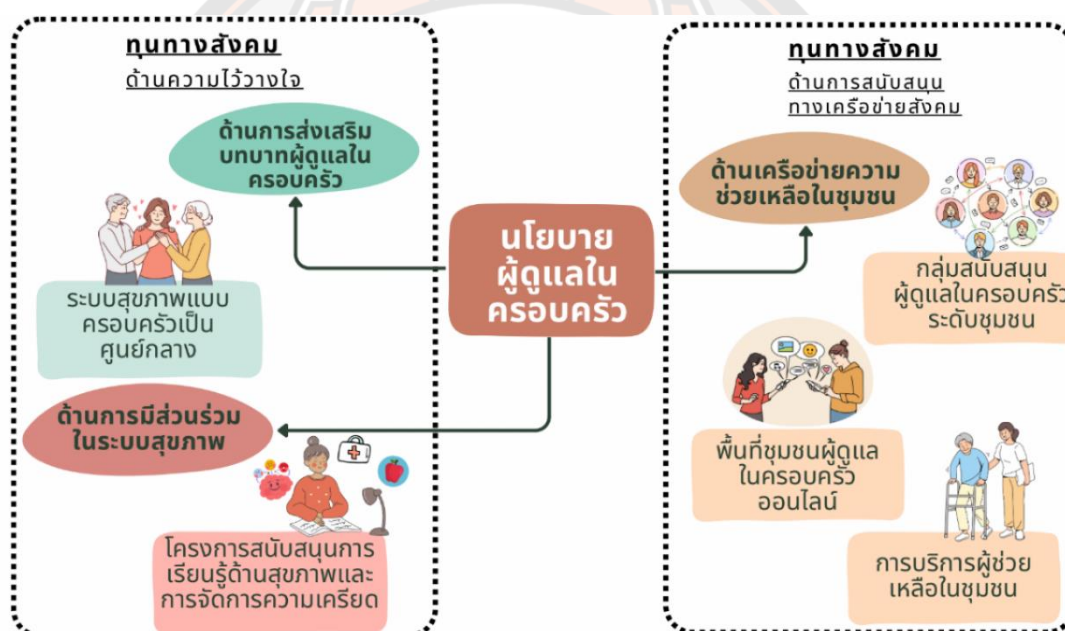


การกำหนดนโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวมีประเด็นที่ควรให้ความสนใจในหลายมิติ การเข้าใจในบริบทและหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวช่วยรัฐบาลในการกำหนดนโยบายที่มีความเป็นไปได้ ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ยิ่งไปกว่านั้นการสนับสนุนการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่รอบตัวและเข้าถึงง่าย เช่น ทุนทางสังคม ในการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าทุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้แก่ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ และทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม และเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถนำทุนทางสังคมไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจะ

ทำการเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยใช้ทุนทางสังคมเป็นฐานความคิดในการช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

เพราะฉะนั้นในส่วนต่อไปผู้วิจัยมีความพยายามในการเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีความเป็นไปได้ในการเข้ามาเติมช่องว่างที่ยังขาดไปของนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว โดยผู้ดูแลในครอบครัวสามารถใช้ทุนทางสังคมมาเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญ เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว ไป ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของการศึกษานี้ไว้ในภาพ 22 ซึ่งจะมีรายละเอียดในส่วนต่อไปดังนี้

ภาพ 22 แสดงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว



ที่มา: ผู้วิจัย, 2567

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งที่รัฐบาลไม่อาจละเลยความสำคัญได้ เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเปรียบเสมือนเครื่องมือวัดความสุขและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในจุดมุ่งหมายหลักของหน่วยงานภาครัฐในการเพิ่มศักยภาพมนุษย์และสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย ทั้งนี้จากข้อค้นพบที่ว่าทุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญที่สามารถส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้ การศึกษานี้จึงมีความพยายามที่จะเสนอแนวทางหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่มีการใช้ทุนทางสังคมเป็นทรัพยากร

หลักในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวโดยแบ่งตามการใช้องค์ประกอบของทุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกได้ 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ และ กลุ่มที่ 2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ

ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจเป็นแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถระดมได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องในสังคม เช่น เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ การได้พูดคุยกัน ช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งนำไปสู่การเกิดความไว้วางใจซึ่งเป็นแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลในครอบครัวจะนำมาใช้ได้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ จะแบ่งออกเป็น 2 ข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) โครงการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความเครียด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care System)

การส่งเสริมนโยบายที่ยึดหลักระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ และผลักดันให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อสามารถรับสิทธิและสวัสดิการสังคมที่พึงมีจากรัฐ โดยระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางคือแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในรูปแบบของความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การให้ความสำคัญกับการสื่อสาร ความคิดเห็นและความร่วมมือจากครอบครัวของผู้สูงอายุในการร่วมกันหาแนวทางในการดูแลสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (Harrison, 2010; กนกพร นทีธนสมบัติ, ดวงใจ ลิ้มโตโสภณ, แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์, & วนิดา มกรกิจวิบูลย์, 2550) การส่งเสริมนโยบายด้านระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นการให้ความสำคัญแก่บทบาทผู้ดูแลในครอบครัวและช่วยกระตุ้นรัฐบาลในการกำหนดสิทธิและความช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้ เช่น การสนับสนุนค่าตอบแทนการทำงานที่ผู้ดูแลในครอบครัวและการเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและอาชีพ

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวให้ความสำคัญและมีความไว้วางใจต่อบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่ารูปแบบของระบบสุขภาพที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อาจก่อให้เกิดระบบสุขภาพแบบบูรณาการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทุกตัวแสดงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีการรับฟังและเคารพต่อมุมมองและทางเลือกของสมาชิกในครอบครัว การวางแผนและการให้บริการดูแลที่สะท้อนถึงความเข้าใจในความต้องการ

ค่านิยม ความเชื่อ และพื้นหลังทางวัฒนธรรมของครอบครัวเป็นสำคัญ มีความเป็นไปได้ว่าผลลัพธ์ที่ได้ส่งผลดีต่อทั้งสภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว

จากการศึกษาของเจนนิเฟอร์ เอล. วูล์ฟ, จูดี เฟรดเดอร์ และริชาร์ด ซอลซ์ (Jennifer L. Wolff, Judy Feder, and Richard Schulz) (2016) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยให้ความสนใจเกี่ยวกับความสำคัญของบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ ได้เสนอข้อเสนอแนะไว้ว่านโยบายและการดำเนินงานส่งเสริมการพัฒนาระบบการสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยให้ความสำคัญที่ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับมารี โบลซ์ และคณะ (Marie Boltz et al.) (2018) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศสหรัฐอเมริกา ข้อค้นพบที่ได้พบว่าการที่ผู้ดูแลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในระบบการรักษาของผู้สูงอายุสามารถลดปัญหาทางด้านสุขภาพและยังส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย

ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความเป็นไปได้ในการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการศึกษามากมายที่ใช้ระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของตัวแสดงอื่น ๆ เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวของเด็กที่มีภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (A. C. Anderson, Akre, & Chen, 2019; Vanderkerken, Heyvaert, Onghena, & Maes, 2019) ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองอุดตัน (Exel et al., 2004; Galvin, Stokes, & Cusack, 2014; Nayeri, Mohammadi, Razi, & Kazemnejad, 2014)

โดยสรุป ระบบสุขภาพแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวและการสนับสนุนทางด้านสิทธิและสวัสดิการสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับ นอกจากนี้ยังสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกตัวแสดงในระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ในการสร้างความร่วมมือกันเพื่อช่วยหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุได้

2) โครงการสนับสนุนการเรียนรู้ด้านสุขภาพและการจัดการความเครียด (Health Training and Stress Management Programs)

นโยบายเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพและการจัดการความเครียดเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวโดยมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เป็นตัวแสดงสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ กล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุทั่วไปโดยเปรียบเทียบเป็นการดูแลทั้งผู้สูงอายุและผู้ป่วยในคนเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องมีความรู้เฉพาะทางเบื้องต้นและเข้าใจถึงขั้นตอนการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อส่งผลให้เกิดการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว การสนับสนุนการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเป็นนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลในครอบครัวโดยเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะให้คำแนะนำและเสนอแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เช่น วิธีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เบื้องต้น ความรู้ด้านโภชนาการ และวิธีการในการดูแลสุขภาพของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการสร้างความมั่นใจต่อแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ และยังสามารถสนับสนุนทางด้านข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อการลดลงของความเครียดและความวิตกกังวลในการทำหน้าที่ได้ จากการศึกษาของแครอล อี.สมิธ และคณะ (Carol E. Smith et al.) (1993) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ด้านความต้องการพัฒนาความรู้และเสริมสร้างทักษะของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เช่น พยาบาล เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมด้วยเช่นกัน นอกจากนี้โยชิฮิสะ ฮิราคาว่าและคณะ (Yoshihisa Hirakawa et al.) (2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านข้อมูลและแหล่งข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านกล่าวว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องการโปรแกรมการสนับสนุนด้านความรู้และนวัตกรรมจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มากกว่าการได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น โดยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อความช่วยเหลือทางด้านการให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว (Steiner, Pierce, & Salvador, 2016)

ทั้งนี้ การจัดโปรแกรมการจัดการความเครียดก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว จากลักษณะของหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการดูแลผู้สูงอายุได้ การได้เรียนรู้วิธีการรับมือกับความเครียดช่วยลดแนวโน้มในการเกิดความเครียดที่จะส่งผลเสียต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ นอกจากนี้การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เป็นอีกหนึ่งวิธีในการลดความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวได้ เนื่องจากการได้พูดคุยปรึกษาและขอคำแนะนำด้านการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความสบายใจและรับรู้ถึงการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความรู้และความชำนาญโดยเฉพาะ

โดยการศึกษาของจิราณวัฒน์ ชาญสูงเนิน และ ธิติรัตน์ สุภานันท์ (2565) ได้ศึกษากลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวของผู้พิการติดเตียงที่เข้ารับโปรแกรมการจัดการความเครียดและไม่ได้เข้ารับโปรแกรมการจัดการความเครียดพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ 4 สัปดาห์มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยของความเครียดลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยของความเครียดเพิ่มขึ้นสูง ซึ่งสอดคล้องกับทัศนีย์ บุญอริยเทพ และ ธกัณันท์ อินทรารุช (2023) ที่ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านพบว่าการใช้โปรแกรมการประคับประคองสามารถส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องแตกต่างจากการไม่ใช้โปรแกรมฯ การที่หน่วยงานภาครัฐพิจารณาสนับสนุนการให้ความรู้และแนะนำแนวทางการในการรับมือกับปัญหาความเครียดที่จะเกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจนนำไปสู่แนวโน้มในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้

การศึกษานี้จึงพยายามเสนอว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจเป็นแหล่งทรัพยากรจะมุ่งเน้นไปที่การให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายข้างต้นจะช่วยสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวได้ทั้งทางสภาพร่างกาย อารมณ์และสภาพจิตใจ เช่นการช่วยลดการเจ็บปวดทางร่างกายจากการดูแลผู้สูงอายุ การลดความเครียดและความกดดัน ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบร้ายแรงต่อผู้ดูแลในครอบครัว การแก้ไขปัญหาที่ได้กล่าวไปข้างต้นมีแนวโน้มในการทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะทำการเสนอข้อเสนอแนะในกลุ่มที่ 2 คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม

กลุ่มที่ 2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม

ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมถือได้ว่าเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญอีกหนึ่งแหล่งที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งสามารถระดมทุนได้จากการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายทางสังคมที่เกิดขึ้น และกล่าวได้ว่าเป็นแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลในครอบครัวหาได้ง่ายจากสังคมนรอบตัวทั้งในรูปแบบการพบหน้ากันแบบออฟไลน์และรูปแบบออนไลน์ โดยแบ่งออกได้ 3 ข้อเสนอแนะ คือ 1) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวระดับชุมชน 2) การบริการผู้ช่วยเหลือจากภาครัฐ และ 3) พื้นที่ชุมชนผู้ดูแลในครอบครัวออนไลน์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวระดับชุมชน (Community Care Group)

การสร้างเครือข่ายการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวระดับชุมชนเป็นการรวมกลุ่มและการสร้างความร่วมมือกันของบุคคลและองค์กรหลายภาคส่วนภายในชุมชนในรูปแบบผู้สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นทางการ โดยมุ่งให้ความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้สูงอายุและแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบของการบริการทางสังคมเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและนำไปสู่การมีระบบชุมชนที่เข้มแข็ง โดยกลุ่มผู้สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวประกอบไปด้วย ดังต่อไปนี้

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากหน่วยงานภาคของรัฐบาลไม่ต่ำกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีหน้าที่ในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการให้คำปรึกษาและติดตามอาการของผู้สูงอายุเพื่อร่วมหาแนวทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสม

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นอสม. ที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน มีหน้าที่ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารและการบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงการประสานงานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว

3) ผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดำเนินการช่วยเหลือ รับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์จากผู้ดูแลในครอบครัวในกรณีที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังสนับสนุนด้านความปลอดภัยในการอยู่อาศัยและอำนวยความสะดวกด้านการคมนาคม

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการให้บริการทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพ ให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์และประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต่ออย่างเหมาะสม

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลด้านการจัดสวัสดิการสังคมให้เป็นไปตามความต้องการและสิทธิให้ของผู้ดูแลในครอบครัวและดำเนินการด้านการส่งเสริมศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ

6) องค์กรภาคเอกชน โดยผู้ประกอบการในชุมชนสามารถแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อสังคมโดยการให้การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือด้านการบริการและการบริจาคเพื่อสร้างเป็นกองทุนในชุมชนสำหรับการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวด้านการจัดหาเครื่องอุปโภคและบริโภคที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

ทั้งนี้จึงกล่าวได้ว่าการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนผู้ดูแลในระดับชุมชนเป็นนโยบายที่ใช้ประโยชน์จากการสร้างความร่วมมือกันของบุคคลและองค์กรในชุมชนเพื่อการสร้างเครือข่ายที่การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้มแข็งและเป็นการรับประกันความมั่นคงทางด้านคุณภาพชีวิตและ

สวัสดีภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว (ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินตะราชา, & วรรณสิริ ทางทอง, 2023) จากการศึกษาของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และอนัญญา ปิ่นแก้ว (2558) ได้ศึกษาเรื่องความสำคัญของการเฝ้าระวังการก่อเหตุผู้สูงอายุพบว่าเฝ้าระวังการก่อเหตุผู้สูงอายุจากครอบครัวและหน่วยงานภาคสังคมต่าง ๆ มีความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุในสังคมไทย การจัดตั้งเครือข่ายความช่วยเหลือในชุมชนจากผู้นำชุมชน นักวิชาการสุขภาพ สวัสดิการสังคมและหลักประกันรายได้ที่มั่นคงสามารถสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนและการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ (2560) ที่ได้ให้การสนับสนุนว่าแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนคือการมีระบบและกลไกที่ขับเคลื่อนการทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน การทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการวางแผนงานด้านการดูแลผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมในชุมชน นอกจากนี้เบตตี เวจวินสโลว์ (Betty Wehtje Winslow) (2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยอัลไซเมอร์และการบริการในชุมชนพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับความช่วยเหลือจากการบริการในชุมชนจะมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกของการเป็นส่วนหนึ่งในสังคมและได้แบ่งปันความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสบายใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยวได้

ผู้วิจัยจึงเสนอว่านโยบายการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในระดับชุมชนเป็นหนึ่งในแนวทางที่ใช้ประโยชน์จากการระดมทุนทางสังคมด้านเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งถือได้ว่าเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพและเข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งยังเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนเพื่อการส่งเสริมด้านสุขภาพและการมีชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

2) การบริการผู้ช่วยเหลือจากภาครัฐ (Second Care Assistant Services)

นโยบายด้านการจัดเตรียมอาสาสมัครผู้ช่วยเหลือภายในชุมชนเป็นหนึ่งในแนวทางที่รัฐบาลสามารถนำมาดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลในครอบครัวจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุคือการสูญเสียเวลาพักผ่อนส่วนตัว สาเหตุหลักคือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้สูงอายุและขาดเวลาส่วนตัวในการพักผ่อนได้อย่างอิสระ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดสูงและอาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุ การมีผู้ช่วยเหลือด้านการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นหนึ่งในความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ (ชวลิต สวัสดิ์ผล et al., 2560)

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวแต่ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีข้อดีคือเป็นผู้ช่วยเหลือที่พร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวตลอดเวลา แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีข้อเสียคือการขาดความรู้และความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องของผู้ช่วยเหลือที่เป็นบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวยังคงต้องแบกรับภาระความรับผิดชอบและความกดดันจากการดูแลผู้สูงอายุเช่นเดิม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้ดูแลในครอบครัวต้องการกำลังคนที่เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นนโยบายด้านการจัดหาผู้ช่วยเหลือในชุมชนที่มีความรู้ ความชำนาญและได้รับการอบรมที่มีมาตรฐานด้านการดูแลผู้สูงอายุจึงอาจเป็นทางเลือกที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้ได้มีเวลาพักผ่อนจากการดูแลผู้สูงอายุและใช้เวลาส่วนตัวในการผ่อนคลายความเหนื่อยล้าและความเครียด การบริการนี้มีแนวโน้มในการช่วยส่งเสริมการพัฒนาด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์และสุขภาวะด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัว อีกทั้งยังสามารถช่วยยับยั้งสภาวะถดถอยทางด้านอารมณ์ (Burnout) ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวในผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งชวลิต สวัสดิ์ผล และ วารี ศรีสุรพล (2565) ได้ศึกษาภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีการสนับสนุนด้านบุคลากรที่สามารถร่วมดูแลผู้สูงอายุ และต้องการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ความสำคัญกับการจัดสวัสดิการชุมชนในด้านการเข้ามาบริการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่บ้านและการมีคนอยู่ด้วยในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุที่ให้การดูแลมีอาการหนักและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด

ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือในชุมชนจึงหมายถึงบุคคลในชุมชนที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาครัฐและมีความรู้ ทักษะความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับสิ่งตอบแทนจากภาครัฐในการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ โดยหน้าที่ของผู้ช่วยเหลือจะแตกต่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือ Caregiver (CG) ในรูปแบบปกติทั้งในแง่ของลักษณะหน้าที่และมีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้ช่วยเหลือจะทำหน้าที่เสมือนเป็นตัวแทนของผู้ดูแลในครอบครัวในการให้ดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกด้าน เช่นด้านการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ช่วยเหลือจะมีเข้ามามีบทบาทสำคัญในกรณีที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการการพักผ่อนหรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตามปกติ โดยประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญคือการผลิตผู้ช่วยเหลือให้มีจำนวนที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวและผลตอบแทนสำหรับการทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือมีความเหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือให้เกิดความยั่งยืนและประสบผลสำเร็จ โดยการศึกษาของประเสริฐ สาริรัมย์ (2565) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมพิเศษ “CG เชี่ยวชาญ” ที่มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบคลุมในทุกมิติ พบว่าการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ความชำนาญเป็นพิเศษจากการอบรมแบบ “CG เชี่ยวชาญ” ส่งผลให้

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้สุริยา พองเกิด (2562) ได้ศึกษาถึงความต้องการของญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีและพบว่า ญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการการได้รับความช่วยเหลือทางจากบุคลากรสายสุขภาพในการให้การสนับสนุนทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยต้องการอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงในกรณีที่ญาติผู้สูงอายุต้องการการพักผ่อนหรือติดธุระไม่สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจแสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เกินศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวจะรับมือได้ จึงเกิดความต้องการการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ (ศิริณี ศรีหาภาค et al., 2564)

ผู้วิจัยจึงมีความพยายามในการเสนอว่าการสร้างเครือข่ายผู้ช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นตัวเลือกที่ดีในการช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้มีเวลาพักจากการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่งผลดีต่อการเกิดความเหนื่อยล้าและความเครียดสะสมที่มาจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ช่วยเหลือซึ่งถือได้ว่าเป็นหนึ่งในเจ้าหน้าที่ของรัฐ การมีความไว้วางใจและการได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่รัฐสามารถส่งผลต่อสุขภาวะทางด้านอารมณ์และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

3) พื้นที่ชุมชนออนไลน์ของผู้ดูแลในครอบครัว (Online Carer's Community)

นโยบายเกี่ยวกับการสร้างพื้นที่สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบของชุมชนออนไลน์เป็นการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวต้องการได้ง่ายและรวดเร็ว โดยการก่อตั้งชุมชนผู้ดูแลในครอบครัวออนไลน์เป็นการสร้างพื้นที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือเพื่อการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวใน 4 ด้าน ได้แก่

1) การเพิ่มช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ง่ายและสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่รัฐ เช่น เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้โดยตรงและตลอดเวลาผ่านการใช้งานแอปพลิเคชันที่ตอบสนองต่อลักษณะหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีข้อจำกัดด้านเวลา

2) การเข้าถึงความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินให้เร็วที่สุด การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการดูแลที่อยู่บนความเสี่ยงที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ตลอดเวลาเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือหมายถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร้ายแรง การเข้าถึงการรักษาได้เร็วที่สุดเมื่อผู้สูงอายุเกิดสภาวะผิดปกติจึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้สูงอายุและช่วย

เพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแลในครอบครัวถึงความปลอดภัยในชีวิต ซึ่งสามารถนำไปสู่การลดความเครียดและมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว

3) การได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ กล่าวได้ว่าข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางครั้งต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางที่เกินกว่าการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องหาข้อมูลเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ถูกต้อง อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวยังสามารถเรียนรู้ความรู้ใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาการศักยภาพตนเองและการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) การเปิดพื้นที่ส่วนกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์และปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พบเจอกับผู้ดูแลในครอบครัวคนอื่น ๆ ในสังคม ได้มีการแบ่งปันความรู้สึก อารมณ์และสภาวะจิตใจเพื่อสร้างความรู้สึกของการเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ลดความแปลกแยกและโดดเดี่ยวของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อให้เกิดเป็นเครือข่ายผู้ดูแลในครอบครัวที่กว้างขึ้นและมีการร่วมมือเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของกันและกัน

จึงกล่าวได้ว่าชุมชนผู้ดูแลในครอบครัวออนไลน์เป็นเครือข่ายความช่วยเหลือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ไร้ขีดจำกัด ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การเข้าถึงเจ้าหน้าที่รัฐและการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในชุมชนและภายนอกชุมชน การสร้างเครือข่ายชุมชนออนไลน์ที่เข้มแข็งสามารถช่วยเยียวยาสภาวะปัญหาทางอารมณ์ ความเครียด ความกดดันของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยกโดดเดี่ยวและยังมีแนวโน้มในการเสริมสร้างความมั่นใจในหน้าที่ของตนเองอีกด้วย ทั้งนี้ การศึกษาของเจนนี่ ฮอปวูด และคณะ (Jenny Hopwood et al.) (2018) ได้อธิบายว่าการเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลโดยเป็นการสร้างเครือข่ายของผู้ดูแลที่เผชิญกับสถานการณ์เดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ช่วยให้ผู้ดูแลลดความรู้สึกแปลกแยกและโดดเดี่ยวได้จากการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสบการณ์และข้อมูลที่มีประโยชน์ระหว่างกัน (Egan et al., 2018; Newman, Wang, Wang, & Hanna, 2019)

การศึกษานี้จึงต้องการเน้นย้ำว่านโยบายการสร้างพื้นที่ชุมชนผู้ดูแลในครอบครัวออนไลน์เป็นการสร้างเครือข่ายและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีประโยชน์อย่างมากต่อผู้ดูแลในครอบครัว การเกิดชุมชนผู้ดูแลในครอบครัวทำให้พื้นที่ออนไลน์นี้เปรียบเสมือนคลังเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาที่ต้องการใช้และยังช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวได้อีกด้วย ข้อดีของพื้นที่ชุมชนออนไลน์นี้คือเป็นฐานข้อมูลที่เปิด

โอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวติดต่อกับเจ้าหน้าที่รัฐเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการการได้ตลอดเวลาและจากทุกที่ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมากเนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุเป็นการดูแลที่ไม่มีความแน่นอนและในบางครั้งต้องให้การดูแล 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถระบเวลาที่ต้องการการเข้าถึงข้อมูลได้ชัดเจน นอกจากนี้การเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายได้ตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายน้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มในการเข้าใช้งานอย่างสม่ำเสมอและข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลที่ปัจจุบัน การมีพื้นที่สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลต่อการเพิ่มความมั่นใจในตนเองต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความวิตกกังวลจากการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่รัฐได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย ยะรี และมณฑนา สีเขียว (2562) ที่ได้ศึกษาถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0 พบว่ามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการช่วยส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีการขยายตัวเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันทั้งในหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ตลอดจนหน่วยงานชุมชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพและช่วยยกระดับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้เพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการใช้ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมเป็นการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวผ่านทางการสร้างเครือข่ายกลุ่มทางสังคมทั้งในรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทางสังคมสามารถก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน การสร้างความสัมพันธ์เหล่านี้มีแนวโน้มนำไปสู่การสร้างเครือข่ายในสังคมที่เข้มแข็งและยั่งยืนได้

การศึกษานี้จึงพยายามเสนอว่าการกำหนดนโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่บนฐานของทุนทางสังคมเป็นการนำเอาทรัพยากรสำคัญที่มีอยู่รอบตัวมาช่วยเหลือและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว สิ่งที่สำคัญคือการใช้ประโยชน์จากความสัมพันธ์ในระดับปัจเจก และเครือข่ายและทรัพยากรที่มีในระดับชุมชนเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดึงศักยภาพของทุนที่มีอยู่มาใช้ในการเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสุขภาพและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายในระดับชาติที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพกาย อารมณ์และสุขภาพจิต สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงการเข้าถึงข้อมูลที่มีประโยชน์ในการลดภาระที่ผู้ดูแลในครอบครัวแบกรับไว้ โดยนโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวในแต่ละระดับจะมีตัวแสดงทางสังคมมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องและมีบทบาทในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดังภาพ 23

ภาพ 23 แสดงตัวแสดงที่สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในนโยบายทั้ง 3 ระดับ



ที่มา:ผู้วิจัย, 2567

ทั้งนี้ สามารถกล่าวได้ว่านโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวมีจุดมุ่งหมายในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อที่จะนำไปใช้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้ การสร้างความร่วมมือระหว่างของผู้ดูแลในครอบครัว เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ องค์กรในชุมชน และผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดความมั่นใจถึงความเป็นไปได้ในการสร้างระบบการสนับสนุนที่ครอบคลุมปัญหาในทุกด้าน อย่างไรก็ตาม หน่วยงานภาครัฐที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถเข้ามาเติมเต็มช่องว่างทางด้านนโยบายผู้ดูแลในครอบครัวที่ขาดหายไปโดยการกำหนดนโยบายและมาตรการที่จะเข้ามาช่วยเหลือเยียวยาผลกระทบที่ผู้ดูแลในครอบครัวกำลังเผชิญอยู่นั้น เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน

ดังนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้เสนอมาในข้างต้นนี้จึงเป็นความพยายามตั้งต้นที่จะส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้สูงอายุสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนอย่างยั่งยืน

3) คุณูปการของงานวิจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะอธิบายถึงคุณูปการของงานวิจัย ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คุณูปการของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการศึกษาการใช้ทุนทางสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากผลการศึกษาจึงทำให้เกิดคุณูปการ 3 ข้อ คือ 1. การขยายองค์ความรู้ด้านความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายใหม่ 2. การรับทราบถึงสถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทยและการนำเสนอถึงบทบาท ภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวกำลังเผชิญในปัจจุบัน 3. การตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการของรัฐบาลด้านการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว และ 4. การศึกษาทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในมุมมองด้านสังคมศาสตร์สุขภาพ (Health Social Sciences) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การขยายองค์ความรู้ด้านความสัมพันธ์ของทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายใหม่

การศึกษานี้เป็นความพยายามแรกของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต โดยข้อค้นพบที่น่าสนใจคือทุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวแสดงที่สำคัญในสังคมสูงวัยและยังเป็นตัวแสดงที่รัฐไม่อาจละเลยความสำคัญได้ การใช้ทุนทางสังคมเพื่อเป็นทรัพยากรสำคัญในการส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นประเด็นที่สำคัญต่อรัฐบาลไทยในการกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาสังคมสูงวัยบนฐานคิดของการสนับสนุนการสร้างทุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว โดยการเน้นที่การช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและการจัดการงบประมาณ ซึ่งเป็นแนวคิดในมุมมองใหม่ต่อการศึกษาทุนทางสังคม

2. การรับทราบถึงสถานการณ์สังคมสูงวัยในประเทศไทยและการนำเสนอถึงบทบาทภาระหน้าที่ที่ผู้ดูแลในครอบครัวกำลังเผชิญในปัจจุบัน

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงปัญหาและผลกระทบด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแลในครอบครัวที่เกิดจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะในสถานการณ์สังคมสูงวัยที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญในสังคมปัจจุบัน ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่กำลังเผชิญผ่านการอธิบายถึงปัญหาและภาระหน้าที่ที่เกิดกับตัวผู้ดูแลในครอบครัวและผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเสนอข้อนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในครอบครัว และสะท้อนภาพปัญหาที่ทำให้เห็นถึงความซับซ้อนของภาวะสังคมสูงวัยในประเทศไทย

3. การตระหนักรู้และการมีส่วนร่วมในการนำเสนอข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการของรัฐบาลด้านการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว

การศึกษานี้ได้ศึกษาและทำความเข้าใจถึงปัญหาสังคมสูงวัยและผลกระทบที่เกิดต่อผู้สูงอายุ โดยเป็นการพยายามสร้างการตระหนักรู้ของรัฐบาลไทยเกี่ยวกับบทบาทและปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงเป็นการนำเสนอถึงข้อมูลในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์ในการสนับสนุนการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระที่แบกรับไว้ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐและผู้กำหนดนโยบายสามารถกำหนดนโยบายที่มาตอบสนองต่อความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ

4. การศึกษาทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในมุมมองด้านสังคมศาสตร์สุขภาพ (Health Social Sciences)

การศึกษานี้ได้พยายามศึกษาหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) คือ ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในมุมมองด้านใหม่ ๆ นอกเหนือจากการศึกษาในมุมมองทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นตัวแทนที่มีความซับซ้อนในหลากหลายมิติ การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาที่ใช้แนวคิดในเชิงสังคมศาสตร์สุขภาพมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบทางด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวทำให้เกิดข้อค้นพบในประเด็นที่แตกต่างไปจากการศึกษาในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสามารถนำไปช่วยส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดจากการศึกษา

การศึกษาเรื่อง “ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของมีข้อจำกัดทางการศึกษาทั้งหมด 3 ข้อดังต่อไปนี้

1. การศึกษานี้ได้มีการลงพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 ถึง มีนาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการติดต่อขอเข้าเก็บข้อมูลในบางพื้นที่ที่มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเข้มงวด ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการเก็บข้อมูลในบางพื้นที่ จึงอาจจะส่งผลให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนจากที่คาดการณ์ไว้ แต่อย่างไรก็ตามการลงพื้นที่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ทราบถึงปัญหาและภาระที่เพิ่มมากขึ้นจากด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดและความกังวลสูง ซึ่งสามารถกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวได้โดยตรง

2. การศึกษานี้ได้มีการใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือหลักในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว โดยได้มีการปรับเปลี่ยนคำในข้อคำถามบางส่วนเพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การทำงานเปลี่ยนเป็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและข่าวสารทั่วไปเปลี่ยนเป็นข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดความคลุมเครือในข้อคำถามและนำไปสู่การทำความเข้าใจคลาดเคลื่อนของผู้ตอบแบบสอบถาม แต่ทั้งนี้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่ดัดแปลงมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตชุดย่อขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ซึ่งเป็นเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งสามารถเป็นเครื่องมือการวัดคุณภาพชีวิตที่ได้รับการยอมรับจากนักวิชาการและมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในการศึกษานี้

3. การศึกษานี้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของตัวแสดงผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น โดยได้เน้นไปที่การศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุโดยตรง แต่อย่างไรก็ตามในบริบทของสังคมสูงวัยยังพบว่ามีตัวแสดงอื่นๆ ในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างก้าวกระโดดนี้ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ มีความเป็นไปได้ว่าทุนทางสังคมอาจจะเป็นทรัพยากรสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตัวแสดงอื่นในสังคมสูงวัยได้เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะเสนอข้อเสนอแนะจากการศึกษาใน 2 ด้าน คือ 1. ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายด้านสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัว และ 2. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาในอนาคต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายด้านสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัว

1. รัฐไทยและผู้กำหนดนโยบายด้านสังคมสูงวัยและผู้ดูแลในครอบครัว เช่น กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์มีความเป็นไปได้ในการเร่งพิจารณาการกำหนดนโยบายส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวที่ครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน คือ 1.ด้านสุขภาพกาย 2.ด้านสุขภาพจิต 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4.สิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยเหลือและลดภาระของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น มาตรการสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ดูแลในครอบครัว การสนับสนุนการจ้างงานและส่งเสริมด้านการสร้างอาชีพแก่ผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ในสถานะว่างงาน และนโยบายด้านการสร้างสุขภาพที่ดีและการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวที่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสังคมสูงวัยอย่างยั่งยืน

2. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พิจารณาการสร้างระบบและกลไกในการเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม โดยการขึ้นทะเบียนผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับสวัสดิการเช่นเดียวกับผู้สูงอายุ และมีการบูรณาการระหว่างกระทรวง กรมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องและมีความรู้สำหรับการดำเนินการตามระบบที่ภาครัฐและภาคเอกชนได้มีการจัดบริการไว้

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาในอนาคต

1. ปัญหาการเพิ่มขึ้นของสังคมสูงวัยยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ เช่น หมอพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งต้องทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในทุกช่วงวัย อีกทั้งการเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ส่งผลให้ต้องแบกรับภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้นและส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาการระดมทุนทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเป็นแหล่งทุนสำคัญในการสร้างความไว้วางใจระหว่างกันและการสร้างเครือข่ายด้านการแพทย์ที่สามารถสนับสนุนความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ และนำไปสู่การส่งเสริมให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5 จังหวัด คือ จังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย เพชรบูรณ์ อุตรดิตถ์ และตาก ทั้งนี้ประเทศไทยได้แบ่งเขตสุขภาพออกเป็นทั้งหมด 13 เขตสุขภาพ มีความเป็นไปได้ในการศึกษาปัญหาและผลกระทบจากการแบกรับภาระการดูแล

ผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพอื่น ๆ เช่น เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 4 จังหวัดในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 7 จังหวัดในเขตภาคใต้

3. การทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะส่งผลกระทบต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วนั้น ยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มในการเกิดภาวะหมดไฟในผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver Burnout) เป็นสภาวะที่ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดสูงและร่างกายเหนื่อยล้าอ่อนเพลียจากการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสในการพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลในครอบครัวสูง ด้วยเหตุนี้จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ทุนทางสังคมในการเป็นแหล่งทุนสำคัญเพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะหมดไฟในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ความสำคัญที่การส่งเสริมการสร้างทุนทางสังคมผ่านทางความไว้วางใจ การเกื้อกูลกันและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมในการหาแนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อมาช่วยลดการเกิดภาวะหมดไฟในผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในบทที่ 7 นี้ ผู้วิจัยได้ทำการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 โดยเป็นการเสนอถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้แนวคิดทุนทางสังคมเป็นฐาน เพื่อเสนอต่อหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบายที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรมได้ รวมไปถึงข้อจำกัดของการศึกษา คุณูปการของการศึกษาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในอนาคต

โดยสรุป งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับตัวแสดงผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นคือทุนทางสังคม ประกอบไปด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ คือ 1.ความไว้วางใจ 2.การเกื้อกูลกัน และ 3.การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม และตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1.ด้านสุขภาพร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4.ด้านสิ่งแวดล้อม จากผลการศึกษาพบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีค่าความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงและมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านความไว้วางใจและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พยายามเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณากำหนดนโยบายสาธารณะที่สามารถส่งเสริมด้านความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีต่อบุคคลครอบครัวและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ และส่งเสริมการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมทั้งในรูปแบบของเครือข่ายสังคมออฟไลน์และออนไลน์ เพื่อนำไปสู่การสร้างปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือบนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และทรัพยากรระหว่างกัน

บรรณานุกรม



- Abbasi, A., Mirhosseini, S., Basirinezhad, M. H., & Ebrahimi, H. (2020). Relationship between caring burden and quality of life in caregivers of cancer patients in Iran. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4123–4129.
- Abbott, K. M., & Pachucki, M. C. (2016). Associations between social network characteristics, cognitive function, and quality of life among residents in a dementia special care unit: A pilot study. *Dementia*, 16(8), 1004-1019.
- Abbott, S., & Freeth, D. (2008). Social Capital and Health : Starting to Make Sense of the Role of Generalized Trust and Reciprocity. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 874–883
- Abdul-Hakim, R., Ismail, R., & Abdul-Razak, N. A. (2010). THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL CAPITAL AND QUALITY OF LIFE AMONG RURAL HOUSEHOLDS IN TERENGGANU, MALAYSIA. *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 01(05), 99-106.
- Alborz, A. (2017). The nature of Quality of Life: A conceptual model to inform assessment. . *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 15-30.
- Albright, D. L., Washington, K., & Parker-Oliver, D. (2016). The Social Convoy for Family Caregivers Over the Course of Hospice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 213-219.
- An, Z., Meng, J., & Mendiola-Smith, L. (2020). The role of identification in soliciting social support in online communities. *Computers in Human Behavior*, 104.
- Anderson, A. C., Akre, E., & Chen, J. (2019). Exploring national trends of patient- and family-centered care among US children. *Journal of Child Health Care*, 23(2), 200–212.
- Anderson, C. J., & Tverdova, Y. V. (2003). Corruption, Political Allegiances, and Attitudes Toward Government in Contemporary Democracies. *American Journal of Political Science*, 47(1), 91–109.
- Anderson, L. R., Mellor, J. M., & Milyo, J. (2004). Social Capital and Contributions in a Public-Goods Experiment. *The American Economic Review*, 94(2), 373-376.

- Antheunis, M. L., Abeele, M. M. P. V., & Kanter, S. (2015). The Impact of Facebook Use on Micro-Level Social Capital: A Synthesis *Societies*, 5, 399–419. doi:10.3390/soc5020399
- Aoun, S., Slatyer, S., Deas, K., & Nekolaichuk, C. (2017). Family Caregiver Participation in Palliative Care Research: Challenging the Myth. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(5), 851-861.
- Barrett, P., Hale, B., & Bulter, M. (2014). *Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care*. London: Springer.
- Bengtson, V. L., & Settersten, R. (2016). *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Benson, J. J., Oliver, D. P., Washington, K. T., Rolbiecki, A. J., Lombardo, C. B., Garza, J. E., & Demiris, G. (2020). Online social support groups for informal caregivers of hospice patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 44.
- Bentwich, M. E., Dickman, N., & Oberman, A. (2018). Autonomy and dignity of patients with dementia: Perceptions of multicultural caretakers. *Nursing Ethics*, 25(1), 37-53.
- Bertsou, E. (2019). Rethinking Political Distrust. *European Political Science Review*, 11, 213-230.
- Blaise, M., & Dillenseger, L. (2023). Informal Caregivers and Life Satisfaction: Empirical Evidence from the Netherlands. *Journal of Happiness Studies*, 24, 1883–1930.
- Bökberg, C. (2017). *Care and services at home for persons with dementia : Structure, process, and outcomes*. Lund University, Sweden.
- Boltz, M., Kuzmik, A., Resnick, B., Trotta, R., Mogle, J., BeLue, R., . . . Galvin, J. E. (2018). Reducing disability via a family centered intervention for acutely ill persons with Alzheimer's disease and related dementias: protocol of a cluster-randomized controlled trial (Fam-FFC study). *Trials*, 19(496).
- Bruno, J. R. (2017). Vigilance and confidence: Jeremy Bentham, publicity and the dialectic of political trust and distrust. *American Political Science Review*, 111(2), 295–307.

- Buchan, N. R., Croson, R. T. A., & Dawes, R. M. (2002). Swift Neighbors and Persistent Strangers: A Cross-Cultural Investigation of Trust and Reciprocity in Social Exchange. *American Journal of Sociology*, 108(1), 168–206.
- Buono, M. D., Busato, R., Mazzetto, M., Paccagnella, B., & Aleotti, P. (1999). Community Care for Patients with Alzheimer's Disease and Non-Demented Elderly People: Use and Satisfaction with Service and Unmet Needs in Family Caregivers. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*, 14, 915-925.
- Cagney, K. A., & Wen, M. (2008). Social Capital and Aging-Related Outcomes. In I. Kawachi, S.V.Subramanian, & D. Kim (Eds.), *Social Capital and Health*. New York: Springer.
- Caliendo, M., Fossen, F., & Kritikos, A. (2010). Trust, Positive Reciprocity, and Negative Reciprocity: Do These Traits Impact Entrepreneurial Dynamics? *SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research*, 348.
- Catterberg, G., & Moreno, A. (2006). The Individual Bases of Political Trust: Trends in New and Established Democracies. *International Journal of Public Opinion Research*, 16(1), 31–48.
- Chung, J. E. (2013). Social interaction in online support groups: Preference for online social interaction over offline social interaction *Computers in Human Behavior*, 29.
- Chung, T. Y., & Chen, Y. L. (2018). Exchanging social support on online teacher groups: Relation to teacher self-efficacy. *Telematics and Informatics*, 35.
- Cohen, R., Leis, A. M., Kuhl, D., Charbonneau, C. c., Ritvo, P., & Ashbury, F. D. (2006). QOLTI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine*, 20, 755-767.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*, 94, 95-120.
- Dalton, R. J. (2004). *Democratic Challenges, Democratic Choices: The Erosion of Political Support in Advanced Industrial Democracies*: Oxford University Press.
- Dekker, P. (2004). 7 Social capital of individuals: relational asset or personal quality? . In S. Prakash & P. Selle (Eds.), *Investigating social capital : comparative perspectives on civil society, participation, and governance*. New Delhi Sage.

- Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S. U., Nwankwo, H. C., Obi, P. C., & Kalu, M. E. (2018). The Burden Experience of Formal and Informal Caregivers of Older Adults With Hip Fracture in Nigeria. *SAGE Open Nursing*, 4, 1-10.
- Diekmann, A. (2004). The Power of Reciprocity. *JOURNAL OF CONFLICT RESOLUTION*, 48(4), 487-505.
- Donev, D., Pavlekovic, G., & Kragelj, L. Z. (2008). Social networks and social support in health promotion programmes. *Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe*.
- Duimering, A., Turner, J., Chu, K., Huang, F., Severin, D., Ghosh, S., . . . Fairchild, A. (2020). Informal caregiver quality of life in a palliative oncology population. *Supportive Care in Cancer*, 28, 1695–1702.
- Dwyer, J. W., Lee, G. R., & Jankowski, T. B. (1994). Reciprocity, Elder Satisfaction, and Caregiver Stress and Burden: The Exchange of Aid in the Family Caregiving Relationship. *Journal of Marriage and Family*, 56(1), 35-43.
- Egan, K. J., Pinto-Bruno, Á. C., Bighelli, I., Berg-Weger, M., Straten, A. v., Albanese, E., & Pot, A.-M. (2018). Online Training and Support Programs Designed to Improve Mental Health and Reduce Burden Among Caregivers of People With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(3), 200-206.
- Ellison, N. B., Steinfield, C., & Lampe, C. (2007). The Benefits of Facebook “Friends:” Social Capital and College Students’ Use of Online Social Network Sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12, 1143–1168
- Esser, H. (2008). The two meaning of social capital. In D. Castiglione, J. W. V. Deth, & G. Wolleb (Eds.), *The Handbook of Social Capital*. New York: Oxford University Press.
- Exel, N. J. A. v., Reimer, W. J. S. o., Brouwe, W. B., Berg, B. v. d., Koopmanschap, M. A., & Bos, G. A. v. d. (2004). Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clinical Rehabilitation*, 18, 203–214.
- Flora, C. B., & Flora, J. L. (2008). *Rural Communities*. Westview Press.

- Flórez, K. R., Richardson, A. S., Ghosh-Dastidar, M. B., Troxel, W., DeSantis, A., Colabianchi, N., & Dubowitz, T. (2018). The power of social networks and social support in promotion of physical activity and body mass index among African American adults *SSM - Population Health*, 4.
- Funk, L. M., Allan, D. E., & Stajduhar, K. I. (2009). *Palliative family caregivers' accounts of health care experiences: The importance of "security"*: Cambridge University Press.
- Gallardo-Peralta, L. P., Roda, A. B. L. d., Martínez, M. Á. M.-., & Moral, R. S. d. (2018). Family and community support among older Chilean adults: the importance of heterogeneous social support sources for quality of life. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 584-604.
- Gallart, A., Cruz, F., & Zabalegui, A. (2012). Factors influencing burden among non-professional immigrant caregivers: a case-control study. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 642-654.
- Galvin, R., Stokes, E., & Cusack, T. (2014). Family-Mediated Exercises (FAME): An Exploration of Participant's Involvement in a Novel Form of Exercise Delivery After Stroke. *TOPICS IN STROKE REHABILITATION*, 21(1), 63-74.
- Gilleard, C. J., Gilleard, E., Gledhill, K., & Whittick, J. (1984). Caring for the elderly mentally infirm at home: a survey of the supporters. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38, 319-325.
- Gillies, B. (2011). Continuity and loss: The carer's journey through dementia. *Dementia*, 11(5), 657-676.
- Gouldner, A. W. (1960). The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement *American Sociological Review*, 25(2), 161-178
- Green, M. C., & Brock, T. C. (2005). Organizational Membership versus Informal Interaction: Contributions to Skills and Perceptions that Build Social Capital. *Political Psychology*, 26(1), 1-25.
- Grimmelikhuisen, S., Porumbescu, G., Hong, B., & Im, T. (2017). The Effect of Transparency on Trust in Government: A Cross-National Comparative Experiment. *Annual Review of Political Science*, 20, 41-61.

- Grootaert, C., Narayan, D., Jones, V. N., & Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: an integrated questionnaire*. Washington, D.C.: World Bank
- Gundelach, B., & Traunmüller, R. (2014). Beyond Generalised Trust: Norms of Reciprocity as an Alternative Form of Social Capital in an Assimilationist Integration Regime. *POLITICAL STUDIES*, 62, 596-617.
- Hacialioglu, N., O'ze, N., karabulutlu, E. Y., Erdem, N. e., & Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 211-217.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: Application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 215-224.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E., & Balkrishnan, R. (2002). Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. *Health Serv Res.*, 37(5), 1419-1439.
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs*, 25(5), 335-343.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., & Uemura, K. (2011). Information needs and sources of family caregivers of home elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2), 202-205.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1-20.
- Hopwood, J., Walker, N., McDonagh, L., Rait, G., Walters, K., Iliffe, S., . . . Davies, N. (2018). Internet-Based Interventions Aimed at Supporting Family Caregivers of People With Dementia: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20(6).
- Intawan, C., & P.Nicholson, S. (2018). My trust in government is implicit: automatic trust in government and system support. *Journal of Politics*, 80(2), 601-613.
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, 34, 645-649.
- Keating, N., Swindle, J., & Foster, D. (2005). The role of social capital in aging well. *Social capital in action: Thematic policy studies*, 24-51.

- Koplow, S. M., Gallo, A. M., Knafl, K. A., Vincent, C., Paun, O., & Gruss, V. (2015). Family Caregivers Define and Manage the Nursing Home Placement Process. *Journal of Family Nursing*, 21(3), 469-493.
- L. Roth, D., Lisa Fredman, & E. Haley, W. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309-319.
- Lane, A. P., Wong, C. H., cnik, S. M., Song, S., & Yuen, B. (2019). Association of Neighborhood Social Capital With Quality of Life Among Older People in Singapore. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 841-850.
- Leng, A., Xu, C., Nicholas, S., Nicholas, J., & Wang, J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China *Archives of Psychiatric Nursing*, 33, 23-29.
- Levy-Storms, L., & Miller-Martinez, D. (2005). Family Caregiver Involvement and Satisfaction With Institutional Care During the 1st Year After Admission. *The Journal of Applied Gerontology*, 24(2), 160-174
- Liddle, J., & McKenna, K. (2000). Quality of life: An overview of issues for use in occupational therapy outcome measurement. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47, 77-85.
- Lloyd, C., & King, R. (2003). Consumer and carer participation in mental health services. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 180-184.
- Lupia, A., & McCubbins, M. D. (1998). *The Democratic Dilemma: Can Citizens Learn What They Need to Know?* : Cambridge University Press.
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. P. (2018). Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359-370.
- Maloney, W., Smith, G., & Stoker, G. (2000). *Social Capital and Associational Life*. New York: Oxford University Press.
- Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3).

- Menke, M., Wagner, A. J. M., & Kinnebrock, S. (2020). Communicative Care in Online Forums: How Burdened Informal Caregivers Seek Mediated Social Support. *International Journal of Communication*, 14, 1662–1682
- Miller, A. H., & Listhaug, O. (1990). Political Parties and Confidence in Government: a Comparison of Norway, Sweden and the United States *B.J.Pol.S*, 29.
- Moons, P., Budts, W., & Geest, S. D. (2006). Critique on the Conceptualisation of Quality of Life: A Review and Evaluation of Different Conceptual Approach. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A., & Del-Pino-Casado, R. (2018). The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis. *BMC Geriatrics*
- Nahapiet, J., & Ghoshal, S. (1998). Social Capital, Intellectual Capital, and the Organizational Advantage. *The Academy of Management Review*, 23(2), 242-266.
- National Academies of Sciences, E., and Medicine. (2016). *Families Caring for an Aging America*. Washington DC: The National Academies Press.
- Nayeri, N. D., Mohammadi, S., Razi, S. P., & Kazemnejad, A. (2014). Investigating the effects of a family-centered care program on stroke patients' adherence to their therapeutic regimens. *Contemporary nurse*, 47(1-2), 88-96.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- Newman, K., Wang, A. H., Wang, A. Z. Y., & Hanna, D. (2019). The role of internet-based digital tools in reducing social isolation and addressing support needs among informal caregivers: a scoping review. *The Journal of BMC Public Health*, 19(1495). doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7837-3>
- Newton, K. (2001). Trust, Social Capital, Civil Society, and Democracy. *International Political Science Review*, 22(2), 201-214.
- Newton, K. (2008). Trust and Polotics. In D. Castiglione, J. W. V. Deth, & G. Wolleb (Eds.), *The hand book of Social Capital*. New York: Oxford University Press.

- Newton, K., Stolle, D., & Zmerli, S. (2018). Social and Political Trust. In E. M. Uslaner (Ed.), *The Oxford Handbook of Social and Political Trust*. New York: Oxford University Press
- Norris, L. A., Didymus, F. F., & Kaiseler, M. (2020). Understanding social networks and social support resources with sports coaches. *Psychology of Sport & Exercise*, 48.
- Norris, P. (1999). *Critical Citizens: Global Support for Democratic Government*. New York: Oxford University Press.
- Offer, S. (2012). The burden of reciprocity: Processes of exclusion and withdrawal from personal networks among low-income families. *Current Sociology*, 60(6), 788 –805
- Office for national statistics. (2002). *Social Capital Question Bank June 2002*
- Pascual, J., Sanz-Bobi, M. A., & Contreras, D. (2008). *INTELLIGENT SYSTEM FOR ASSISTING ELDERLY PEOPLE AT HOME* Paper presented at the the First International Conference on Health Informatics.
- Petrakis, M., Bloom, H., & Oxley, J. (2014). Family Perceptions of Benefits and Barriers to First Episode Psychosis Carer Group Participation. *Social Work in Mental Health*, 12(2), 99-116.
- Pichler, F., & Wallace, C. (2007). Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe. *European Sociological Review*, 23(4), 423-435.
- Pierre Bourdieu. (1986). THE FORMS OF CAPITAL. In J. G. RICHARDSON (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education* Westport: Greenwood Press.
- Pinquart, M., & Soënsen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.
- Pretty, J., & Ward, H. (2001). Social Capital and the Environment. *World Development*, 29(2), 209-227.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.

- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: SIMON & SCHUSTER.
- Ray, R. A., & Street, A. F. (2011). The dynamics of socio-connective trust within support networks accessed by informal caregivers. *Health, 15*(2), 137-152.
- Reid, C. E., Moss, S., & Hyman, G. (2005). Caregiver Reciprocity: The effect of reciprocity, carer self-esteem and motivation on the experience of caregiver burden. *Australian Journal of Psychology, 57*(3), 186-196.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., & Bemis, A. (2018). Supporting Family Caregivers in Providing Care In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*: AHRQ Publication.
- Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., Polentinos-Castro, E., Sánchez-Ruano, R., Rayo-Gómez, Á., Cura-González, I. d., & Group, C. (2022). Health-related quality of life in caregivers of community-dwelling individuals with disabilities or chronic conditions. A gender-differentiated analysis in a cross-sectional study. *BMC Nursing, 21*(69).
- ROTHSTEIN, B., & TEORELL, J. (2008). What Is Quality of Government? A Theory of Impartial Government Institutions. *Governance, 21*(2), 165-190.
- S, G. J. (1996). Home care problems experienced by stroke survivors and their family caregivers. *The Journal of Home Healthcare Nurse, 14*(11), 892-902.
- Sacco, L. B., König, S., Westerlund, H., & Platts, L. G. (2022). Informal Caregiving and Quality of Life Among Older Adults: Prospective Analyses from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH). *Social Indicators Research, 160*, 845–866.
- Salehi, A., Harris, N., Coyne, E., & Sebar, B. (2015). Trust and quality of life: A cross-sectional study of young women. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(5), 506-514.
- Sánchez-Franco, M. J., & Roldán, J. L. (2014). The influence of familiarity, trust and norms of reciprocity on an experienced sense of community : an empirical analysis based on social online services *Behaviour & Information Technology*.

- Santos, A. A. d., & Pavarini, S. C. I. (2012). Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: the caretaker's perception. *Rev Esc Enferm USP*, 46(5), 1140-1146.
- Sato, Y., Aida, J., Tsuboya, T., Shirai, K., Koyama, S., Matsuyama, Y., . . . Osaka, K. (2018). Generalized and particularized trust for health between urban and rural residents in Japan: A cohort study from the JAGES project *Social Science & Medicine*, 202, 43-53.
- Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 110-116.
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). PHYSICAL AND MENTAL HEALTH EFFECTS OF FAMILY CAREGIVING. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23-27.
- Scrivens, K., & Smith, C. (2013). *Four Interpretations of Social Capital: An Agenda for Measurement*. Retrieved from
- Shi, T. (2001). Cultural Values and Political Trust: A Comparison of the People's Republic of China and Taiwan. *Comparative Politics*, 33(4), 401-419.
- Shin, J. Y., & Choi, S. W. (2020). Online interventions geared toward increasing resilience and reducing distress in family caregivers. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 14(1), 60-66.
- SHU, B.-C. (2009). Quality of life of family caregivers of children with autism :The mother's perspective. *AUTISM*, 13(1), 81-91.
- Silverstein, M., & Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1039-1058.
- Smith, C. E., Moushey, L., Marien, L., & Weber, P. (1993). Family caregivers' perceptions of important knowledge and skills needed for managing total parenteral nutrition in the home. *Patient Education and Counseling*, 21(3), 155-164.
- Soithong, w. (2011). *SOCIAL CAPITAL, PEOPLE'S POLITICAL PARTICIPATION AND INSTITUTIONAL PERFORMANCE OF LOCAL GOVERNMENT IN THE NORTH OF THAILAND*. (Doctor of Philosophy in Politics), University of Adelaide.

- Steiner, V., Pierce, L. L., & Salvador, D. (2016). Information needs of family caregivers of people with dementia. *Rehabilitation Nursing, 41*, 162–169.
- Strommen, J., Fuller, H., Sanders, G. F., & Elliott, D. M. (2020). Challenges Faced by Family Caregivers: Multiple Perspectives on Eldercare. *Journal of Applied Gerontology, 39*(4), 347-356.
- Tao, R., Yang, D. L., Li, M., & Lu, X. (2014). How does political trust affect social trust? An analysis of survey data from rural China using an instrumental variables approach. *International Political Science Review, 35*(2), 237-253.
- Tokuda, Y., Jimba, M., Yanai, H., Fujii, S., & Inoguchi, T. (2008). Interpersonal Trust and Quality-of-Life: A Cross-Sectional Study in Japan. *PLOS ONE, 3*(12), 1-10.
- Treisman, D. (2007). What Have We Learned about the Causes of Corruption from Ten Years of Cross-National Empirical Research? *Annual Review of Political Science, 10*, 211-244.
- Trepte, S., Dienlin, T., & Reinecke, L. (2015). Influence of Social Support Received in Online and Offline Contexts on Satisfaction With Social Support and Satisfaction With Life: A Longitudinal Study. *Media Psychology, 18*(1), 74-105.
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017 - Highlights*. Retrieved from the United Nations:
- Uslaner, E. M. (2002). *The Moral Foundations of Trust*. Paper presented at the Trust in the Knowledge Society, University of Jyväskylä.
- Uslaner, E. M. (2008). *Corruption, Inequality, and the Rule of Law: The Bulging Pocket Makes the Easy Life*: Cambridge University Press.
- Uslaner, E. M., & Conley, R. S. (2003). CIVIC ENGAGEMENT AND PARTICULARIZED TRUST: The Ties That Bind People to Their Ethnic Communities. *AMERICAN POLITICS RESEARCH*.
- Vanderkerken, L., Heyvaert, M., Onghena, P., & Maes, B. (2019). The Relation Between Family Quality of Life and the Family-Centered Approach in Families With Children With an Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 16*(4), 296-311.
- VERBRUGGE, L. M., & CHAN, A. (2008). Giving help in return: family reciprocity by older Singaporeans. *Ageing & Society, 28*, 5-34.

- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.
- Walle, S. V. d., & Six, F. (2014). Trust and distrust as distinct concepts: why studying distrust in institutions is important. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 16(2), 158–174.
- Weitzner, M. A., Haley, W. E., & Chen, H. (2000). THE FAMILY CAREGIVER OF THE OLDER CANCER PATIENT *HEMATOLOGY / ONCOLOGY CLINICS OF NORTH AMERICA*, 14, 269-281.
- Wellman, B., Haase, A. Q., Witte, J., & Hampton, K. (2001). Does the Internet Increase, Decrease, or Supplement Social Capital? *AMERICAN BEHAVIORAL SCIENTIST*, 45(3), 436-455
- Winslow, B. W. (2003). Family Caregivers' Experiences with Community Services: A Qualitative Analysis. *Public Health Nursing*, 20(5), 341-348.
- Wolff, J. L., Feder, J., & Schulz, R. (2016). Supporting Family Caregivers of Older Americans. *N Engl J Med*, 375, 2513-2515.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85.
- Yao, T., Zheng, Q., & Fan, X. (2015). The Impact of Online Social Support on Patients' Quality of Life and the Moderating Role of Social Exclusion. *Journal of Service Research*, 18(3), 369-383.
- Yi, E.-H. (2021). The Impact of Social Support on Dementia Caregivers' Psychological Well-being: Is Online Comparable to Offline? *Innov Aging*, 5(Suppl 1), 807-808.
- Zmerli, S., & NEWTON, K. (2008). SOCIAL TRUST AND ATTITUDES TOWARD DEMOCRACY. *Public Opinion Quarterly*, 72(4), 706-724.
- เกษร เกษมสุข, & บังอร ฤทธิ์อุดม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน : บทบาทของพยาบาล. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 17(1), 368-380.

- เจริญชัย หมั่นห่อ, & สุพรรณณี พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 6(1), 8.
- เฉลิมพล แจ่มจันทร์. (2553). ผู้สูงอายุไทย: ภาวะและสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครัวเรือน. In ส. ทวีสิทธิ์ & ส. บุญมานนท์ (Eds.), ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉติพิรุ วัณศปัทมา, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, & สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ใน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 64(3), 283-296.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. (2551). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- เบญจวรรณ ชยางกูร ณ อยุธยา. (2565). การปลูกฝังความกตัญญูแก่ผู้ดูแลเพื่อพัฒนาเยาวชนไทยเชิงพุทธบูรณาการ. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม, 7(1), 167-171.
- เอมิกา เหมมินทร์, & ปรีชา วิจิตรธรรมรส. (2557). พฤติกรรมการใช้และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลที่ได้จากการใช้เครือข่ายสังคม ออนไลน์ (Social Media) ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต, 9-10(16-17).
- โกศล วรอาศัปติ, กิตติ์กวี โพธิ์โน, วรท ลำไย, & เอกอุมา อัมคำ. (2560). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(3), 233-246.
- ไพฑูรย์ พัชรอาภา. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชน สังคม.
- ไพฑูรย์ พงษ์แสงพันธ์, & อนันต์ ปันแก้ว. (2558). ความสำคัญของเครือข่ายเกื้อหนุนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 10(2), 109-116.
- ไพฑูรย์ สุขเจตน์, ยุทธนา ปราณี, & สุรพล สุธะพรหม. (2563). การพัฒนาความไว้วางใจทางการเมืองของประชาชนที่มีต่อนักการเมืองระดับท้องถิ่นในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 7(10), 235-247.
- กนกพร นทีชนสมบัติ, ดวงใจ ลิ้มตโสภณ, แสงทอง เลิศประเสริฐพงศ์, & วนิดา มกรกิจวิบูลย์. (2550). การรับรู้ของพยาบาลในการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 15(3), 1-15.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>
- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานสุขภาพคนไทยระดับเขต พ.ศ.2555-2560. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชินอักษรการพิมพ์.
- กิตติวงศ์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารชุมชนวิจัย 11(2), 18.

- กิริติ กิจธีระวุฒิมังษ์, & นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(4), 15-24.
- ชนินฐา บุญแสง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ กับ ความเครียดในงานของพี่เลี้ยงผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศัทธิยา รัตนนิมิต. (2545). ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา สารแสง. (2561). คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. (หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- จิตราพร โคตรมหา, & ธัญญาลักษณ์ พรหมรักษา. (2564). การศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา, 4(2), 26-34.
- จิรนนท์ ปุริมมัย, สุธรรม นันทมณฑลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง, & กรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(4), 610-619.
- จิราวรรณ ขาญสูงเนิน, & อิตารัตน์ สุภานันท์. (2565). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 924-938.
- ชยุตรา สุทธิลักษณ์, อัจฉรา อุไรเลิศ, เนตรดาว ชัชวาลย์, & ศุภรณยา เทพนมิตร. (2562). “ผู้ป่วยที่มองไม่เห็น” ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(1), 40-46.
- ชลทิพย์ ทองมณู. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะไตวายเรื้อรังของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ขวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, & วรวิ ศรีสุพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 5(พิเศษ), 387-405.
- ขวลิต สวัสดิ์ผล, & ศรีสุพล, ว. (2565). การพัฒนาศักยภาพชุมชนท้องถิ่นเพื่อผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร มจร บาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์, 6(1), 43-56.
- ชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน, & กันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 1(1), 12.
- ชิตพล กาญจนกิจ. (2545). ความไว้วางใจทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางการเมืองในการเมืองท้องถิ่นไทย: ศึกษากรณีองค์การบริหารส่วนตำบล. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐฐิตดา เทวเลิศสกุล, วณิฎา ศิริวรสกุล, & ชัยสรณ์ รอดอิม. (2559). แนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุจากภาวะให้เป็นพลังกรณีศึกษาเทศบาลนครรังสิต. ฉบับภาษาไทย มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 9(1), 529-545.

- ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กนกพร สุคำวัง, & ภารดี นานาศิลป์. (2561). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พยาบาลสาร, 45(2), 1-13.
- ณิชากรีย์ พิริยรักษ์ชัย, & ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2561). ปัจจัยที่ทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 231-240.
- ดนุวัศ สุวรรณวงศ์. (2553). ความไว้วางใจทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมภาคใต้ศึกษาเปรียบเทียบพื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่และเทศบาลเมืองปัตตานี. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ตรีเนตร สารพงษ์, ถวัล รุยาพร, & วรยุทธ พูลสุข. (2564). ปัญหาทางกฎหมายในการทำงานล่วงเวลาตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(2), 105-127.
- ทรงศักดิ์ รักพ่วง. (2562). เครือข่ายทางสังคมของกลุ่มนักร้องมาราธอน. วารสารพัฒนาศาสตร์, 21(1), 95-113.
- ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, & ธกัณันท์ อินทราวุธ. (2023). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต่ออาการรบกวนผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและภาวะเครียดของผู้ดูแล. *Journal of the Phrae Hospital*, 31(1), 99-113.
- ธนกร สิริสุคันธา, พรนภา บุญนำมา, & นภาพร เนตรประดิษฐ์. (2562). แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลนาโป่ง อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2(1), 11.
- ธัญวรัตน์ แจ่มใส. (2564). นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสาร มจร การพัฒนาศาสตร์, 6(3), 1-15.
- ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ลินจง โพธิบาล, & ทศพร คำผลศิริ. (2558). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะการดูแลการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลสาร, 42(ฉบับพิเศษ), 107-117.
- นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 21(1), 8.
- นริศรา พิงษ์ศรีสก, & ธาตุกร จันประเสริฐ. (2555). การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย.
- นันทิยา ใจเย็น. (2557). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พิการในพื้นที่ของเขตเทศบาลตำบลท่าไม้ อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี. (ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ, & สาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร *Good Model of Elderly Care in Family and Community in City and Bangkok* Retrieved from
- ประเสริฐ สามีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร“CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(1), 86-100.

- ประคอง มาโต, วัชรินทร์ ขาญศิลป์, & สุรพล สุษะพรหม. (2565). การส่งเสริมความนิยมทางการเมืองของประชาชนมีต่อนักการเมืองในจังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยวิชาการ, 5(2), 115-128.
- ประภาวดี โทนสุข. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะผู้ดูแลในครอบครัวต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ประมาณ เทพสงเคราะห์, จรินทร์ เทพสงเคราะห์, อติศร ศักดิ์สูง, ศุภการ สิริไพศาล, พรศักดิ์ พรหมแก้ว, & วรุตม์ นาที. (2556). การจัดการความรู้ฐานทุนชุมชนเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ในพื้นที่ลุ่มน้ำทะเลสาบสงขลา Community Capital Based Knowledge Management for Sustainable Development of Quality of Life in Songkhla Lake Basin Watershed Area. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 1(3).
- ปัทมา วาพัฒนาวงศ์, & ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2549). ประชากรไทยในอนาคต. Paper presented at the การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 2 “ประชากรและสังคม 2549, กรุงเทพมหานคร.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรศ อภิญาลังกร, กัญญสิริ จันทร์เจริญ, & นิมิตต์รา แว. (2561). บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(3), 300-310.
- ปิยฉัตร กลิ่นสุวรรณ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรม กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์, 13(25), 1-12.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต Concepts of quality of life. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 49(2), 171-184.
- พระชนพล กนตสีโล (เรื่อนเพ็ชร), พระครูอรุณสุดาลังการ, & เดชชาติ ตรีทรัพย์. (2561). การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารมหาจุฬานาครธรรม, 5(3), 943-954.
- พระปลัดประจักษ์ อยู่สำราญ, & รัชฎาพร เกตานนท์ แนวแห่งธรรม. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน. วารสารปัญญาภิวัฒน์, 10(2), 187-199.
- พวงผกา กรีทอง. (2550). โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- พัชรีย์ ดันติวิภาวิน. (2555). การก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการเสริมพลังผู้สูงอายุไทยให้เป็นพลังทางเศรษฐกิจและสังคม. วารสารร่วมพลัง มหาวิทยาลัยเกริก, 30(3), 53-70.
- ภัทรพร มูลแจ่ม. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ถดถอย. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภาสกร สอนเรือง, อาณัติ วรรณศรี, & สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3).
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 ศ. ด. ป. ประสาทกุล (Ed.)

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดียนตุลา จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561
- รักษพล สนธิยา. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนานภิศ พละศึก, & เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ A Family Model for Older People Care. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(3), 16.
- รุจา ภูไพบูลย์, ดารุณี จงอุดมการณ์, ถวัลย์ เนียมทรัพย์, จิตตินันท์ เดชะคุปต์, ระพีพรรณ คำหอม, จินตนา วัชรสินธุ์, . . . เดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2561). การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวไทยตามวงจรชีวิต: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารประชากรศาสตร์, 34(1), 58-71.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ. (2555). คุณภาพชีวิต ความคงอยู่และการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.
- วรรณถ พรหมศวร, & ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การเสริมความเข้มแข็งของทุนทางสังคมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. *Journal of Nursing Science and Health*, 41(2), 90-98.
- วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2560). การวิจัยเชิงปริมาณทางรัฐศาสตร์. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วารุณี เมธีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 20(1), 10-22.
- วิไลลักษณ์ เกษมศรี. (2556). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุในชุมชน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินัย อ่ำดวง. (2553). คุณภาพชีวิตของประชาชนชาวชุมชนสะพานสาม ตำบลท้ายบ้าน อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- วิภาวิน, น. (2558). เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย วารสารวิจัย สมาคมห้องสมุดแห่งประเทศไทยฯ, 8(2), 119-127.
- ศตวรรษ ศรีพรหม, วรรณภา อินตะราชา, & วรณศิริ ทางทอง. (2023). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปรีอใหญ่ อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(1), 378-391.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธุ์ สาสัดย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา ดำรงการเลิศ, อุบล หลิมสกุล, & นงลักษณ์ พะไยยะ. (2552). ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- ศิริณี ศรีหามาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง. (2014). รายงานผลการวิจัยเรื่องผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. Retrieved from

ศิริณี ศรีหาคะ, วัชร อมรโรจน์วรฤดี, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, & ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2564).

สถานการณ์ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 15(36), 44-62.

ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต. (2553). คุณภาพชีวิตและระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. In ส. ทวีสิทธิ์ & ส. บุญยมนานท์ (Eds.),

ประชากรและสังคม 2553 คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต, เฉลิมพล จามจันทร์, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, & จรัมพร ไหล่ยอ. (2556). คุณภาพชีวิต การทำงาน และ

ความสุข (1 ed.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด

ศิริพันธุ์ สาส์ย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2561). การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสู่คุณภาพชีวิตที่ดี. วารสารดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์, 8(3), 11.

สมเกียรติ สุทธิรัตน์. (2561). การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี, 8(0), 8.

สมบูรณ์ วัฒนะ. (2560). การดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนเรื่องทิศกในพระพุทธศาสนาของครอบครัวไทยพุทธ.

วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 25(49), 147-164.

สะอาด ศรีวรรณ, สัญญา เคนาภูมิ, & ภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). ความเข้มแข็งทางสังคมบนฐานสถาบันครอบครัว. วารสาร

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 4(2), 93-111.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ.

2560 - 2564. กรุงเทพฯ.

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). ประชากรผู้สูงอายุอาเซียน

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 – 2580) Retrieved

25 กันยายน 2562

http://www.nesdb.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). รายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายหน่วยบริการ. Retrieved from

<http://ltc.anamai.moph.go.th/>

สุตารัตน์ เรียบเลิศศิริ. (2554). ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมอง. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธิดา แจ่มประจักษ์. (2023). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย. วารสารมหาจุฬานาครพรรณี,

10(5), 233-243.

- สุธิดา แจ่มประจักษ์, & พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2023). พัฒนาการนโยบายผู้สูงอายุไทย: การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของนโยบาย. *Journal of Politics and Governance*, 13(1), 46-62.
- สุริยา ฟองเกิด. (2562). ความต้องการด้านการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 8(2), 93-108.
- สุริยพร สลับสี, & พงษ์พัทธ์ วัฒนพงศ์ศิริ. (2565). การวิเคราะห์นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของไทย. วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒน์, 4(3), 253-262.
- สุวรรณธรา ลิ้ม. (2560). บทวิจารณ์หนังสือเรื่อง พระพุทธศาสนาทุนอันยิ่งใหญ่เพื่อพัฒนาประเทศไทย. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, 2(3), 89-97.
- อภิรติ วงศ์ศิริ. (2561). ทุนทางสังคมภายนอกชุมชน: การมีส่วนร่วมของประชาชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์, 35(3), 152-175.
- อะเคือ กุลประสูติติก. (2561). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่อยู่รอบมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร. *J Med Health Sci*, 25(1), 80-92.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง, & ภักดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคประเทศไทย 4.0 The Long Term Care for the Elderly Dependency on Thailand Country 4.0 Era. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 17(3), 235-243.
- อัมราภรณ์ ภูระย้า, & ชนิษฐา นันทบุตร. (2562). ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(1), 10.
- อาณัติ ลิ้มคเดช, ชีระ สันเดชาภิรักษ์, & นวลนภา ธนศักดิ์. (2553). ทุนทางสังคมในประเทศไทย. Retrieved from <https://repository.turac.tu.ac.th/handle/6626133120/144>
- อุทัย ยะวี, & มณฑนา สีเขียว. (2562). การใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในยุคไทยแลนด์ 4.0. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, 8(1), 222-238.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	อรอุมา จีระกมล
วัน เดือน ปี เกิด	4 เมษายน 2534
ที่อยู่ปัจจุบัน	29 ม.4 ต.หาดเสี้ยว อ.ศรีสัชนาลัย จ.สุโขทัย 64130
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารธุรกิจ วิทยาลัย นานาชาติ มหาวิทยาลัยนเรศวร





แบบสอบถามชุดที่...

แบบสอบถาม

งานวิจัยเรื่อง “ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง”

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใน
ครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุถึง
ชื่อและที่อยู่ของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเด็ดขาด

2. แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของทุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ ความ
ไว้วางใจ ความเกื้อกูลกันและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวให้กับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง

3. กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องสี่เหลี่ยมและ/หรือเติมคำตอบที่เหมาะสมตามความเป็น
จริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล

1. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

2. อายุ..... (ปี)

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา/ไม่มีวุฒิการศึกษา

☐ 2. ระดับประถมศึกษา

☐ 3. ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือเทียบเท่า)

☐ 4. ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6

หรือเทียบเท่า)

☐ 5. ระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา

☐ 6. ระดับปริญญาตรี

- ☐ 7. ระดับปริญญาโท ☐ 8. ระดับปริญญาเอก
☐ 9. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. อาชีพหลัก

- ☐ 1. ข้าราชการ ☐ 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
☐ 3. พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน ☐ 4. พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ
☐ 5. เกษตรกร ☐ 6. นักเรียน / นักศึกษา
☐ 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เกษียณ ☐ 8. รับจ้าง
☐ 9. ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย ☐ 10. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

5. รายได้ต่อเดือน (บาท)

- ☐ 1. ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 2. 10,001 – 20,000 บาท
☐ 3. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 4. 30,001 – 40,000 บาท
☐ 5. มากกว่า 40,000 บาท

6. ศาสนาที่นับถือ

- ☐ 1. ศาสนาพุทธ ☐ 2. ศาสนาคริสต์
☐ 3. ศาสนาอิสลาม ☐ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

7. สถานภาพของท่านที่มีต่อผู้สูงอายุในครอบครัว

- ☐ 1. คู่สมรสของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ 2. บุตร/ธิดาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
☐ 3. ญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

8. จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ท่านให้การดูแลในปัจจุบัน.....คน

9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (รวมท่านด้วย).....คน

10. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. พ่อ ☐ 2. แม่
☐ 3. บุตร/ธิดา ☐ 4. คู่สมรส
☐ 5. ปู่ย่าตายาย ☐ 6. ญาติ
☐ 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

11. ท่านรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

12. โดยเฉลี่ยท่านใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกี่ชั่วโมงต่อวัน.....ชั่วโมง

13. ท่านมีคนคอยช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือไม่ ☐ มี จำนวน.....คน

☐ ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของทุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ ความไว้วางใจ

ความเกื้อกูลกันและการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์พิจารณาแต่ละระดับ ดังนี้

5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 = เห็นด้วย 3 = เฉยๆ 2 = ไม่เห็นด้วย 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ						
1	ท่านสามารถเชื่อใจและไว้วางใจ <u>คนทั่วไป</u> ได้					
2	ท่านสามารถเชื่อใจและไว้วางใจ <u>คนในชุมชนของท่าน</u> ได้					
3	ท่านสามารถเชื่อใจและไว้วางใจ <u>เพื่อนบ้านของท่าน</u> ได้					
4	ท่านสามารถเชื่อใจและไว้วางใจ <u>คนในครอบครัวของท่าน</u> ได้					
5	ท่านสามารถเชื่อใจและไว้วางใจคนที่พูดภาษาหรือมีเชื้อชาติเดียวกันกับท่านมากกว่าคนที่พูดภาษาหรือมีเชื้อชาติแตกต่างจากท่าน					
6	ท่านมีความเชื่อใจและไว้วางใจต่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)					
7	ท่านไว้วางใจเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเช่นหมอและพยาบาลในการให้การรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติของท่าน					
8	ท่านสามารถไว้วางใจในข้าราชการส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานด้วยความซื่อสัตย์และทุ่มเททำงานเพื่อผลประโยชน์ของประชาชน					
9	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้านพร้อมรับฟังความคิดเห็นของท่านและคนในชุมชนในละแวกบ้านของท่านเสมอ					
10	ท่านคิดว่านักการเมืองส่วนใหญ่มีการคอร์รัปชันและทำ					

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	เพื่อผลประโยชน์ส่วนตนเพียงอย่างเดียว					
11	ท่านไว้วางใจในการปฏิบัติงานของอบต/เทศบาลในชุมชนของท่านปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างโปร่งใสและสามารถให้ประชาชนตรวจสอบได้					
12	หากท่านต้องการความช่วยเหลือจากข้าราชการที่ท่านรู้จักท่านจะได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
13	ท่านเชื่อใจและไว้วางใจได้ว่าศาลจะตัดสินด้วยความยุติธรรม					
14	ท่านไว้วางใจในการบริหารงานของรัฐบาลในการนำภาษีของประชาชนไปบริหารได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า					
15	ท่านเชื่อใจและไว้วางใจได้ว่าสถาบันทางศาสนาสามารถเป็นที่พึ่งทางจิตใจเมื่อท่านมีปัญหา					
ทุนทางสังคมด้านการเกื้อกูลกัน						
1	เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือขณะอยู่ในที่สาธารณะภายในชุมชนของท่าน ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากคนที่เดินผ่านมาได้					
2	ท่านสามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านให้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของท่านได้เมื่อท่านมีความจำเป็น					
3	หากกระเป๋าสตางค์ของท่านหายตามท้องถนน คนที่เก็บได้จะไม่นำกระเป๋าสตางค์มาส่งคืนท่านอย่างแน่นอน					
4	หากท่านซื้อของแล้วได้รับเงินทอนไม่ถูกต้องท่านสามารถแจ้งคนขายและจะได้รับเงินทอนตามจำนวนที่ถูกตัดจากคนขาย					
5	เมื่อท่านซื้อของในตลาดสดท่านจะได้รับสินค้าที่มีคุณภาพเหมาะสมกับราคาที่จ่าย					
6	เมื่อท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งท่านจะให้ความช่วยเหลือตอบแทนบุคคลนั้นกลับไป					

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	เสมอ					
7	หากมีการกำหนดจุดทิ้งขยะ คนในชุมชนของท่านจะนำขยะมาทิ้งในบริเวณที่กำหนดไว้					
8	เมื่อมีคนในชุมชนเดือดร้อน ทุกคนจะร่วมมือกันให้ความช่วยเหลือเสมอ					
9	ชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีสภาพแวดล้อมที่ดี ผู้คนรักใคร่ปรองดองกันและคอยช่วยเหลือกัน					
10	การตัดสินใจเจ้าหน้าที่ให้ทำงานในหน่วยงานของรัฐยังคงพบในสังคมไทย					
11	เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐทำให้ท่านรู้สึกมีความปลอดภัยแม้ในเวลายามค่ำคืน					
12	ท่านคิดว่านโยบายของรัฐบาลเอื้อประโยชน์แก่ประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน					
13	ท่านคิดว่าการแข่งขันในที่สาธารณะยังคงพบได้ในสังคมไทย					
ทุนทางสังคมด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม						
1	เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่พร้อมรับฟังท่านเสมอ					
2	ถึงแม้ว่าญาติหรือบุคคลใกล้ชิดกับท่านจะอยู่ไกลกับท่าน บุคคลเหล่านั้นก็พร้อมจะให้ความช่วยเหลือทางการเงินเสมอเมื่อท่านต้องการ					
3	ท่านมีการรวมกลุ่มเพื่อพบปะหรือพูดคุยกับเพื่อนบ้านเป็นประจำ					
4	ท่านมีการติดต่อสื่อสารกับญาติที่อาศัยอยู่ไกลกันผ่านโทรศัพท์หรือเครือข่ายสังคมออนไลน์เป็นประจำ					
5	ท่านเข้าร่วมพูดคุยหรือส่งข้อความหาเพื่อนในกลุ่มหรือสังคมออนไลน์เป็นประจำ					

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
6	ท่านติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุผ่านทางสังคมออนไลน์เป็นประจำ					
7	บุคลากรทางการแพทย์ เช่น หมอและพยาบาลให้ข้อมูลด้านการดูแลผู้สูงอายุกับท่านและครอบครัวของท่านเสมอ					
8	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้ประสานงานกับท่านเพื่อติดตามและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำ					
9	อบต./เทศบาลส่งเสริมให้ท่านเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเสมอ					
10	เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุท่านสามารถติดต่อหน่วยงานภาครัฐผ่านทางสังคมออนไลน์ เช่น กลุ่มไลน์ กลุ่มเฟซบุ๊กได้					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเป็นสมาชิกและการเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

3.1 กลุ่ม ศาสนา เช่น กลุ่มสวดมนต์ นั้่งสมาธิ- วิปัสสนากลุ่มใส่ บาตรตอนเช้า กลุ่มสมาธิกวัด/ โบสถ์/สุเหร่า กลุ่มเพื่อศึกษา ศาสนา เช่น	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.2)	เป็นสมาชิกที่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย
---	--	---

โรงเรียนธรรมะ		ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
3.2 กลุ่ม สุขภาพ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มดูแล ผู้สูงอายุกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มมังสวิรัต	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้ามไปข้อ 3.3)	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้านการเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
3.3 กลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มทอผ้า กลุ่มเกษตรกร กลุ่มสมาคม วิชาชีพ กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มแรงงาน กลุ่ม อุตสาหกรรม ท่องเที่ยว	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้ามไปข้อ 3.4)	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้านการเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

		☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ_____
3.4 กลุ่ม ภาษา-เชื้อ ชาติ- วัฒนธรรม เช่น กลุ่มภาษาถิ่น กลุ่มไทลื้อ กลุ่มแซ่ กลุ่ม การแสดง พื้นบ้าน กลุ่ม ฟ้อนรำ กลุ่มการเล่น พื้นบ้าน	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.5)	เป็นสมาชิกก็กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ_____
3.5 กลุ่ม การศึกษา เช่น ชมรม/กลุ่มพ่อแม่-ผู้ปกครอง กลุ่มการเรียนรู้ กลุ่มเรียนพิเศษ	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.6)	เป็นสมาชิกก็กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊ค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ_____

3.6 กลุ่มจัดตั้ง โดยรัฐ เช่น กลุ่มออม. กลุ่ม กรรมการ กองทุนหมู่บ้าน	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.7)	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
3.7 กลุ่มจิต อาสา เช่น กลุ่ม จิตอาสา กลุ่ม จิตอาสา พระราชทาน กลุ่มมูลนิธิเพื่อ เด็กและสตรี	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.8)	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
3.8 กลุ่มกีฬา- สันทนาการ	☐ เป็น	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง

เช่น กลุ่มวิ่ง กลุ่มเล่น ฟุตบอล กลุ่มเล่นเปตอง กลุ่มเต้นแอโร บิก, กลุ่มฟ้ง เพลง กลุ่มอ่าน หนังสือ กลุ่ม ละครหรือ ภาพยนตร์ กลุ่มแฟนคลับ ดารา-นักร้อง	☐ ไม่ เป็น (ข้าม ไปข้อ 3.9)	2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____
3.9 กลุ่มทาง การเมือง เช่น พรรค/กลุ่มทาง การเมือง กลุ่ม การเคลื่อนไหว ทางการเมือง	☐ เป็น ☐ ไม่ เป็น	เป็นสมาชิกกี่กลุ่ม _____ กลุ่ม รูปแบบของกลุ่ม ☐ แบบพบหน้า ☐ แบบสังคมออนไลน์ ☐ ทั้ง 2 รูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่ ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ ไม่ค่อยเข้าร่วม ☐ ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม หน้าที่ภายในกลุ่มของท่านคือ _____ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ เป็นสมาชิก ☐ มีส่วนร่วมในฝ่ายบริหาร ☐ สนับสนุนด้าน การเงิน-บริจาค ☐ อาสาสมัคร ท่านมีการติดต่อกับสมาชิกกลุ่ม ☐ เป็นประจำ ☐ เป็นบางครั้ง ☐ นานๆครั้ง ☐ ไม่เคยติดต่อเลย ท่านติดต่อสื่อสารกับสมาชิกกลุ่มผ่านช่องทางใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ การพูดคุย ☐ โทรศัพท์ ☐ สังคมออนไลน์ เช่น เฟสบุค, ไลน์ ☐ บุคคลอื่น ☐ อื่นๆ โปรดระบุ _____

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความอย่างละเอียดและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด โดยใช้เกณฑ์พิจารณาแต่ละระดับ ดังนี้

5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = เล็กน้อย 1 = ไม่เลย

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1	ท่านพึงพอใจต่อสุขภาพของท่านในช่วงเวลาที่ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว					
2	การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวก่อให้เกิดการเจ็บปวดทางร่างกายกับท่าน เช่น ปวดหลัง ปวดขา					
3	ท่านมีพละกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี ทั้งการดูแลผู้สูงอายุและการดำเนินกิจวัตรประจำวัน					
4	แม้ท่านจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ท่านก็ยังสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ					
5	ท่านรู้สึกพอใจมากที่ท่านสามารถดูแลผู้สูงอายุและดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นในแต่ละวัน					
6	ท่านจำเป็นต้องพึ่งพาและการรักษาพยาบาลเป็นประจำเพื่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน รวมทั้งในเวลาที่ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว					
7	ท่านพึงพอใจในศักยภาพของตนเองที่สามารถดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้อย่างเต็มที่					
8	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี					
9	แม้ท่านจะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแต่ท่านก็รู้สึกมีความสุข มีความสงบ มีความหวังในการดำเนินชีวิต					
10	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี					
11	ท่านรู้สึกพึงพอใจในตนเอง					

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
12	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้					
13	ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ท่านมีความรู้สึกในด้านลบ เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลเป็นประจำ					
14	ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความหมาย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตเสมอ					
15	ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ท่านพึงพอใจต่อการผูกมิตรกับผู้อื่นและทักษะการเข้าสังคมของท่านเป็นอย่างมาก					
16	ท่านได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในดูแลผู้สูงอายุจากเพื่อนของท่านเสมอ					
17	ท่านสามารถจัดการกับความต้องการทางเพศของท่านได้เป็นอย่างดี แม้ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ					
18	ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความมั่นคงปลอดภัยเป็นอย่างดี					
19	ท่านพึงพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่ท่านพักอาศัยอยู่ในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ					
20	ท่านมีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายในเรื่องที่จำเป็นในช่วงเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ					
21	ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการทางด้านสาธารณสุขทั้งของตัวท่านเองและผู้สูงอายุที่ท่านดูแลได้อย่างเต็มที่เมื่อมีความจำเป็น					
22	ท่านมีเวลาสำหรับการติดตามข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันเสมอ แม้จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว					
23	ท่านพึงพอใจกับการคมนาคมในชุมชนและพื้นที่ใกล้เคียง					
24	ในช่วงเวลาที่ท่านทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ท่านยัง					

ลำดับ	ประโยค	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
	สามารถหาเวลาว่างในการพักผ่อนคลายเครียดในแต่ละวันได้					
25	ท่านอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของท่าน					
26	ท่านพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของท่านในฐานะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง					

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ถ้ารัฐบาลจะมีนโยบายในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ท่านคิดว่ารัฐบาลควรให้ความช่วยเหลือในด้านใดและอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม



แบบสัมภาษณ์

งานวิจัยเรื่อง “ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อ.....นามสกุล.....
2. เพศ () หญิง () ชาย
3. อายุ: ปี
4. อาชีพ:
5. สถานภาพ.....
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัว(รวมตัวท่านเอง)คน
7. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่ให้การดูแล.....

ตอนที่ 2 ทศนคติ มุมมอง อารมณ์และความรู้สึกจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัว รวมไปถึงถึงปัญหา ผลกระทบและความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับจากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นของท่านให้ตรงประเด็นมากที่สุด

1. ปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีประเด็นสำคัญอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

2. มุมมองและความรู้สึกของท่านที่มีต่อการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

3. ท่านมีความต้องการทางด้านความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐที่คิดว่าจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

4. ท่านมีความคิดเห็นเพิ่มเติมหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการสนับสนุนการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างไร

ประการที่ 1.....

.....

.....

ประการที่ 2.....

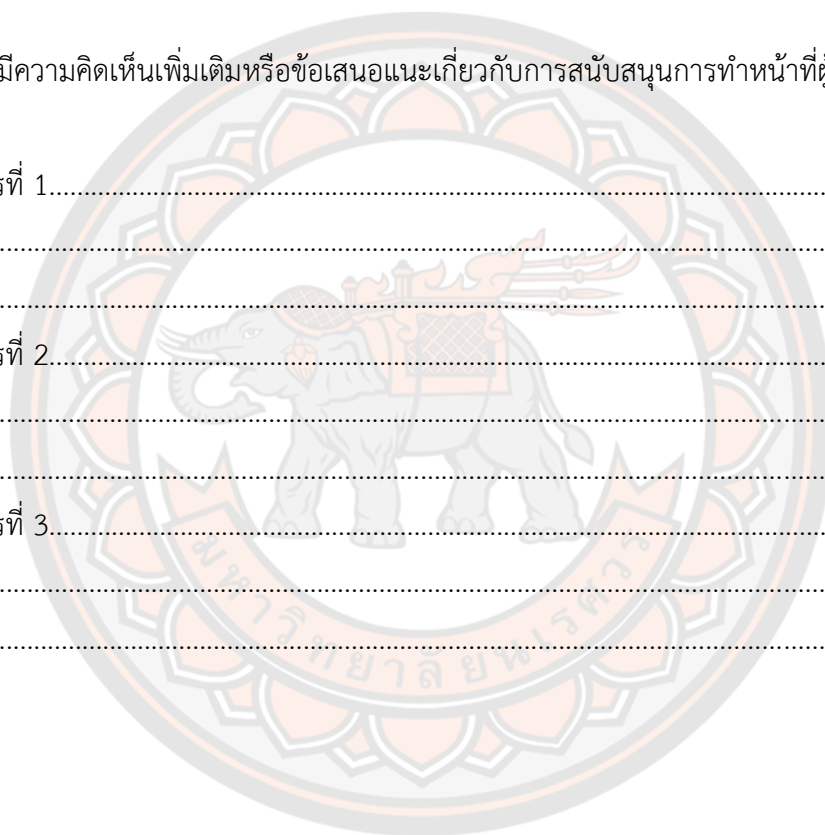
.....

.....

ประการที่ 3.....

.....

.....





ตารางแสดงความถี่และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว

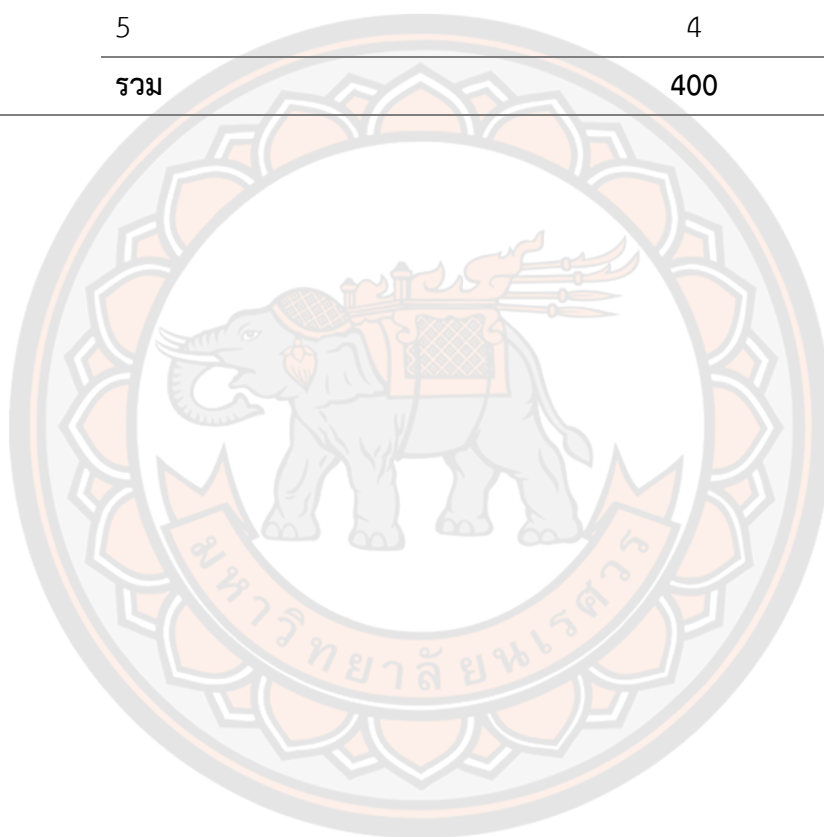
		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	91	22.8
	หญิง	309	77.2
	รวม	400	100
		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	15 - 20	6	1.5
	21 - 30	44	11.0
	31 - 40	69	17.3
	41 - 50	111	27.8
	51 - 60	170	42.5
	รวม	400	100.0
		จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา	ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา/ไม่มีวุฒิการศึกษา	17	4.3
	ระดับประถมศึกษา	107	26.8
	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3 หรือเทียบเท่า)	56	14.0
	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 หรือเทียบเท่า)	85	21.3
	ระดับประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	33	8.3
	ระดับปริญญาตรี	89	22.3
	ระดับปริญญาโท	9	2.3
	ระดับปริญญาเอก	2	0.5
	อื่นๆ	2	0.5
	รวม	400	100.0
		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	ข้าราชการ	35	8.8
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	2.3
	พนักงานบริษัท / ลูกจ้างเอกชน	9	2.3

	พนักงาน/ลูกจ้างหน่วยงานราชการ	31	7.8
	เกษตรกร	96	24.0
	นักเรียน / นักศึกษา	9	2.3
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	33	8.3
	รับจ้าง	94	23.5
	ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	78	19.5
	อื่น ๆ	6	1.5
	รวม	400	100.0
	จำนวน		ร้อยละ
รายได้ (บาท)	ต่ำกว่า 10,000	228	57.0
	10,001 – 20,000	109	27.3
	20,001 – 30,000	40	10.0
	30,001 – 40,000	11	2.8
	มากกว่า 40,000	12	3.0
	รวม	400	100.0
	จำนวน		ร้อยละ
ศาสนา	ศาสนาพุทธ	389	97.3
	ศาสนาคริสต์	8	2.0
	ศาสนาอิสลาม	2	0.5
	อื่น ๆ	1	0.3
	รวม	400	100.0
	จำนวน		ร้อยละ
สถานภาพ	คู่สมรสของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	77	19.3
	บุตร/ธิดาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	204	51.0
	ญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	105	26.3
	อื่น ๆ	14	3.5
	รวม	400	100.0
	จำนวน		ร้อยละ
จำนวน ผู้สูงอายุที่	1	320	80.0
	2	73	18.1

ดูแล (คน)	3	5	1.3
	4	1	0.3
	5	1	0.3
	รวม	400	100.0
		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	1	5	1.3
	2	33	8.3
	3	101	25.3
	4	108	27.0
	5	81	20.3
	6	43	10.8
	7	17	4.3
	8	9	2.3
	9	1	0.3
	10	1	0.3
	11	1	0.3
	รวม	400	100.0
		จำนวน	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับ	พ่อ	175	43.8
	แม่	227	56.8
	บุตร/ธิดา	185	46.3
	คู่สมรส	214	53.5
	ปู่ย่าตายาย	76	19.0
	ญาติ	59	14.8
	อื่นๆ	21	5.3
		จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)	1 - 5	263	65.8
	6 - 10	91	22.8
	11 - 15	26	6.5
	16 - 20	16	4.0

	21 - 25	0	0
	26 - 30	4	1.0
	รวม	400	100.0
		จำนวน	ร้อยละ
เวลาในการ ดูแล (ชั่วโมง)	1	14	3.5
	2	20	5.0
	3	27	6.8
	4	44	11.0
	5	30	7.5
	6	32	8.0
	7	5	1.3
	8	50	12.5
	9	4	1.0
	10	25	6.3
	11	2	.5
	12	60	15.0
	13	3	.8
	14	3	.8
	15	3	.8
	16	5	1.3
	17	1	.3
	18	7	1.8
	19	1	.3
	20	2	.5
	24	62	15.5
	รวม		100.0
มีผู้ช่วยเหลือ	มี	310	77.5
	ไม่มี	90	22.5
	รวม	400	100.0

		จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ช่วยเหลือ (คน)	0	90	22.5
	1	202	50.5
	2	63	15.8
	3	28	7.0
	4	13	3.3
	5	4	1.0
	รวม	400	100.0





ตารางระบุผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ จำนวน 10 คน

ผู้ให้ข้อมูล คนที่	เพศ	อายุ	อาชีพ	สถานภาพ	ความสัมพันธ์ กับผู้สูงอายุ	นามที่ใช้เรียก
1	หญิง	55	รับราชการ	มีครอบครัว	ลูก	ก
2	หญิง	58	ว่างงาน	มีครอบครัว	ลูก	ข
3	หญิง	50	ค้าขาย	หม้าย	ลูก	ค
4	หญิง	51	ว่างงาน	มีครอบครัว	ลูก	ง
5	หญิง	59	ว่างงาน	มีครอบครัว	หลานสะใภ้	จ
6	หญิง	44	ลูกจ้าง	หม้าย	ลูก	ฉ
7	ชาย	48	เกษตรกร	โสด	หลานชาย	ช
8	ชาย	49	ค้าขาย	แต่งงาน	ลูก	ฌ
9	หญิง	52	รับราชการ	โสด	ลูก	ญ
10	ชาย	40	รับจ้างทั่วไป	โสด	หลาน	ด



COA No. 107/2021
IRB No. P2-0004/2564

AF 14/6.0



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8721

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

- ชื่อโครงการ : โครงการวิจัยและคุณภาพชีวิตของบุคลากรในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ผู้วิจัยหลัก : นพ.สิริวราวุธ จิระสม
- สังกัดหน่วยงาน : คณะเภสัชศาสตร์
- วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)
- รายงานความก้าวหน้า : รายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือรายงานฉบับสมบูรณ์ หากจำเป็นโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
4. AF 04-10 (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเอกสาร, ฉบับแก้ไขเพิ่มเติมเอกสาร) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 กุมภาพันธ์ 2564
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 กุมภาพันธ์ 2564
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 09 กุมภาพันธ์ 2564
7. โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม วันที่ 09 กุมภาพันธ์ 2564
8. ปะระวัติผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ HSP
9. เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม, แบบคำสัมภาษณ์ที่โครงการวิจัย) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563
10. แบบรายงานที่ได้รับ 100% เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2563

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิมล ศาสตร์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 24 มีนาคม 2564
วันที่เผยแพร่ : 24 มีนาคม 2565
วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 24 มีนาคม 2565
วันที่เผยแพร่การรับรองครั้งที่ 1 : 24 มีนาคม 2566

วันที่รับรองต่อเบื้องต้นครั้งที่ 2	: 10 พฤษภาคม 2566
วันที่คณะกรรมการรับรองครั้งที่ 2	: 24 มีนาคม 2567
วันที่รับรองต่อเบื้องต้นครั้งที่ 3	: 24 มีนาคม 2567
วันที่รับรองต่อเบื้องต้นครั้งที่ 3	: 24 มีนาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองจะมีขึ้นโดยที่ประชุมให้คำปรึกษาหารือ (คู่ค้านักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยด้วยใบปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามหัวข้อวิจัยในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบฟอร์มภาษา และหรือ แบบสอบถามเฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยหรืออาสาสมัครที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อบันทึกเป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ในพิธีประสิทธิ์การแต่งตั้งหรือการเปลี่ยนแปลงกรรมการวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขอต่ออายุไม่เกิน ๑ ปีโดยอัตโนมัติ
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังจากได้รับรองผลแล้ว และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่ส่งรายงานจนกว่าจะได้รับการรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยมีผู้วิจัยที่ด้อยเจตคติต่อโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณาการรับรองโครงการวิจัย (หากมีรองชื่อด้วย)

