



ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

SOCIAL CAPITAL AND QUALITY OF LIFE OF THE CARER OF DEPENDENT ELDERLY



อรอุมา จีระกมล, วัลลภ สุขสวัสดิ์, ปริญญ์ สร้อยทอง

Orn-uma Jeerakamol, Wanlapat Suksawas, Parinya Soithong

มหาวิทยาลัยนเรศวร

Naresuan University

Corresponding Author E-mail: orn-umaj61@nu.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทุนทางสังคมประกอบไปด้วย องค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ ความไว้วางใจ การเกื้อกูลกัน และการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 386 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเทคนิคการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis: MRA)

ผลการวิจัยพบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิต 2 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม มีค่า Beta = 0.730 และความไว้วางใจ มีค่า Beta = 0.444 และองค์ประกอบด้านการเกื้อกูลกันไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาคือภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมทุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทางสังคม การสร้างความร่วมมือและการมีปฏิสัมพันธ์ บนพื้นฐานการร่วมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และทรัพยากรระหว่างกัน และส่งเสริมความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้านในชุมชน และความสัมพันธ์แบบทางการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในครอบครัว; ทุนทางสังคม; คุณภาพชีวิต



Abstract

Objectives of this research article were to study the relationship between social capital and quality of life of the carer of the dependent elderly. This study divided the social capital into 3 components which were trust, norm reciprocity and social network support. The data were collected from 386 samples who were in the health region 2 included 5 provinces: Sukhothai, Phitsanulok, Tak, Uttaradit, and Phetchabun, conducted by the quantitative research. The research tool was questionnaires and data were analyzed by average, percentage and multiple regression analysis: MRA. The findings were social capital relates to quality of life with reliability at 0.05 and the factors which have positive influence with quality of life are social network support ($\beta=0.730$) and trust ($\beta=0.444$). On the other hand, norm reciprocity does not relate to quality of life.

From the research, there were 2 suggestions included: 1. Government and related organizations should support the public policies which can promote the social network support in social capital by establishing the social network, cooperation and interaction on the basis of changing knowledge and resources between people and 2. Government and related organizations should support the carer's trust in both informal relationship such as family members, neighbors in community and formal relationship such as public health professionals.

Keywords: The Carer; Social Capital; Quality of Life

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างทางด้านการประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก การเพิ่มขึ้นของประชากรไทยมีอัตราที่ช้าลงและมีแนวโน้มที่จะติดลบได้ในอนาคต ในทางตรงกันข้ามจำนวนประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราความเร็วที่สูงมาก จึงทำให้ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2564) จากปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรนี้ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน หรือปัญหาด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายโดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้ต้องได้รับการรักษาและดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้สูงอายุยังถูกจำแนกออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ โดยใช้ตัวชี้วัดดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มาคัดกรอง ซึ่งเป็นตัวคัด

กรองที่แบ่งตามความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากการแบ่งกลุ่มข้างต้นการศึกษานี้จะมุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงหรือที่เรียกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพึ่งพาอาศัยและต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นอย่างมาก สาเหตุหลักมาจากการมีข้อจำกัดในเรื่องของการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานหรือญาติในการให้ความช่วยเหลือด้านการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่อื่น ๆ ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางและต้องได้รับการดูแลใส่ใจเป็นอย่างมาก

จากลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่กล่าวมานั้น จะเห็นได้ว่ามีอีกหนึ่งตัวแสดงที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นั่นคือบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น ลูก หลาน ญาติหรือคู่สมรส ซึ่งในการศึกษานี้จะเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่าผู้ดูแลในครอบครัว หน้าที่สำคัญของผู้ดูแลในครอบครัวคือการเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน การรักษาบาดแผล รวมไปถึงการดูแลทางด้านสุขภาพจิตใจอีกด้วย อีกทั้งการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริงเพราะเป็นบทบาทที่ต้องสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก นอกจากนี้หน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหน้าที่ที่มาจากความเต็มใจ ความรับผิดชอบ และความกตัญญูที่มีต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องเสียสละบางสิ่งบางอย่างเพื่อรับหน้าที่นี้ (Putnam, 1993) เช่น ชีวิตการทำงาน การเข้าสังคม หรือแม้แต่เวลาส่วนตัวเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา ภาระและความกดดันเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญหน้ากับปัญหาคุณภาพชีวิตลดลง กล่าวได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับมือกับปัญหาที่ตามมามากมาย (ขวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ, 2560; ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ, 2557) เช่น 1. ปัญหาทางสุขภาพร่างกายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความกดดันในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนความวิตกกังวลจากการขาดแคลนความรู้ในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ จนกลายเป็นความเครียดสะสมได้ 3. ปัญหาการเข้าสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังได้และต้องคอยดูแลอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องลดการเข้าสังคมลง ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและคนในสังคมลดลงด้วย และ 4. ปัญหาการเงินจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา การเสียสละโอกาสในการประกอบอาชีพเพื่อมาทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้



และเกิดหนี้สินจากการกู้ยืมเงินเพื่อมาใช้จ่ายในการรักษาและใช้ในชีวิตประจำวัน (World Health Organization, 1996)

ทั้งนี้การเผชิญหน้ากับปัญหาและภาระที่หนักหนานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวเป็นอย่างมาก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ รวมถึงความคิดและทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุล้วนมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว อีกทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่หมายถึงความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้อีกด้วย (จิรนนท์ ปริมาตย์ และคณะ, 2562) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการส่งเสริมจากทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต พบว่า มีการศึกษาจากนักวิชาการมากมายที่อธิบายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคม (Ma et al., 2012; Nilsson et al., 2006; Requena, 2013) และส่วนใหญ่พบว่าทุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้อีกด้วย ซึ่งทุนทางสังคมถือว่าเป็นต้นทุนที่สามารถพบเจอได้ในสังคมรอบตัว ๆ เปรียบเสมือนต้นทุนที่แฝงตัวอยู่ในสังคมผ่านทางความสัมพันธ์ของบุคคลกับตัวแสดงอื่น ๆ ภายในเครือข่ายหรือโครงสร้างทางสังคมนั้น ๆ อีกทั้งการศึกษาของกิตติวงศ์ สาสวด (2560) ที่กล่าวว่าความช่วยเหลือและเกื้อหนุนจากครอบครัวหรือคนในสังคมนั้นสามารถช่วยลดความกดดันทางด้านจิตใจลงได้ จึงส่งผลให้สามารถส่งเสริมให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้อีกด้วย ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องมีต้นทุนหรือทรัพยากรที่เข้ามาช่วยเหลือ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนำไปสู่การมีความสุขของผู้ดูแลในครอบครัวและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้นอกจากนี้ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2561 พบว่า ภาคเหนือได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว และถือว่าเป็นภูมิภาคแรกและภูมิภาคเดียวของประเทศไทยที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) ดังนั้นเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย และเมื่อพิจารณาจากการแบ่งเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ภาคเหนือได้แบ่งออกเป็น 2 เขตสุขภาพคือ เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบไปด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดแพร่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน เชียงราย เชียงใหม่ และเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์ และเมื่อพิจารณาจากรายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายหน่วยบริการของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งที่จะศึกษาในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งประกอบไปด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดตาก จังหวัดอุดรดิตถ์ และจังหวัดเพชรบูรณ์



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ สุโขทัย พิษณุโลก อุตรดิตถ์ ตาก และเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

2. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่ประกอบไปด้วย 5 จังหวัด คือ สุโขทัย ตาก พิษณุโลก อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ โดยจะพิจารณาจำนวนผู้ดูแลในครอบครัวจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลของสำนักงานมัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และจากข้อมูลทางสถิติของสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2563 พบว่าเขตสุขภาพที่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งสิ้น 11,187 คน (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร่ ยามาเน่ ได้ประชากร จำนวน 386 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทั้งหมด 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการวัดระดับของทุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามแบบคำถามปลายปิด โดยมีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกและดัดแปลงข้อคำถามจากการวัดค่าทุนทางสังคมจัดทำโดยองค์การธนาคารโลก (World Bank) (Grootaert et al., 2004)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการวัดค่าการเข้าร่วมกลุ่มหรือองค์กรของผู้ดูแลในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้อ้างอิงคำถามมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-100) ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งจะประกอบไปด้วยคำถามทั้งหมด 26 คำถาม

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาประมวลผล และจะใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ทั้งความถี่ (Frequencies)



ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อมาวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบเป็น enter ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

5. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อผู้วิจัยเสร็จสิ้นในการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปบันทึกคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละรายเป็นรายวัน เพื่อตรวจสอบข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือขาดหาย เพื่อประโยชน์ในการนำไปศึกษาเพิ่มเติมในการทำการสัมภาษณ์ครั้งหน้า ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปแบบคำต่อคำประโยคต่อประโยค แล้วตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ จากนั้นผู้ทำการวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ จากการถอดเทปสัมภาษณ์ในประเด็นสำคัญต่าง ๆ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.2 และเพศชาย ร้อยละ 22.8 อายุเฉลี่ยจะอยู่ที่ช่วงอายุ 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 ด้านการศึกษาและอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ที่ระดับประถมศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 26.8 มีการประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.3 ด้านสถานะภาพทางการเงิน พบว่าร้อยละ 57 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท นอกจากนี้สถานภาพด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีสถานะเป็นบุตร ธิดา ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยคิดเป็นร้อยละ 51 ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจะอาศัยอยู่กับแม่ คู่สมรส และบุตรธิดามากที่สุด โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 และมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1-5 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.8 โดยเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุดคือ 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 15.5 ทั้งนี้ในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 77.5 มีผู้ช่วยเหลือในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผู้ช่วยเหลือ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 50.5

2. การทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต สมมติฐานการวิจัย ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน

สามารถเขียนเป็นสมมติฐานทางสถิติได้ดังนี้

H_0 = ทุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

H_1 = ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



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

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

	SS	Df	MS	F	p-value.
Regression	28651.085	3	9550.362	114.367*	.000
Residual	32734.579	392	83.507		
Total	61385.664	395			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับกลุ่มตัวแปรอิสระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายเชิงเส้นตรงได้ จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) ซึ่งจากการคำนวณการถดถอยพหุสามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณได้ ดังต่อไปนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ตัวแปรอิสระอันประกอบไปด้วยตัวแปรอิสระคือ ความไว้วางใจ (X_1) การเกื้อกูลกัน (X_2) และการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (X_3) และตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ของความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

ตัวแปร (คุณภาพชีวิต)	B	Std.Error	Beta	t	Sig.
ค่าคงที่ (Constant)	32.837	3.822		8.592*	.000
ความไว้วางใจ (X_1)	0.444	0.105	0.263	4.250*	.000
การเกื้อกูลกัน (X_2)	0.240	0.131	0.107	1.839	.067
การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม (X_3)	0.730	0.109	0.379	6.718*	.000

Multiple R = .683^a R Square = .467 Adjusted R Square = .463 Std. Error = 9.13819

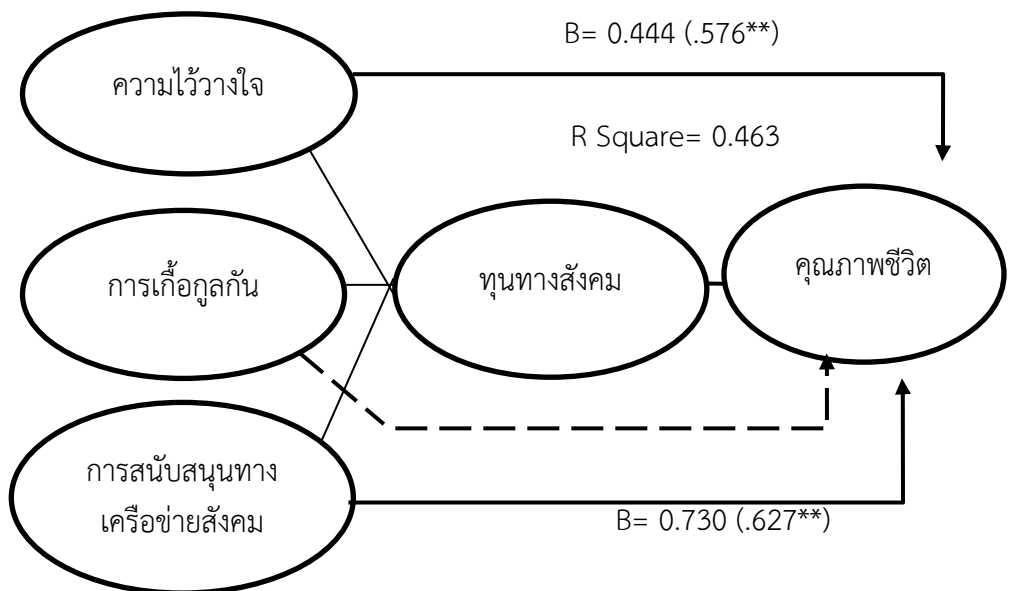
* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ enter พบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีระดับก่อนข้างสูง ($R=0.683$) สามารถอธิบายความแปรผันที่เกิดขึ้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 46.7 ($R^2 = 0.467$) เมื่อดูอิทธิพลตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตาม พบว่า มีเพียงการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมและความไว้วางใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B=0.730$ และความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต $B= 0.444$ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังต่อไปนี้

$$Y=32.837+0.444X_1+0.730X_3$$



ดังนั้นจากการวิเคราะห์ผลทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับทุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการเชิงเส้นตรงได้ จึงสามารถกล่าวได้ว่าการศึกษานี้ปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) และยอมรับสมมติฐานทางเลือก (H_1) หมายถึงทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาจากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า มีตัวแปร 2 ตัวที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมและความไว้วางใจ ดังภาพที่ 1



หมายเหตุ —————> หมายถึง มีความสัมพันธ์กัน - - - -> หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ภาพที่ 1 ภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตสุขภาพที่ 2 สามารถอภิปรายผลได้ว่า ทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าทุนทางสังคมมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยทุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นและการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข (พัชรี ต้นติวิภาวิน, 2555; อภิรดี วงศ์ศิริ, 2561; Acar, 2011 Barrett et al., 2014) นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมและความไว้วางใจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต โดยนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

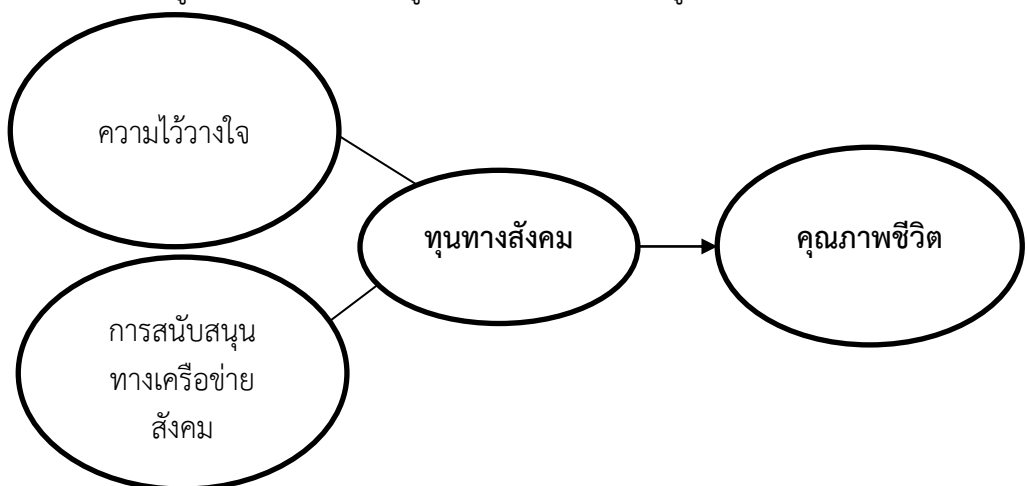


หมายถึงการที่มีความพร้อมทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมรวมถึงการปรับตัวและการอยู่ร่วมกันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2555; วินัย อำดวง, 2553; Antoniadis & Charmantzi, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากครอบครัวและเพื่อนในด้านความใกล้ชิด รวมไปถึงความถี่ของการติดต่อสื่อสารกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการปฏิบัติ อีกทั้งยังสามารถส่งผลดีในทางที่ดีต่อร่างกาย การรับรู้ และจิตใจ (Scrivens & Smith, 2013; Wu & Sheng, 2019; Sato et al., 2018; bbott & Freeth, 2008; Newton, 2001; Abbott & Freeth, 2008)

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระอย่างหนักในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อีกทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวยังส่งผลต่อผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลอีกด้วย เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งความสุข สุขภาพแข็งแรง รวมไปถึงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก็จะมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามไปด้วย การกำหนดแนวทางหรือนโยบายที่ส่งเสริมการใช้ทุนทางสังคมเพื่อมาสนับสนุนและพัฒนาการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นประเด็นที่ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ

องค์ความรู้จากการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นการวิจัยในเชิงปริมาณที่ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งใช้สถิติขั้นสูงในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงทำให้ได้องค์ความรู้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 2 องค์ความรู้จากการวิจัย



จากภาพที่ 2 องค์ความรู้จากการวิจัยนี้พบว่าทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งนี้เมื่อศึกษาองค์ประกอบของทุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า มีองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต 2 องค์ประกอบ คือ 1. ความไว้วางใจ ในที่นี้หมายถึงความไว้วางใจทั้งความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชน และความสัมพันธ์แบบทางการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ และ 2. การสนับสนุนทางเครือข่ายสังคมโดยผ่านการมีส่วนร่วม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ทั้งครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนอย่างเข้มแข็งจากบุคคลใกล้ชิดและรอบข้าง สามารถส่งผลลัพธ์ในเชิงบวกต่อร่างกายและจิตใจได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ทุนทางสังคมสามารถเป็นต้นทุนหรือแหล่งทรัพยากรที่บุคคลสามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ อีกทั้งทุนทางสังคมเป็นทุนที่มีอยู่ในสังคมรอบ ๆ ตัว บุคคลสามารถนำเอาไปใช้ได้ง่ายและยังใช้ยิ่งเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรให้การสนับสนุนนโยบายที่สามารถส่งเสริมทุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนทางเครือข่ายสังคม โดยสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทางสังคม การสร้างความร่วมมือ การมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยอาศัยพื้นฐานการร่วมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้และทรัพยากรระหว่างกัน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

การสร้างและส่งเสริมความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน และความสัมพันธ์แบบทางการ เช่น บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานภาครัฐ จะเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการแบ่งเบาภาระจากการดูแลผู้สูงอายุได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี การสร้างและส่งเสริมความไว้วางใจของผู้ดูแลในครอบครัวต่อความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวในการแบ่งเบาภาระจากการดูแลผู้สูงอายุได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวมีแนวโน้มที่ดีขึ้น



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก.) โดยบทความชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่องทุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (รัฐศาสตร์) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารอ้างอิง

- กิตติวงศ์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21-38.
- จิรนนท์ ปริมาตย์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 610-619.
- ชวลิต สวัสดิ์ผล และคณะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(พิเศษ), 387-405.
- พัชรีย์ ตันติวิภาวิน. (2555). การก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับการเสริมพลังผู้สูงอายุไทยให้เป็นพลังทางเศรษฐกิจและสังคม. *วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*, 30(3), 53-70.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- _____. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ. (2555). *คุณภาพชีวิต ความคงอยู่และการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่ที่มีความไม่สงบของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- วินัย อำดวง. (2553). คุณภาพชีวิตของประชาชนชาวชุมชนสะพานสาม ตำบลท้ายบ้าน อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสารสนเทศ*, 11(2), 70-75.
- ศิราณี ศรีหามาศ และคณะ (2557). รายงานผลการวิจัยเรื่องผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สืบค้น 22 สิงหาคม 2566, จาก <http://digital.nlt.go.th/items/show/8498>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2563). รายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายหน่วยบริการ. สืบค้น 13 มีนาคม 2563, จาก <http://ltc.anamai.moph.go.th>



- อภิรดี วงศ์ศิริ. (2561). ทูทางสังคมภายนอกชุมชน : การมีส่วนร่วมของประชาชนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 35(3), 152-175.
- 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.
- Acar, E. (2011). Effects of social capital on academic success: A narrative synthesis. *Educational Research and Reviews*, 6(6), 456-461.
- Antoniadis, I. & Charmantzi, A. (2016). Social network analysis and social capital in marketing: theory and practical implementation. *International Journal of Technology Marketing*, 11(3), 344-359.
- Barrett, et al. (2014). *Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care*. London: Springer.
- Grootaert, C., et al. (2004). *Measuring social capital: an integrated questionnaire*. Washington, D.C.: World Bank.
- Ma, Y., et al. (2012). Impact of Individual-Level Social Capital on Quality of Life among AIDS Patients in China. *PLOS ONE*, 7(11). 1-7.
- Newton, K. (2001). Trust, Social Capital, Civil Society, and Democracy. *International Political Science Review*, 22(2), 201-214.
- Nilsson, J., et al. (2006). Social Capital and Quality of Life in Old Age. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 419-434.
- Putnam, R. D. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. New Jersey: Princeton University Press.
- Requena, F. (2013). SOCIAL CAPITAL, SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE IN THE WORKPLACE. *Social Indicators Research*, 61, 331-360.
- Sato, Y., et al. (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.
- Scrivens, K., & Smith, C. (2013). *Four Interpretations of Social Capital: An Agenda for Measurement*. Paris: OECD Publication.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. Retrieved May 13, 2020, from www.apps.who.int/iris/handle//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, 43-53.

