วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ทุนทางสังคมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
Social Capital and Its Related Factors in Caring for Elderly People Living Alone

อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ* พรทิพย์ สำริดเปี่ยม** อรวรรณ แผนคง* ปัฐยาวัชร ปรากฏผล* อติภัทร พรมสมบัติ*
Uthaitip Chanpen,* Pornthip Sumridpeam,** Orawan Pankong,* Padthayawad Pragodpol,* Atiphat Promsombut*
*,** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.สระบุรี
*,** Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Saraburi Province
** Corresponding Author: sumridpeam.thip@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 180 คน และเครือข่ายชุมชน จำนวน 60 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 3) แบบวัดทุนทางสังคมสำหรับเครือข่ายชุมชน และ 4) แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเพียร์แมน ไคสแควร์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบ 1) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เท่ากับ 66.33 (SD = 13.79) 2) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน เท่ากับ 20.30 (SD = 2.47) และ 3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 106.68 (SD = 9.29) 3) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ (χ^2 = 4.37) รายได้ (r_s = 0.157) ระดับการศึกษา (r_s = 0.224) ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต (r_s = 0.251) และที่อยู่อาศัย (χ^2 = 5.203) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าเครือข่ายชุมชนควรสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายเพื่อสร้างความไว้วางใจ พยายามเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมืองเพื่อให้ทุนทางสังคมไปถึงผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง เครือข่ายชุมชน

Received: September 27, 2024; Revised: February 25, 2025; Accepted: March 14, 2025

Abstract

This research employed a mixed-method approach with the following objectives: (1) to study the social capital in elderly care as perceived by elderly individuals living alone; and (2) to examine the relationship between various factors and social capital in elderly care. The sample comprised 180 elderly individuals living alone and 60 community network members. The research tools used were: (1) a personal information interview form; (2) a social capital measurement scale for the elderly; (3) a social capital measurement scale for the community network; and (4) a satisfaction scale for participation in the care of elderly individuals living alone. Quantitative data were analyzed using statistics, including means, standard deviations, frequencies, percentages, Pearson's correlation, Spearman's rank correlation, and Chi-square tests. Qualitative data were analyzed through content analysis.

The study results were as follows: (1) The average score of social capital perception among elderly people living alone was 66.33 (SD = 13.79); (2) The average score of social capital perception among the community network was 20.30 (SD = 2.47); and (3) The average score of satisfaction with participation in elderly care was 106.68 (SD = 9.29). The analysis results showed that gender (χ^2 = 4.37), income (r_s = 0.157), education level (r_s = 0.224), satisfaction with quality of life (r_s = 0.251), and housing (χ^2 = 5.203) had a statistically significant positive relationship with social capital in the care of elderly people living alone at the .05 level. These research results indicated that community networks should become familiar with the elderly people living alone, especially elderly males, to build trust, and try to reach out to those with low income, particularly in urban areas in order to ensure comprehensive social capital for elderly people living alone.

Keywords: social capital, elderly people living alone, community networks

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) อย่างสมบูรณ์และเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ[1] ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด สำหรับภาคกลางมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.24 ของประชากรทั้งหมด และมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาไม่มีผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยจังหวัดสิงห์บุรีมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 27.60 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีจำนวนสูงที่สุดในเขตภาคกลางและสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศไทย สำหรับอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากอัตราการเกิดมีจำนวนลดลง ประกอบกับลักษณะสังคมไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น มีประชากรที่มีสถานะโสดเพิ่มขึ้น ในขณะที่คู่สมรสมีจำนวนบุตรลดลงหรือมีเพียง 1 คนต่อครอบครัว จากการสำรวจ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 10.32 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จึงมีผลต่อจำนวนผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุ[2] รวมทั้งภาวะสูงอายุ

ยังก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย สติปัญญาและการรับรู้ที่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น

การเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional decline) และการเสื่อมถอยทางด้านสติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive decline) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional decline) หมายถึง การลดลงของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สามารถประเมินได้จาก 1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได และการขับถ่าย และ 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ได้แก่ การเดินทางออกนอกบ้าน การไปตลาด ทำอาหาร จัดยารับประทาน ทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า อีกทั้งการประเมินด้านการมองเห็น ด้านการเคลื่อนไหว การได้ยิน และภาวะทุพโภชนาการ สำหรับการเสื่อมถอยด้านสติปัญญาและการรับรู้ สามารถประเมินด้านสมรรถภาพทางสมอง นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาด้วย[3] ในการประเมินดังกล่าวหากพบผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและมีระดับคะแนนที่ต่ำกว่าเกณฑ์สามารถบ่งชี้ได้ว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ได้แก่ ข้อเสื่อม โรคเบาหวาน และภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

นอกจากนี้ในปัจจุบันยังพบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเป็นจำนวนมาก[4] ซึ่งสาเหตุเกิดจากหลายประการ ได้แก่ ไม่มีบุตรหลานอาศัยอยู่ร่วมบ้าน บุตรย้ายเข้าอยู่อาศัยในเขตเมืองเพื่อทำงาน คนโสด คนแต่งงานไม่มีบุตร การเสียชีวิตของบุตรและคู่สมรส และจากการถูกทอดทิ้ง[5] หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการมีสัมพันธภาพทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดจะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่มีคุณค่าและรู้สึกโดดเดี่ยวหรือรู้สึกว้าเหว่ได้[6] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีทุนทางสังคมในด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation) มีการเชื่อมต่อกับสังคม (Social connection) และมีการให้และตอบแทนทางสังคม (Reciprocity) ที่น้อยลง มีโอกาสกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะโดดเดี่ยวอ้างว้างได้มาก นอกจากนี้การอาศัยอยู่ตามลำพังหรือการอยู่กับ คู่สมรสเพียงลำพังยังก่อให้เกิดความรู้สึกกลัวในการดำเนินชีวิต มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีกิจกรรมทางสังคมน้อย[7] และยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย[8] ทุนทางสังคมจึงเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือที่อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง

แนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการส่งเสริมระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้เกิดความยั่งยืนได้[9] ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อกับเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์ยั่งยืนและมีโครงสร้างระหว่างปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มมารวมตัวกัน ร่วมคิด ร่วมทำบนฐานของความไว้วางใจ ความผูกพัน และวัฒนธรรมที่ดีงามของสังคม[10] เพื่อสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวมบนบรรทัดฐาน (Norm) ของการตอบแทนซึ่งกันและกัน (Reciprocity) และความไว้เนื้อเชื่อใจกัน (Trustworthiness) เกิดเป็นพลังในชุมชนและสังคม[11] โดยทุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ทุนทางสังคมในครอบครัวและเครือญาติ (Bonding social capital) เกี่ยวข้องกับลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา และสถานะเศรษฐกิจ 2) ทุนทางสังคมความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล (Bridging social capital) ที่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนในกลุ่มที่มีโอกาสมาแลกเปลี่ยนซึ่งกัน

และกัน 3) ทุนทางสังคมระหว่างองค์กร (Linking social capital) เช่น การสนับสนุนงบประมาณผ่านองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการส่งเสริมกิจกรรมทางสุขภาพด้านต่างๆ จากองค์กรสาธารณะ ซึ่งกลุ่มองค์กรในแต่ละภาคส่วน ถือว่ามีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายในชุมชนให้เกิดความยั่งยืนได้[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมไว้ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ปี ค.ศ. 2016 เป็นการสำรวจทุนทางสังคมและภาวะสุขภาพแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional population-based study) ในกลุ่มประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 31,531 คน จาก 22 อำเภอ ของกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน ผลพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการทำงาน/อาชีพ ความเป็นเจ้าของบ้าน สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต มีผลต่อทุนทางสังคม[11] และ 2) ในปี ค.ศ. 2020 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เพศ การรับรู้สภาพแวดล้อมในละแวกใกล้เคียง และทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุจีนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองของเมืองเซี่ยงไฮ้ จำนวน 472 คน ผลพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชน (Community health care) และความปลอดภัยในชุมชน (Community safety) มีผลต่อทุนทางสังคม[13] จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาทุนทางสังคมที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือที่อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง ปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาทุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้

การสนับสนุนแหล่งทุนทางสังคมสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้ใจกับบุคคลรอบข้าง มีมุมมองที่ดีต่อตนเองและเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านสามารถให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุร้องขอ อาสาสมัครผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดความมั่นใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง เกิดความร่วมมือภายในเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งการมีระบบการจัดการดูแลที่ร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ผลจากการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทุนทางสังคมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนี้สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ มีระดับรับรู้ถึงทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นและนำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[14] อีกทั้งชุมชนตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของตนเองที่เป็นส่วนหนึ่งของทุนทางสังคมที่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ส่งผลให้ชุมชนเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้ในที่สุด[15]

ด้วยเหตุที่ทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่สำคัญรวมทั้งยังไม่มีการศึกษาแนวคิดนี้ในผู้สูงอายุกลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือที่อยู่กับคู่สมรสเพียงลำพัง ประกอบกับทุนทางสังคมนั้นเป็นความเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุและเครือข่ายของกลุ่มสังคมที่มิได้รับรู้ได้จากผู้สูงอายุแต่เพียงฝ่ายเดียว การศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจึงควรศึกษาทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและในกลุ่มเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการทำงาน/อาชีพ สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต อาศัยอยู่ในเขต/นอกเขตเทศบาล ความเป็นเจ้าของบ้าน ความปลอดภัยในชุมชน และการรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และกลุ่มของผู้ดูแล/เครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังต่อไป

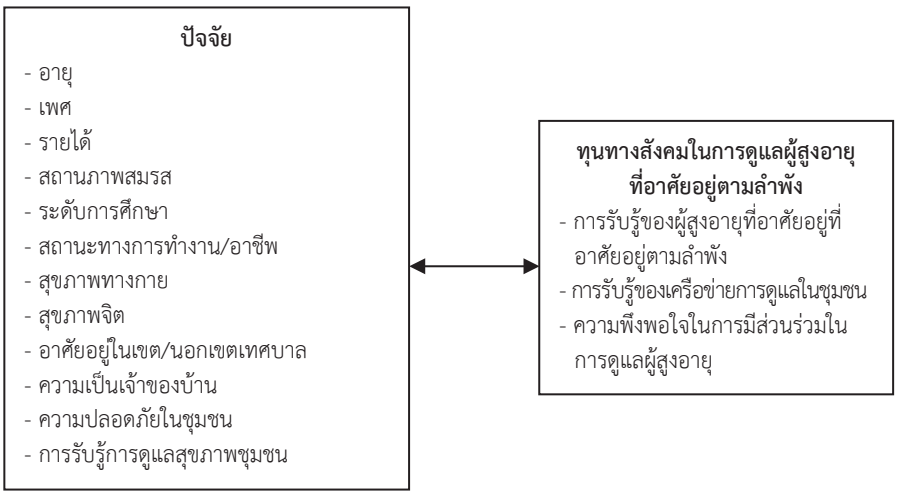
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ การรับรู้ของเครือข่ายการดูแลในชุมชน และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางการทำงาน/อาชีพ สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต อาศัยอยู่ในเขต/นอกเขตเทศบาล ความเป็นเจ้าของบ้าน ความปลอดภัยในชุมชน และการรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชน กับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทุนทางสังคม ของ Putnam[12] เพราะแนวคิดดังกล่าวเป็นที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างทุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มได้ คือ ผู้สูงอายุ ครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือข่ายทางสังคม[6] ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method) ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนเกี่ยวกับทุนทางสังคม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง การรับรู้ของเครือข่ายการดูแลในชุมชน และความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในระยะนี้ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-method research) ชนิดคู่ขนาน (Concurrent parallel design) ที่มีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพพร้อมๆ กัน เพื่อเสริมเติมเต็มซึ่งกันและกันของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีการดำเนินการวิจัยระยะเดียว[16] โดยศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และทุนทางสังคม

ในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตภาคกลางและสูงเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ พื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี 6 อำเภอ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณจากสูตร Krejcie & Morgan[17] ได้ 150 คน เพิ่มขนาดกลุ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลอีกร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 180 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) พักอาศัยในบ้านเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ 2) ADL 9 คะแนนขึ้นไป 3) TMMSE 23 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 3) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด จากนั้นผู้วิจัยประสานกับ สสจ.สิงห์บุรี เพื่อให้แต่ละพื้นที่สำรวจรายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามคุณสมบัติ จากนั้นคัดเลือกตำบลที่มีจำนวนเพียงพอสำหรับการสุ่มอย่างง่าย (ขนาดตัวอย่างอำเภอละ 30 คน) จำนวน 2 ตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย 15 คน/ตำบล

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) พักอาศัยในบ้านเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ 2) ADL 9 คะแนนขึ้นไป 3) TMMSE 23 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 3) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด จำนวน 20 คน/อำเภอ จาก 6 อำเภอ ของจังหวัดสิงห์บุรี รวม 120 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มๆ ละ ไม่เกิน 10 คน/กลุ่ม ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นไปตามจำนวนที่สามารถทำให้ข้อมูลเชิงคุณภาพอิ่มตัวได้[18]

2. เครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชนสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสำรวจการรับรู้ทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 60 คน จาก 6 อำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ได้มาด้วยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ประกอบด้วย การสุ่มเลือกตำบล จาก 6 อำเภอๆ ละ 1 ตำบล หลังจากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน/ตำบล ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ 5 คน ผู้นำชุมชน 2 คน บุคลากรทางสุขภาพ 1 คน และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

- อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ
- ผู้นำชุมชน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจาก

การศึกษา ไว้ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

- บุคลากรทางสุขภาพ กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานใน รพ.สต. 1 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

- บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ไว้ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ 2) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ไว้ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ

2.2 กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชนสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรทางสุขภาพ บุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน พิจารณาจากเกณฑ์การมีประสบการณ์จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน/อำเภอ จาก 6 อำเภอ ของจังหวัดสิงห์บุรี รวม 120 คน ทั้งนี้จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นไปตามจำนวนที่สามารถทำให้ข้อมูลเชิงคุณภาพอิ่มตัวได้[15]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถาม จำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับทุนทางสังคม

2. แบบวัดการรับรู้ทุนทางสังคม พัฒนาขึ้นโดย Bai และคณะ[19] ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมโยงทางสังคม ความไว้วางใจ การทำงานร่วมกันและการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน การประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = โดยปกติ 4 = บ่อยครั้ง ถึง 5 = บ่อยครั้งขึ้น มีจำนวน 22 ข้อ คะแนนรวม 110 คะแนน

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 8 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. แบบวัดทุนทางสังคมของเครือข่าย พัฒนาขึ้นโดย Eguchi & Nagai[20] ซึ่งได้พัฒนาปรับปรุงเครื่องมือจาก Kovunen และคณะ การประเมินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 24 คะแนน

2. แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ของ อรวรรณ แผนคง และคณะ[21] การประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด จำนวน 35 ข้อ คะแนนรวม 35 - 175 คะแนน

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มเป็นแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มกับเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการจัดหาทุนทางสังคมที่ให้ประโยชน์และให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเข้าถึงได้ จำนวน 14 ข้อ

หมายเหตุ: แปลผลคะแนนของแบบวัดการรับรู้ทุนทางสังคม/ แบบวัดทุนทางสังคมของเครือข่าย/ แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีการแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนดิบที่ได้มาเทียบจาก 100 ของค่าคะแนนและส่วนโดยรวมรายด้าน แล้วแบ่งระดับค่าคะแนน

โดยรวมรายด้านตามค่าอันตรภาคชั้น[22] ออกเป็น 5 ระดับ คือ ร้อยละ 0 - 20 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 21 - 40 หมายถึง ระดับน้อย ร้อยละ 41 - 60 หมายถึง ระดับปานกลาง ร้อยละ 61 - 80 หมายถึง ระดับมาก และ 81 - 100 หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการรับรู้ทุนทางสังคม 3) แบบวัดทุนทางสังคมของเครือข่าย 4) แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 0.89, 0.98, 1 และ 0.98 ตามลำดับ

2. การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์ไปทำการทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีในตำบลที่ไม่ได้เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวนกลุ่มละ 30 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวนกลุ่มละ 10 คน เพื่อดูความเข้าใจของแนวคำถามและนำข้อเสนอแนะมาปรับให้เหมาะสม ในส่วนของ 1) แบบวัดการรับรู้ทุนทางสังคม 2) แบบวัดทุนทางสังคมของเครือข่าย และ 3) แบบวัดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงด้วยวิธีหาความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82, 0.79 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในช่วงวันเดียวกัน โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนแล้วเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพต่อผู้วิจัยรับแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนมาจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 180 ชุด กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 60 ชุด สัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง จำนวน 120 คน และสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 120 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ใบรับรองเลขที่ COA No.BCNPB006/2566 วันที่อนุมัติ 23 เมษายน 2566 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 23 เมษายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มโดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถหยุดการให้ข้อมูลได้ทุกเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับข้อมูลทั้งหมดจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 3 ปี จะดำเนินการทำลายเอกสารข้อมูลทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรกลุ่ม วิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ

1.2 ข้อมูลทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เป็นตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบแบบ Kolmogorov Smirnov test จากนั้นผู้วิจัยพิจารณาระดับการวัดของตัวแปรที่นำมาจับคู่ทดสอบความสัมพันธ์แล้วเลือกใช้สถิติในการทดสอบความสัมพันธ์ โดยระดับการวัดของตัวแปรที่นำมาจับคู่ทดสอบความสัมพันธ์และสถิติการทดสอบความสัมพันธ์ที่เลือกใช้ ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านอายุ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน 2) ปัจจัยด้านรายได้ ระดับการศึกษา และการรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเพียร์แมน 3) ปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส สถานะทางการทำงาน/ อาชีพ สุขภาพจิต อาศัยอยู่ในเขต/ นอกเขตเทศบาล ความเป็นเจ้าของบ้าน และความปลอดภัยของการอยู่อาศัย ใช้สถิติไคสแควส์

1.3 ข้อมูลความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามการรับรู้ของเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.4 การทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแต่ละตัว และเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเพียร์แมน และไคสแควส์

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

2.2 ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังตามการรับรู้ของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากทั้ง 2 ส่วนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อจัดหมวดหมู่และจำแนกคำตอบ (Content analysis)

ผลการวิจัย

การศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในจังหวัดสิงห์บุรี ผลการศึกษาพบ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 75.60 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.75 (SD = 7.19) อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุด 91 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.56 และร้อยละ 73.33 มีรายได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ ร้อยละ 58.89 มีรายได้จากสวัสดิการของรัฐแหล่งเดียว รองลงมา ร้อยละ 35 มีรายได้จาก 2 แหล่งขึ้นไป ได้แก่ สวัสดิการของรัฐ จากการประกอบอาชีพของตนเอง และเครือญาติ ร้อยละ 47.78 มีสถานภาพสมรสหม้าย ในส่วนของบริบทการพักอาศัยในชุมชน พบว่า ร้อยละ 74.44 อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 19.44 อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 5.56 อยู่กับหลานที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และร้อยละ 0.56 อยู่กับบิดาซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.89 มีบ้านเป็นของตนเอง และส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.22 มีความปลอดภัยในการอยู่อาศัยในชุมชน ในเรื่องของสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.11 ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 48.89 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 - 2 โรค ร้อยละ 31.67 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 - 4 โรค และร้อยละ 3.33 เป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 4 โรค ร้อยละ 91.10 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 92.78 เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ง่าย ร้อยละ 6.67 เข้าถึงบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ยาก และร้อยละ 0.56 ไม่เคยเข้ารับ

บริการเลย ทั้งนี้โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.22 รองลงมาเป็นระดับมาก ร้อยละ 21.11 และมีเพียงร้อยละ 6.67 ที่มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในระดับน้อย

2. การรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คะแนนเฉลี่ยทุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังทั้งฉบับอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 66.33 คะแนน (SD = 13.79) ค่าต่ำสุด 33 คะแนน ค่าสูงสุด 100 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 11.81 คะแนน (SD = 5.13) ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 9.58 คะแนน (SD = 3.48) ด้านการติดต่อทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 9.82 คะแนน (SD = 3.30) ด้านความไว้วางใจมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 10.37 คะแนน (SD = 3.10) ด้านความสามัคคีมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 17.09 คะแนน (SD = 3.41) และด้านการตอบแทนบุญคุณมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 7.67 คะแนน (SD = 2.65) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของคะแนนทุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง (n = 180)

ทุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง	Mean	ร้อยละ	การแปลผลคะแนน	SD	Min	Max
การรับรู้ทุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 110)	**66.33**	**60.03**	**มาก**	**13.79**	**33.00**	**100.00**
การมีส่วนร่วมทางสังคม (คะแนนเต็ม 20)	11.81	59.05	ปานกลาง	5.13	4.00	20.00
การสนับสนุนทางสังคม (คะแนนเต็ม 20)	9.58	47.90	ปานกลาง	3.48	4.00	18.00
การติดต่อทางสังคม (คะแนนเต็ม 15)	9.82	65.46	มาก	3.30	3.00	15.00
ความไว้วางใจ (คะแนนเต็ม 15)	10.37	69.13	มาก	3.10	3.00	15.00
ความสามัคคี (คะแนนเต็ม 25)	17.09	68.38	มาก	3.41	8.00	24.00
การตอบแทนบุญคุณ (คะแนนเต็ม 15)	7.67	51.13	ปานกลาง	2.65	3.00	13.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การมีส่วนร่วมทางสังคม แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน บนเงื่อนไขของสภาพร่างกาย หากไปได้จะเข้าร่วมกิจกรรมด้วยตนเองทุกครั้ง *“งานบวชงานแต่งงานอะไรก็ไปประจำ”* หากไปไม่ได้จะฝากเงินกับผู้ที่ไปร่วมงาน *“ตัวไม่ไปหรอก แต่ฝากเขาไป”* และจากสภาพร่างกายที่ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมได้ *“ฉันไม่ได้ไปเลย เพราะว่าไปไม่ได้ ร่างกายมันไปไม่ไหว เดินเหินลำบาก แข้งขาไม่แข็งแรง”* และ 2) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเงื่อนไขมาจากความคิดว่าอยู่ด้วยตัวเองได้ *“ผมไม่มี ไม่ต้องการชุมชน พวกผู้ใหญ่บ้าน อสม. ก็ไม่ค่อยได้ยุ่งอะไรกับใคร ต่างคนต่างอยู่”*

การสนับสนุนทางสังคม มี 2 ด้าน ดังนี้ 1) ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อนบ้าน ทีมสุขภาพ ทั้งนี้มีทั้งผู้นำชุมชนไม่ดำเนินการช่วยเหลือสนับสนุน *“กำนันกับผู้ใหญ่เขาไม่มาใส่ใจหรอก เขาก็ใส่ใจแค่ตัวเองเท่านั้นแหละ”* ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อนบ้าน หมอหรือทีมสุขภาพ ช่วยเหลือแบบไม่ทั่วถึง *“ผู้นำชุมชน อสม. หรือบรรดาหมอที่ อบต. อยากขอให้เขาลงมาดูแล เดือดร้อนอะไรมันกะทันหันไหม อยากให้มาดูแลเวลาเจ็บป่วย หรือว่าเวลาที่มีของอะไรก็ให้มันทั่วถึงบ้าง”* เพื่อนบ้านไม่สนใจให้ความช่วยเหลือ *“ถ้าขอได้อยากให้เพื่อนบ้านมีความรักสามัคคี เวลาเราไปไหนมาไหนหรือว่าเราเจ็บไข้ได้ป่วย ให้ถามไถ่*

กันบ้าง มีอะไรช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เวลาตกทุกข์ได้ยากก็ช่วยเหลือ" รวมไปถึงญาติพี่น้องไม่สามารถพึ่งพาได้ *"มีพี่น้องที่เป็นญาติๆ กันเราจะไปพึ่งเขาก็ไม่ได้ เราก็น้อยใจนะ"* และ 2) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดย อบต. กำนัน อสม. เครือญาติ และคนในหมู่บ้าน กลุ่มคนเหล่านี้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังด้วยการให้เงิน แจก/จัดอาหาร พบปะพูดคุยเป็นการทำให้ผ่อนคลายความเครียด พาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย สอบถามความเป็นอยู่ และเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง *"เขาให้กันอยู่ก็ คือ ข้าวสารอาหารแห้ง แล้วก็มีเงินบ้าง เราได้บ้างไม่ได้บ้าง" "อสม เขาก็ไม่ได้มาทำอะไรเขาก็มาถามสารทุกข์สุขดิบ ชอบ อบต. เวลาเราไปไม่ไหวเขาก็มารับเราไป" "เวลาที่เจ็บป่วยก็คนในหมู่นี่แหละที่มาช่วยเหลือ ถ้าเป็นมากเขาก็จะพาไปส่งโรงพยาบาล"*

การติดต่อทางสังคม มี 6 แบบ ดังนี้ 1) ไม่ต้องการติดต่อเพราะอยู่คนเดียวได้ เป็นผู้สูงอายุที่พยายามพึ่งพาตนเอง *"ผมไม่มี ไม่ต้องการชุมชน พวกผู้ใหญ่บ้าน อสม. ก็ไม่ค่อยได้ยุ่งอะไรกับใคร ต่างคนต่างอยู่ไม่ได้สนิทชิดเชื้ออะไรเท่าไหร่ ส่วนใหญ่ก็จะต่างคนต่างอยู่อย่างนี้แหละ"* 2) ต้องการติดต่อแต่เพื่อนบ้านไม่ต้องการ ผู้สูงอายุต้องการเพื่อนคอยคุยให้กำลังใจ คลายเหงา แต่เมื่อไปหาเพื่อนบ้านแล้วเพื่อนบ้านไม่สนใจพูดคุยด้วย *"ไม่รู้จะพูดยังไง เพราะเวลาโผล่ไป เพื่อนบ้านเขาก็ปิดประตูบ้าน แล้วเขาไม่คุยกับเรา"* 3) ต้องการติดต่อ แต่โทรศัพท์ไม่เอื้อ ผู้สูงอายุที่ต้องการติดต่อผู้ที่คิดว่าช่วยเหลือตนเองได้ แต่ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น *"โทรศัพท์บางทีมันโทรไม่ได้ละหมอ มันเอามาไม่ได้ มันลืมตาไม่ขึ้น แล้วโทรศัพท์ก็ไม่ดี จิ้มผิดจิ้มถูกตามองไม่เห็น"* 4) ต้องการติดต่อแต่ผู้ที่อยากติดต่อด้วยไม่พร้อมมาหา ผู้สูงอายุต้องการติดต่อลูกหลาน แต่ลูกหลานยังไม่สามารถลามาหาได้ *"ลูกหลานก็อยู่คนละจังหวัด ลูกหลานทำโรงงาน บางครั้งก็โทรไปเรียกแล้ว ก็บอกแม่ว่ายังลาไม่ได้"* 5) ติดต่อกันได้แต่ไม่บ่อยครั้ง เป็นแบบที่ผู้สูงอายุติดต่อเพื่อนบ้านได้แต่จะไม่รบกวนบ่อย *"เพื่อนบ้านหลายๆ เดือนจะมาคุยกันสักครั้ง"* และ 6) ติดต่อกันได้ได้กำลังใจ ได้ความช่วยเหลือ คลายเหงา ผู้สูงอายุติดต่อกับลูกหลานทางโทรศัพท์ ทักทายเพื่อนบ้านได้การตอบรับและความช่วยเหลือ *"ลูกหลานก็ยังคอยโทรคุยคอยให้กำลังใจ" "ตั้งแต่สามีตายก็อยู่มา 30 - 40 ปีแล้วเนี่ยเป็นอะไรก็โทรเรียกลูกชายมา" "เวลาเราเห็นเพื่อนบ้านอะไรอย่างนี้ เราก็ทักก็คุยกันไป มีเพื่อนพูดคุยได้ไม่เครียด"*

ความไว้วางใจ ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจแก่ผู้อื่นใน 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) ยังไม่ไว้วางใจผู้อื่น เพราะคิดว่ายังช่วยเหลือตนเองได้ เกรงใจผู้อื่น *"ช่วยเหลือตัวเองได้" "มีความรู้สึกเกรงใจไม่กล้าเรียกเพื่อนบ้าน" "ยังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากใครเพราะว่ายังช่วยเหลือตัวเองได้"* และ 2) ให้ความไว้วางใจผู้อื่นที่เป็น ลูก/หลาน ก่อน แล้วจึงเป็นเพื่อนบ้าน *"โทรถึงลูกก่อน ไม่เคยคิดให้ใครช่วย" "เพื่อนบ้านอาศัยได้ก็ไม่คิดจะขอความช่วยเหลือจากใครนะ เพราะว่าเป็นคนขี้เกรงใจเขา เดือดร้อนจริงๆ เราจะจ้างเขา เขามีรถก็ไม่รู้นะ เห็นเขามีภาระกัน เขาต้องทำนาอะไรอย่างนี้" "กดเงินกดทองก็เพื่อนบ้าน ก็นั่นแหละเขาไปกดให้หลานบางทีไปได้ ก็ไม่ได้ใช้ลูกเขาหรอกใช้หลาน"*

ความสามัคคี ผู้สูงอายุแสดงความพึงพอใจที่ได้พักอาศัยในชุมชนที่อยู่ในตอนนี้ *"ไม่อยากย้ายบ้านไปอยู่ที่อื่น" "พัฒนาสังคม เขาจะเอาผมไปอยู่บ้านพักคนชรา ผมบอกผมไม่ไปหรอกอยู่ที่บ้านสบายกว่า" "พอใจในชุมชนที่อยู่อาศัย" "ใช่อยู่อย่างนี้ดีกว่าที่อื่น เพราะว่าเราอยู่กับเพื่อนบ้านมาตั้งแต่เล็กแต่น้อย"*

การตอบแทนบุญคุณ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้และตอบแทนบุญคุณว่าเป็นสิ่งที่ตนเองทำ ไม่ว่าจะตอบแทนเป็นกำลังใจ ซื้ออาหาร หรือไปธุระแทนให้ *"ให้กำลังใจ ดูแลซึ่งกันและกัน" "ถ้าเกิดว่าเขาให้ไป เราไปเอายาอะไรแบบนี้เราก็พอช่วยเขาได้" "ฉันนี่ไปบ่อยเลยอันนี้ถามได้เพราะว่าน้องชายเขาก็เป็นพาร์กินสัน มีแต่ไปให้เขา"*

3. ทุนทางสังคมและความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ

คะแนนเฉลี่ยทุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 20.30 คะแนน (SD = 2.47) คิดเป็นร้อยละ 84.58 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 106.68 คะแนน (SD = 9.29) คิดเป็นร้อยละ 60.69 รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของคะแนนทุนทางสังคมตามการรับรู้ของเครือข่ายชุมชน (n = 60)

ทุนทางสังคมตามการรับรู้ของเครือข่ายชุมชน	Mean	ร้อยละ	การแปลผลคะแนน	SD	Min	Max
คะแนนทุนทางสังคมตามการรับรู้ของเครือข่ายชุมชน (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)	20.30	84.58	มากที่สุด	2.47	12.00	24.00

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ของคะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของเครือข่ายชุมชน (n = 60)

ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของเครือข่ายชุมชน	Mean	ร้อยละ	การแปลผลคะแนน	SD	Min	Max
คะแนนความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังของเครือข่ายชุมชน (คะแนนเต็ม 175 คะแนน)	106.68	60.69	มาก	9.29	92.00	131.00

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านการรับรู้ทุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชน ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป รับรู้ว่าเป็นบุคคลที่มีรายได้น้อย มีฐานะยากจน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือดูแล ขาดลูกหลานดูแล และมีความเป็นห่วงในเรื่องของสุขภาพ รายได้ สภาพความเป็นอยู่ การรับประทานอาหาร รวมทั้งมีการประสานความร่วมมือกันทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการสำหรับการดูแลร่วมกัน ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมที่มีบรรยากาศของการช่วยเหลือ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการอำนวยความสะดวกในการดำเนินการร่วมกัน คือ การดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับรูปแบบการดูแล จะมีการดูแลร่วมกันในลักษณะเสมือนเครือญาติตามวัฒนธรรม ประกอบด้วย 1) เพื่อนบ้าน ที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย ในบางพื้นที่จะใช้เครือข่ายในหมู่บ้านที่เรียกว่า “เครือข่ายตาข่ายหมู่บ้าน” คอยดูแลสังเกตความผิดปกติและประสานแจ้งผู้นำหมู่บ้าน 2) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลด้านสุขภาพร่วมกับ รพ.สต และ อบต. ทำการคัดกรองภาวะสุขภาพและการพาไปตรวจตามนัด ดูแลเรื่องยา และสุขวิทยาส่วนบุคคล นอกจากนี้การดูแลอำนวยความสะดวกในการทำธุรกรรมต่างๆ 3) กลุ่มของบุคลากรทางสุขภาพ คือ เจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพของ รพ.สต. ดูแลเรื่องภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ กลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรงจะได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป ส่วนกลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงติดบ้านติดเตียง จะมีการตรวจเยี่ยมติดตามอาการ คัดกรองภาวะสุขภาพที่บ้าน และประสาน อสม. เข้าไปช่วยเหลือดูแล 4) ผู้นำชุมชน โดยผู้ใหญ่บ้านทำหน้าที่ในการ

ประเมินปัญหา สำรวจความต้องการการช่วยเหลือตามนโยบายที่ได้รับประสานผ่านทางอำเภอหรือ อบต. จากนั้นรายงานข้อมูลให้แก่กำนันรับทราบ ประสานขอความร่วมมือหรือความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือ 5) กลุ่ม อบต. จะรับข้อมูลจากกลุ่มผู้นำชุมชนและลงพื้นที่ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความช่วยเหลือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับการดูแลโดยส่วนใหญ่จะดูแลเกี่ยวกับการดูแลในส่วนของสิทธิสวัสดิการโครงสร้างพื้นฐานในส่วนของผู้สูงอายุ และ 6) เจ้าหน้าที่ พม. เป็นผู้ที่มีบทบาทในการรับประสานกับผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมและการสร้างอาชีพ

ด้านความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตามการรับรู้ของเครือข่ายชุมชน

เครือข่ายชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้ 1) มีรู้สึกพอใจเมื่อได้อยู่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และรู้สึกว่าสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี *“คิดว่าดีขึ้น ชอบการบริหารงานในชุมชน เห็นข้อมูลก็จะประสานว่าเขาเป็นอะไร” “เราก็เลยดูแลทั่วถึงเพราะว่าเราแบ่งละแวกกันแล้ว ผู้สูงอายุก็ให้ความร่วมมือ เราก็แนะนำ มันก็เป็นส่วนที่ทำให้สุขภาพของท่านดีขึ้น”* 2) รู้สึกภูมิใจที่ได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลให้ดูแลผู้สูงอายุ *“เราจะเข้าไปเสนอตัวเขา ไปหาเขา เขาก็จะกล้าที่จะบอก แต่ถ้ารวมๆ กันหลายๆ คนเขาก็จะเกรงใจ อย่างไปต่อยาให้เขาเขาก็จะมาขอกับเรา”* 3) มีความเห็นว่าทุกภาคส่วนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน *“ที่นี่ชุมชนดูแลซึ่งกันและกัน เป็นเครือญาติกัน ซึ่งมันเป็นอย่างนั้นอยู่แล้ว ส่วนเสริมที่ อบต. ไปดูแลเรื่องสภาพร่างกายหรือว่า พม. ก็จะไปดูเรื่องห้องน้ำให้บ้าง อบต. ก็ไปดูทำห้องน้ำให้ผู้สูงอายุผู้พิการอะไรแบบนี้ คือ เราก็ต้องดูแลอยู่แล้วจะพยายามไม่ให้ขาดตกบกพร่อง”*

4. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังพบว่า เพศ (χ^2 = 4.372) รายได้ (*rs* = 0.157) ระดับการศึกษา (*rs* = 0.224) การอาศัยอยู่ในเขต/นอกเขตเทศบาล (χ^2 = 5.203) และการรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชน (*rs* = 0.251) มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังไปในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 กล่าวคือ เพศหญิง รายได้ที่มากขึ้น ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่มากขึ้นยิ่งได้รับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส สถานะทางการทำงาน/อาชีพ สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต ความเป็นเจ้าของบ้าน และความปลอดภัยในชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับคะแนนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 180)

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ	
	r	p-value
อายุ	-0.141	0.059^{P}
รายได้	0.157	0.036^{S}*
ระดับการศึกษา	0.224	0.002^{S}**
สุขภาพทางกาย	-0.068	0.366^{S}

ตารางที่ 4 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับคะแนนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ (n = 180) (ต่อ)

ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล	คะแนนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ	
	r	p-value
การรับรู้การดูแลสุขภาพชุมชน	0.251	0.001[S]**
เพศ	4.372	0.037[C]*
สถานภาพสมรส	2.108	0.716[C]
สถานะทางการทำงาน/อาชีพ	1.645	0.200[C]
สุขภาพจิต	0.035	0.852[C]
อาศัยอยู่ในเขต/นอกเขตเทศบาล	5.203	0.023[C]*
ความเป็นเจ้าของบ้าน	1.633	0.201[C]
ความปลอดภัยของการอยู่อาศัย	0.000	0.996[C]

หมายเหตุ * p-value < .05, ** p-value < .01

[P] เป็นการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

[S] เป็นการวิเคราะห์ความสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเพียร์แมน

[C] เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบไคสแควส์

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในสถานการณ์จริง สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี รับรู้การมีทุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 66.33 คะแนน (SD = 13.79) คิดเป็นร้อยละ 60.03 เมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม ทั้งนี้ตามองค์ประกอบหลักของแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam[12] ที่ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การเข้าไปมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบ ประเด็นคะแนนการรับรู้ทุนทางสังคมยังไม่ถึงระดับมากที่สุดเนื่องจาก 1) องค์ประกอบด้านความไว้วางใจ ผู้สูงอายุบางคนยังไม่ไว้วางใจผู้อื่น 2) องค์ประกอบด้านการเข้าไปมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทางสังคม ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งไม่ได้มีส่วนร่วมทางสังคมของชุมชน บางกลุ่มไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ 3) องค์ประกอบด้านการเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้ติดต่อกับเพื่อนบ้าน เครือข่ายชุมชน เครือญาติ ทั้งนี้มีสาเหตุจากผู้สูงอายุไม่ต้องการติดต่อเอง ใช้เครื่องมือสื่อสารไม่เป็น กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยที่มีการให้และตอบแทนบุญคุณ ไม่ว่าจะตอบแทนเป็นกำลังใจ ซื้ออาหาร หรือไปธุระแทนให้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีทุนทางสังคมคอยเกื้อหนุนไม่มาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 60 มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านความไว้วางใจ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 10.37 คะแนน (SD = 3.10) คิดเป็นร้อยละ 69.13 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนหนึ่งให้ความไว้วางใจผู้อื่นที่เป็นเครือญาติก่อน แล้วจึงเป็นเพื่อนบ้าน แต่นอกเหนือจากขอบเขตที่ตนเองคุ้นเคย ผู้สูงอายุก็จะไม่ให้ความไว้วางใจบอกเล่าสิ่งที่ตนเองต้องการ 2) ด้านความสามัคคี มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 17.09 คะแนน (SD = 3.41) คิดเป็นร้อยละ 68.38 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก อบต. กำนัน อสม. เครือญาติ และคนในหมู่บ้าน กลุ่มคนเหล่านี้ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังด้วยการให้เงิน แจก/จัดอาหาร พบปะพูดคุยเป็นการทำให้ผ่อนคลายความเครียดพาไปพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย วัดความดันโลหิต สอบถามความเป็นอยู่ และเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง แต่ก็มีบางคนที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อนบ้าน หมอหรือทีมสุขภาพ ทั้งนี้มีทั้งผู้นำชุมชนไม่ดำเนินการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้นำองค์กรส่วนท้องถิ่น เพื่อนบ้าน หมอหรือทีมสุขภาพช่วยเหลือแบบไม่ทั่วถึง เพื่อนบ้านไม่สนใจให้ความช่วยเหลือ รวมไปถึงญาติพี่น้องไม่สามารถพึ่งพาได้ และ 3) ด้านการติดต่อทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 9.82 คะแนน (SD = 3.30) คิดเป็นร้อยละ 65.46 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีช่องทางการติดต่อทั้งเครือญาติ เพื่อนบ้าน เครือข่ายชุมชนติดต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ สมาร์ตโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ เฟซบุ๊ก หรือเมสเซนเจอร์ ที่สามารถวิดีโอคอล อย่างเห็นหน้ากันทั้งสองฝ่าย โทรศัพท์ที่โทรติดต่อถึงกันได้พูดคุยกัน หรือการจัดให้มีผู้ดูแลหรือหมอครอบครัวคอยถามไถ่ความเป็นอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุใช้ช่องทางนี้สามารถติดต่อบุคคลอื่นได้อย่างที่ต้องการ

ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 50 แต่ไม่ถึงร้อยละ 60 มี 3 ด้าน คือ 1) การตอบแทนบุญคุณ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 7.67 คะแนน (SD = 2.65) คิดเป็นร้อยละ 51.13 และ 2) การมีส่วนร่วมทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 11.81 คะแนน (SD = 5.13) คิดเป็นร้อยละ 59.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีความพึงพอใจที่ได้พักอาศัยในชุมชนที่อยู่ในตอนนี้ ถึงแม้ว่าสนใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนน้อย และมีการให้และตอบแทนบุญคุณ ไม่ว่าจะตอบแทนเป็นกำลังใจ ซื้ออาหาร หรือไปธุระแทนให้

ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าร้อยละ 50 มี 1 ด้าน คือ การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 9.58 คะแนน (SD = 3.48) คิดเป็นร้อยละ 47.90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไปร่วมงานทางสังคมของชุมชนไม่ได้จากข้อจำกัดทางสภาพร่างกาย หรือคิดว่าอยู่ด้วยตัวเองได้ต่างคนต่างอยู่

กล่าวโดยสรุปจากผลการวิจัยที่พบข้างต้นสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam[12] ที่กล่าวว่า ทุนทางสังคมจะคงอยู่ต่อไปได้หากความไว้วางใจมีมาจากความเป็นเครือญาติ และความไว้วางใจสามารถสร้างขึ้นจากการเข้าไปมีส่วนร่วมกับเครือข่ายทางสังคม และผ่านการเกื้อกูลซึ่งกันและกันหรือการต่างตอบแทนกัน

2. คะแนนเฉลี่ยทุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 20.30 คะแนน (SD = 2.47) คิดเป็นร้อยละ 84.58 เมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม สอดรับกับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่เมื่อเทียบกับคะแนนเต็มแล้วอยู่ในระดับมาก เท่ากับ 106.68 คะแนน (SD = 9.29) คิดเป็นร้อยละ 60.69 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ พบว่า เครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุรับรู้ข้อมูลในด้านที่เป็นปัญหา เช่น เป็นผู้มีรายได้น้อย มีฐานะยากจน มีปัญหาทางสุขภาพ ติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือดูแล ดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามภาวะสุขภาพและความเดือดร้อน มีการติดต่อสื่อสารในทีม มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน รับข้อมูลความเดือดร้อนทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การได้ลงมือช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงทำให้เครือข่ายชุมชนรู้สึกพอใจเมื่อได้อยู่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภูมิใจที่ได้รับความไว้วางใจจากพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ

จากข้อมูลคำบอกเล่าของเครือข่ายชุมชนดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการให้คะแนนทุนทางสังคมที่ตนเองรับรู้ไว้สูง สะท้อนในด้านของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งตรงกับที่ทางผู้สูงอายุรับรู้ แต่ยังมีผู้สูงอายุบางกลุ่มมองว่าการให้ความช่วยเหลือยังกระจายไม่ทั่วถึง หากผู้สูงอายุคนใดเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อยจะเป็นที่รู้จักมักคุ้นกับเครือข่ายชุมชน เป็นการเปิดช่องทางการติดต่อถึงกันบ่อยครั้ง ผู้สูงอายุไว้วางใจบอกเล่าปัญหา/ความเดือดร้อน เครือข่ายชุมชนรับรู้ข้อมูลแบบไม่มีอคติอย่างอื่น จึงทำให้เป็นการชักนำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมได้ตรงกับที่ผู้สูงอายุต้องการแต่ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุคนใดไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เครือข่ายจะทราบข้อมูลความเดือดร้อนน้อยหรือคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการ ผู้สูงอายุก็ไม่สนิทใจที่จะบอกกล่าวความเดือดร้อน การสนับสนุนทางสังคมจึงไปไม่ถึง กล่าวโดยสรุปจากผลการวิจัยที่พบข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรีญา นุ่มเกลี้ยง และ ศิริลักษณ์ คัมภิรานนท์[23] ซึ่งพบว่า ด้านความร่วมมือของเครือข่ายชุมชนเป็นช่องทางในการสร้างสัมพันธภาพในสังคมและเป็นการส่งเสริมการทำงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุจะได้รับบริการข้อมูลข่าวสาร การแลกเปลี่ยนความเห็นด้านการดูแลสุขภาพผ่านความร่วมมือของครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ รวมทั้งการจัดให้มีอาสาสมัครออกเยี่ยมบ้านรับฟังปัญหา แนะนำแนวทางการดูแลสุขภาพ และการจัดสวัสดิการแจกสิ่งของที่จำเป็นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการทุนทางสังคมของเครือข่ายชุมชนที่ดี

3. จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กล่าวคือ เพศหญิงรับรู้การมีทุนทางสังคมมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตยังมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกับทุนทางสังคม กล่าวคือ การรับรู้ว่ามีทุนทางสังคมมากขึ้นทำให้มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตมากขึ้น ตรงกับการศึกษาของ Bai และคณะ[7] ที่พบว่า ทุนทางสังคมเกี่ยวกับ ความไว้วางใจ การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมต่อสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ซึ่งชุมชนสามารถนำไปดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ การสร้างความไว้วางใจ สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่มีรายได้มากขึ้น และระดับการศึกษาสูงขึ้นมีโอกาสเข้าถึงทุนทางสังคมได้มากขึ้น จึงทำให้รับรู้การมีทุนทางสังคมมากขึ้น แต่การอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือเขตชนบท เป็นบริบทที่ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่ แต่มีการอาศัยเกื้อกูลกัน รู้จักกันจึงทำให้เข้าถึงทุนทางสังคมได้ง่ายสอดคล้องกับการศึกษาของ โภคภัทร ประสาทเขตต์การ, พรชัย สิทธิศรัณย์กุล และ เจตน์ รัตนจีนะ[24] ที่ศึกษาทุนทางสังคมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ทุนทางสังคมภายนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล และกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส สถานะทางการทำงาน/อาชีพ สุขภาพทางกาย สุขภาพจิต ความเป็นเจ้าของบ้าน และความปลอดภัยในชุมชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความแตกต่างกัน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ค้นพบในบริบทของจังหวัดสิงห์บุรี ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา[11,13] อาจเนื่องมาจากบริบทที่แตกต่างกันทางด้านภูมิประเทศ วัฒนธรรม และสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ควรมีการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเครือข่ายชุมชนกับผู้สูงอายุและครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน และควรสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายเพื่อสร้างความไว้วางใจ

2. ในการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เครือข่ายชุมชนควรให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุชายเพื่อสร้างความไว้วางใจ

3. ในการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้พัฒนาควรให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านรายได้ ระดับการศึกษา และอาศัยในเขตเมืองที่มีความซับซ้อนและความเหลื่อมล้ำทางสังคม เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากทุนทางสังคมอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons. Statistics on the elderly. [Internet]. [cited 2024 Jun 30]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2555. (in Thai).
2. National Statistical Office. Survey of the elderly population in Thailand, 2021. [Internet]. [cited 2024 Jun 30]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230731135832_95369.pdf. (in Thai).
3. Suraarunsumrit P, Srinonprasert V. Decline in work capacity of elderly patients receiving treatment in hospitals. J Gerontol Geriatr Med 2019;18:66-78. (in Thai).
4. Meemon N, Paek SC. Older adults living alone in Thailand: Socioeconomic inequality and its relation to unmet health needs. Asia Pacific Social Science Review 2020;20(4):17-31.
5. Mahem K, Potchana P, Srioad P. The experiences of elderly living alone and differences between women and men: meta-ethnography. Journal of Nursing and Health Care 2020;38(2):138-147. (in Thai).
6. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief. [Internet]. [cited 2021 Oct 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749.
7. Bai Z, Wang Z, Shao T, Qin X, Hu Z. Association between social capital and loneliness among older adults: a cross-sectional study in Anhui Province, China. BMC Geriatr 2021;21(1):26.
8. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L, et al. Living alone and cognitive function in later life. Arch Gerontol Geriatr 2019:81:222-33.
9. Coll-Planas L. Promoting social capital in an ageing society: a win-win proposition? Gac Sanit 2016;30(5):323-5.
10. Bourdieu P, Wacquant LPD. An invitation to reflexive sociology. Chicago: University of Chicago Press; 1992.

11. Asadi-Lari M, Hassanzadeh J, Torabinia M, Vaez-Mahdavi MR, Montazeri A, Ghaem H, et al. Identifying associated factors with social capital using path analysis: a population-based survey in Tehran, Iran (Urban HEART-2). Med J Islam Repub Iran 2016;30:414.
12. Putnam RD. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster; 1993.
13. Lu N, Wu B. Perceived neighborhood environment, social capital, and life satisfaction among older adults in Shanghai, China. Sci Rep 2022;22(1):685.
14. Zhu H, He L, Peng J, Li X, Gao B, Zhou H, et al. Community social capital and the health-related quality of life among empty-nest elderly in western China: moderating effect of living arrangements. BMC Psychiatry 2022;22(685):1-12.
15. Yi Y, Park Y, Cho B, Lim K, Jang S, Chang SJ, et al. Development of a community-based integrated service model of health and social care for older adults living alone. Int J Environ Res Public Health 2021;18(2):1-13.
16. Creswell JW, Klassen AC, Plano Clark VL, Smith KC. Best practices for mixed methods research in the health sciences. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2013. p. 541-5.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
18. Mason M. Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. Forum Qualitative Social Research 2010;11(3):1426-3027.
19. Bai Z, Yang J, Wang Z, Cao W, Cao C, Hu Z, et al. Association between social capital and self-rated health among community-dwelling older adults. Front Public Health 2022;10(916485):1-11.
20. Eguchi K, Nagai R. Islet inflammation in type 2 diabetes and physiology. J Clin Invest 2017;127(1):14-23.
21. Pankong O, Khampeng S, Suwanno P, Soodsuk K. The effects of program strengthening caregiving ability for dependence chronic diseases older adults of community health workers. Academic Journal of Community Public Health 2021;7(4):29-41. (in Thai).
22. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
23. Nunkliang S, Khumphiranont S. Potential of local administration organizations in the quality of life development for elderly people based on the Southern Border Provinces cultural capital: a case study of Yupo subdistrict municipality, Yala province. Journal of Politics and Governance 2021;11(3):198-213. (in Thai).
24. Prasatkettkarn P, Sithisarankul P, Ratanachina J. Social capital and related factors among village health volunteers in Samutprakarn province. RTN Med J 2024;50(2):261-77. (in Thai).