

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย



นายธฤตญ์ แสงจันทร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

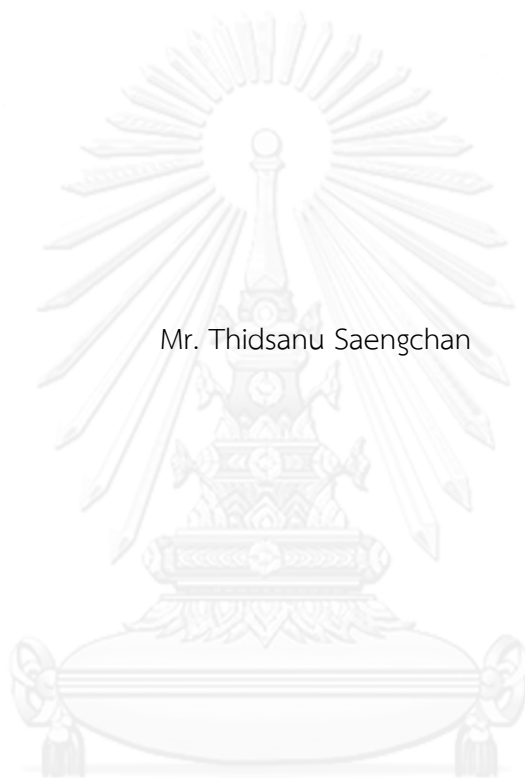
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AMONG ELDERLY THAIS

Mr. Thidsanu Saengchan



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Arts Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

โดย

นายธฤตญ์ แสงจันทร์

สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์ เทพวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญานิศวรรค์ กุศลรัตน์มณีพร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชญาน์ แสงจันทร์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย.
(FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AMONG
ELDERLY THAIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 72
หน้า.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย โดยใช้ข้อมูลจาก โครงการสำรวจประชากรสูงอายุ
ในประเทศไทย พ.ศ. 2550” ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับวิทยาลัย
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือก
ศึกษาเฉพาะประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีผู้ดูแลเท่านั้น จึงได้จำนวนประชากร
ตัวอย่างทั้งหมด 2,456 ราย

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการ
ดูแลผู้สูงอายุไทย ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบง่าย พบว่าระดับการศึกษาของ
ผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อ
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ผลการ
วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ตัวแปรระดับการศึกษา
ของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยได้ดีที่สุด และระดับ
การศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคมตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิติ
.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....

5386851651 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS: ELDERLY / CAREGIVERS

THIDSANU SAENGCHAN: FACTORS ASSOCIATED WITH KNOWLEDGE OF CAREGIVERS AMONG ELDERLY THAIS. ADVISOR: ASSOC. PROF. VIPAN PRACHUABMOH, Ph.D., 72 pp.

The objectives of this study are to study the knowledge of elderly's caregivers and to explore the factor associated with this knowledge by using the National Survey on Older Persons in Thailand 2007. This survey was conducted by the National Statistical Office in collaboration with the College of Population Studies, Chulalongkorn University and Bureau of Empowerment for Older Persons. This study selected only older persons who had caregivers. The total cases include in this study are 2,456.

The research results show that most of caregivers do not have basic knowledge on how to take care elder persons. Results for bivariate and analysis by use's logistic regression indicate that education of the elderly, area of residence, number of diseases and education of the caregivers have statically significant relationship with the knowledge of caregivers.

The results for stepwise multiple logistic regression reveal that the variables that have significant relationship with the knowledge of caregivers are education of the elderly, followed by education of caregivers, number of diseases and social network.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Demography

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผลสำเร็จที่ได้รับจากการศึกษาคือการถ่ายทอดองค์ความรู้กับการนำไปพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานและสังคมรอบข้าง ล้วนเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้รับการสั่งสอน การบ่มเพาะความรู้ ความชำนาญด้านการศึกษาเป็นอย่างดี ผู้วิจัยต้องกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ที่เป็นแบบอย่างทางการศึกษาและแบบอย่างในการทำงาน นอกจากนี้อาจารย์ยังให้ความเมตตาและคำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการวิคิดและหลักการ รวมไปถึงคำแนะนำต่างๆ ทั้งในเรื่องการเรียนและการทำงานซึ่งมีส่วนเป็นแรงผลักดันนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.นิพนธ์ เทพวัลย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานิศวรร กุรัตนมณีพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก จากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำหรับคำชี้แนะแนวทางการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความรู้ การอบรม คำสั่งสอนศิษย์ที่นำไปสู่การพัฒนาตนเองให้เป็นบุคลากรทางการศึกษาที่ดีมีทั้งคุณธรรมและจริยธรรม และเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ศิริวรรณ ศิริบุญ คุณชนนต์ดี มิลินทางกรและเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิจัยทุกท่าน ที่มอบโอกาสในการทำงานเพื่อศึกษาเรียนรู้ประสบการณ์จากงานวิจัยทั้งในภาคทฤษฎีและการลงมือปฏิบัติจริง นับเป็นคุณประโยชน์ต่อผู้วิจัยเป็นอย่างมาก

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 เพื่อใช้ประกอบการศึกษา รวมทั้งขอบคุณเพื่อนพ้องน้องพี่และบุคลากรวิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่านที่เป็นกำลังใจที่ติดตลอดการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และพี่สาว สำหรับการอบรม คำสั่งสอน คำชี้แนะและมอบประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ดี ขอขอบคุณสำหรับรอยยิ้มและกำลังใจทุกครั้งที่เผชิญปัญหา ตั้งแต่เล็กจนเติบโตใหญ่ ขอขอบคุณสำหรับความรักที่เข้มแข็ง การเชื่อใจและเชื่อมั่นในความคิดเห็นของผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณคุณบุศริน บางแก้ว พี่สาวคนเก่งสำหรับคำปรึกษาที่มีคุณค่าและการช่วยเหลือที่เป็นคุณประโยชน์ต่อการศึกษา คุณพลากร ดวงเกตุ รุ่นพี่ที่ให้แง่คิดทางการเรียนและให้ความช่วยเหลือทุกครั้งในเวลาที่ผู้วิจัยต้องการคำปรึกษา อาจารย์ ดร.ธนวุฒิ เศรษฐฤทธิ์และครอบครัว สำหรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนส่งเสริมทางการศึกษา อีกทั้งยังคอยให้คำปรึกษาและให้การสนับสนุนในด้านอื่นๆ เสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา.....	3
1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	11
1.5 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1.6 สมมติฐานของการศึกษา.....	23
1.7 ประโยชน์ของการศึกษา.....	24
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	26
2.1 แหล่งที่มาของข้อมูล.....	26
2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง.....	26
2.3 ขอบเขตของการศึกษา.....	28
2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	29
2.5 นิยามคำศัพท์.....	29
2.6 นิยามตัวแปร.....	29
2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	33
บทที่ 3 ผลการศึกษา.....	35
3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง.....	35
3.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย.....	40
3.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย.....	42
บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	56

4.1 สรุปผลการศึกษา.....	56
4.2 ข้อเสนอแนะ.....	60
รายการอ้างอิง.....	63
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	72



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	การกระจายความถี่ของจำนวนชมรมอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง.....	27
ตารางที่ 2	การกระจายความถี่ของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง....	28
ตารางที่ 3	การกระจายความถี่ของจำนวนประชากรตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง.....	28
ตารางที่ 4	การวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อจัดกลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลเบื้องต้น	30
ตารางที่ 5	การให้คะแนนกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ.....	32
ตารางที่ 6	การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง	38
ตารางที่ 7	การกระจายอัตราร้อยละของความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุและความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ...	42
ตารางที่ 8	ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์	46
ตารางที่ 9	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย	54
ตารางที่ 10	สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย	60



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 ลักษณะการดูแลระยะยาวเพื่อความมั่นคงของผู้สูงอายุ	9
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ผลต่อการเลือกผู้ดูแล.....	11
แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการศึกษาเรื่อง	13



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย เนื่องจากการลดภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่าทดแทน ซึ่งส่งผลให้อัตราการเพิ่มของประชากรวัยสูงอายุอยู่ในระดับที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากรทั้งหมด และที่เห็นได้ชัดจากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550 คือ การที่กว่า 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ, 2552; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ผลกระทบจากการเปลี่ยนเป็นสังคมสูงวัยได้นำมาสู่ประเด็นท้าทายที่สำคัญหลายประการ และประเด็นที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือ ภาวะสุขภาพของประชากรสูงอายุ ทำอย่างไรที่จะทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว และมีสุขภาพดีได้นานที่สุด นับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจอย่างมากทั้งในเชิงวิชาการและเชิงนโยบาย แต่การมีอายุยืนยาวมากขึ้นอาจจะไม่ได้นำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (เกอวรงค์บุญสิน, 2549) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาดูเหมือนจะให้ภาพที่ค่อนข้างสอดคล้องกันว่า การที่ประชากรไทยมีอายุยืนยาวเป็นลำดับนั้น ไม่ได้หมายความว่าสุขภาพจะดีขึ้น แต่การมีอายุที่เพิ่มขึ้นมักจะตามมาด้วยการขยายระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพในกลุ่มประชากรสูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542)

การเปลี่ยนแปลงหรือการเสื่อมสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุตามวัยทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายถดถอยลง ความต้านทานต่อโรคลดต่ำลง วัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่เสี่ยงต่อปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะจากโรคร้ายไข้เจ็บที่สำคัญ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันโนโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง วัณโรคปอด โรคโลหิตจาง ไตวาย และข้อเสื่อม ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าผู้สูงอายุไทยมักเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ พร้อมกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในวัยปลายบางรายพบว่า มีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ถึง 7 โรคพร้อมกัน ซึ่งการเจ็บป่วยจากปัญหาสุขภาพเป็นการเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน (ประนอม โอทกานนท์, 2554; มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ยังพบแนวโน้มของการมีข้อจำกัดทางร่างกาย ในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือภาวะทุพพลภาพแปรผันตามอายุของประชากรสูงอายุ จากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้ชี้ให้เห็นว่า ความชุกของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุซึ่งวัดด้วยความไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ 1 ใน 3 อย่างของกิจกรรม (ได้แก่ การกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า และ อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 3.7 ในปี พ.ศ. 2550 และเพิ่มขึ้นในทั้งเพศชายและเพศหญิง ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าความชุกของภาวะทุพพลภาพ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามวัย กล่าวคือในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีเพียงร้อยละ 1.4 ของประชากรอายุ 60-64 ปี มีภาวะทุพพลภาพ ขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพสูงขึ้นร้อยละ 14.8 ของประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป (วิพรรณ

ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552) ผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552 ซึ่งพบว่าข้อจำกัดของการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (ADL) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

กระบวนการเปลี่ยนผ่านทางประชากรและกระบวนการเปลี่ยนผ่านทางด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้เกิดอุปสงค์ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและสถานพยาบาลหรือสถานดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ในปัจจุบันเป็นการดูแลที่บ้าน โดยมีผู้ให้การดูแลหลัก ได้แก่ บุตรหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร และผู้ดูแลรับจ้าง/พยาบาล ได้มีการคาดประมาณกันว่า อุปสงค์ต่อผู้ดูแลจะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นตามแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) กล่าวคืออุปสงค์ของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจะเพิ่มจาก 499,873 คน เป็น 741,766 คนในปี พ.ศ. 2563 และความต้องการผู้ดูแลอื่นๆ ทุกประเภทที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสาธารณสุขในระบบปกติจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากด้วยเช่นกัน โดยจะเพิ่มจาก 71,410 คน ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มเป็น 105,967 คน ในปี พ.ศ. 2563 (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ, 2554 :85) ความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุนี้ได้มีแต่ในมิติเชิงปริมาณเท่านั้น แต่มีมิติเชิงคุณภาพด้วยเช่นกันความรู้และทักษะของผู้ดูแลเป็นส่วนที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งมีผลในการดูแลรักษาค่อนข้างนานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายและมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจะช่วยให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาความรุนแรง หรือการลุกลามของโรค ลดภาวะทุพพลภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆอันอาจจะส่งผลทำให้ถึงแก่ชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ มีทักษะ มีความชำนาญ จะมีบทบาทอย่างสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ประเด็นในเรื่องความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นว่ามีความสำคัญต่อการปกป้องคุ้มครองความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ จึงได้ถูกกำหนดขึ้นให้เป็นดัชนีหนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 ภายใต้ยุทธศาสตร์ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและมาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแล และการคุ้มครอง จากการประเมินการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ในระยะ 5 ปีแรก พบว่ามีประมาณร้อยละ 10.9 ของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล และในกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นมีเพียงร้อยละ 36 เท่านั้นที่มีความรู้ในการดูแลในด้านโภชนาการ และการแก้ปัญหาเวลาเจ็บป่วยเฉียบพลัน นอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวยังแสดงให้เห็นว่า สถานผู้ประกอบการในด้านการผลิต และการจัดหาผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้น ถึงแม้ว่าจะมีการจัดฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็ยังขาดมาตรฐานการควบคุมคุณภาพของหลักสูตรและผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้นยังทำให้ทราบว่าในทางการปฏิบัติหากผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยในระดับที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยปฐมพยาบาล อาทิ การให้อาหารทางสายยาง ซึ่งการดูแลในระดับนี้จะเป็นลักษณะของการดูแลเฉพาะทางเท่านั้น ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้ดีคือเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีกำลังคนจำกัด (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2552)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความชำนาญและการมีทักษะที่ดีในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบำบัดรักษา การฟื้นฟู และการควบคุมระดับประคองอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง หากการได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ปราศจากการขาดความรู้ อาจจะเป็นการเพิ่มความรุนแรงของโรคหรือความพิการให้มากขึ้น

ไปกว่าเดิมนั้น หรืออาจนำไปสู่การสูญเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ ที่ผ่านมามีการศึกษาไม่มากนักเกี่ยวกับโอกาสของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีผู้ดูแลที่มีความรู้ของผู้สูงอายุ โดยเป็นการศึกษาผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความรู้หรือไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อจะได้หาแนวทางในการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงผู้ดูแลที่มีความรู้ได้มากยิ่งขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

1.3 แนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดเชิงทฤษฎีและรวบรวมเฉพาะแนวคิดที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.3.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 1.3.1.3 ปัญหาของผู้สูงอายุ
- 1.3.2 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ
- 1.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกผู้ดูแล

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.3.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (Organizatio, 2010) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นยังมีผลต่อการดำเนินชีวิตอีกด้วย เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน ภาวะสุขภาพทางจิตที่เพิ่มความวิตกกังวล อีกทั้งยังมีผลต่อบทบาททางสังคมที่ถูกกลดลง ทำให้การดำเนินชีวิตต้องเพิ่มความระมัดระวังในด้านต่างๆ ให้มากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 24; มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2535; วันเพ็ญ วงศ์จันทร์, 2539; วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงดี, 2533; สุธีรา น้อยจันทร์, 2531; สุรกุล เจนอบรม, 2541) เช่น ขาดความคล่องแคล่วในการทำงาน ระบบความคิดช้าลง ความขยันหมั่นเพียรน้อยลง ความคิดก้าวหน้าลดลง และสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย หูตึง ตามัว ผมหงอก นอกจากนี้ยังพบปัญหาการปรับตัวของสภาพร่างกายและการปรับตัวเข้ากับสังคมอีกด้วย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524) ทั้งนี้ยังสามารถกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุ ออกเป็นช่วงอายุได้ 3 กลุ่มอายุตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ และเมื่อพิจารณาตามการวิเคราะห์ของกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ดังนี้ คือ

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (60 – 69 ปี) มีสภาพร่างกายค่อนข้างดี แข็งแรงและไม่ค่อยพบโรคประจำตัว

ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 – 79 ปี) มีความเสื่อมถอยของร่างกายและพบปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น พบโรคแทรกซ้อนในบางราย และ 3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีภาวะทุพพลภาพหรือมีความเสี่ยงต่อความพิการได้มากกว่าวัยอื่นๆ และพบอัตราการพึ่งพาคนอื่นข้างมาก (เพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม, 2545; สาวิตรี ลิมชัยอรุณเรือง, 2536)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ คือ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยสามารถพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จากสภาพร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงบทบาททางสังคมที่ปรับเปลี่ยนลง ทั้งนี้อาจพบผู้สูงอายุในบางรายที่ต้องพึ่งพาอาศัยคนช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือหรือการพึ่งพาจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ก็สามารถช่วยประคับประคองและลดความทุพพลภาพของผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่น การมีสุขภาพที่ดี โรคประจำตัวที่เป็นอยู่คงที่และไม่พบความรุนแรงก่อนวัยอันควร เป็นต้น ซึ่งหากได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพตรงตามมาตรฐานทางการแพทย์อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น สามารถช่วยเติมเต็มความสุขของชีวิตในวัยสูงอายุได้อีกด้วย

1.3.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยสังเกตได้จากร่างกายของผู้สูงอายุเอง และการเกิดปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุของความเสื่อมและถดถอยลงเรื่อยๆ ของระบบภายในทำให้มีความเสี่ยงต่อการมีสุขภาพตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายทุกระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบผิวหนัง และระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ระบบการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุมีการทำงานได้ไม่เป็นปกติ ระบบต่างๆ เริ่มเสื่อมและถดถอยลงไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีโรคภัยไข้เจ็บ เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันระบบต่างๆ ลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541) ดังนี้ ระบบผิวหนัง สภาพผิวหนังบางลงสาเหตุมาจากเส้นใยอีลาสตินลดลง และเส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น มีความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น การไหลเวียนลดลงเกิดแผลกดทับได้ง่าย ผิวหนังแห้งคันและแตกง่าย ระบบประสาทและประสาทสัมผัส มีขนาดสมองลดลง เนื่องจากสมองเหี่ยว ความไวต่อการรับรู้และการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะเพราะอาจเกิดอันตรายได้ สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวาย เล่นกีฬาหรือกระโดดอาจเกิดต่อกระดูก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้เวียนศีรษะง่าย การได้ยินลดลงมีอาการหูตึงและต้องใช้เสียงพูดดังๆ จึงจะได้ยิน เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูและอวัยวะหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ต่อมรับรสของลิ้นจำนวนลดลงทำให้มีอาการเบื่ออาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลังหลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดัน

โลหิตจะสูงขึ้น ไชมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ระบบทางเดินหายใจ ปอด เสื่อมลง การขยายและยุบตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม ระบบทางเดินอาหาร ฟันไม่แข็งแรงฟันง่าย ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่ได้ละเอียด ต่อม น้ำลาย ขับน้ำลายออกมาน้อย ทำให้มีความชื้นในปากและเมือกหล่อลื่นไม่พอที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร รวมทั้งประสาทกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้ปริมาณน้ำย่อยต่างๆ จะลดลง เช่น ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม ทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ ท้องผูกง่าย เพราะ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ไตทำหน้าที่เสื่อมลง ขับของเสียได้น้อย แต่ขับน้ำออกมามาก ทำให้ปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้นกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อน จึงกลืนปัสสาวะได้ไม่ดี ในผู้ชายบางคนต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้งลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลงและผลิตอสุจิได้น้อยลง ในผู้หญิงปากมดลูกเหี่ยวมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องคลอดบาง เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ภายในช่องคลอดเป็นต่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย ระบบกระดูก อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้างเซลล์กระดูกลดลงเนื่องจากแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น การดูดซึมแคลเซียมลดลงและมีการสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกพรุนเปราะหักง่าย จึงทำให้กระดูกของผู้สูงอายุเปราะและหักง่ายโดยเฉพาะกระดูกยาว เช่น กระดูกสันหลัง สะโพก กระดูกต้นขา และข้อมือทำให้เกิดอาการปวดหลัง ((สุจิตรา ผลประไพ และคณะ, 2538:7-8) **ต่อมเหงื่อ** ลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของอากาศไม่ดี เกิดความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่ **ผมและขน** ร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาวหรือหงอกทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย ที่เห็นชัดคือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อยลง (สุจิตรา ผลประไพ และคณะ, 2538:7)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลต่อผู้สูงอายุทำให้การรับรู้ช้าลง เนื่องจากการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย การทำงานได้ไม่เต็มที่ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดต้น มีอารมณ์แปรปรวน รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน หรือสูญเสียบทบาท การเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกน้อยใจ หรือการสูญเสียสถานภาพทางเศรษฐกิจทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนเป็นบุคคลไร้คุณค่าในสังคม และการไม่ยอมรับความเป็นจริงของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สุจิตรา ผลประไพ และคณะ, 2538:9; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีสภาพจิตใจค่อนข้างเปราะบาง หากได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจสามารถก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพได้ง่าย ดังนั้นการได้รับการกำลังใจหรือแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและคนรอบข้างสามารถช่วยผู้สูงอายุผ่อนคลาย มีความรู้สึกสบายใจ ((ไชยยะ เปรมอิสรกุล, 2549:42-43; นงลักษณ์ บุญไทย, 2539; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536:36)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม คือ การลดสถานภาพหรือบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุถูกลดลง เช่น จากผู้นำครอบครัวถูกลดบทบาทโดยเป็นผู้เลี้ยงเด็กด้วยสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน และการไม่มีอาชีพ ไม่มีรายได้เลี้ยงดูตนเองและครอบครัว กลายเป็นผู้พึ่งพาบุคคลในครอบครัว มีความรู้สึกว่าเป็นภาระของลูกหลานเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทำให้เกิดอาการเครียดและมีปัญหาสุขภาพตามมาในอนาคต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; สุจิตรา ผลประไพ และคณะ, 2538:10; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541) อีกทั้งลูกหลานยังคงต้องไปทำงานนอกบ้านหรือย้ายถิ่นเพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุจึงอยู่กันตามลำพัง ไม่มีคนดูแลเอาใจใส่ คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุไม่มีศักยภาพและคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้ผู้สูงอายุจากที่เคยได้รับความเคารพนับถือ ในฐานะที่มีประสบการณ์ เป็นการเสื่อมความเคารพแทน (สุรกุล เจนอบรม, 2543: 21) แม้บทบาทผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัว หรือการถูกลดบทบาทลง แต่การได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวก็นับว่าเป็นหน้าที่ที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ผู้สูงอายยังต้องการการยอมรับหรือการยกย่องจากสังคมอีกด้วย เช่น สังคมเห็นความสำคัญให้ความเคารพและนับถือในตัวผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทั้งจากบุคคลในครอบครัวและสังคมก็เป็นความต้องการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องการให้มีศูนย์บริการทางสังคม เพื่อบรรเทาความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาและการดูแลในด้านต่างๆ มีสถานที่ในการติดต่อพบปะสังสรรค์ ร่วมกันทำกิจกรรมและสร้างอาชีพ อีกทั้งยังเป็นแหล่งให้ความรู้หรือการจัดอบรมความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามและประเมินผลจากการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และการจัดให้มีคำแนะนำปรึกษาและการวางแผนด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (กัญญารัตน์ เชียงวงศ์, 2552; มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ, 2540)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาทางการเงิน คือ การไม่มีรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณ (งานราชการ รัฐวิสาหกิจหรืองานเอกชน) ความจำเป็นด้านการเงินเป็นสิ่งที่ไม่หยุดยั้งได้ สาเหตุหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยได้มากกว่าวัยอื่นๆ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งการดูแลสุขภาพมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ดังนั้นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จึงส่งผลกระทบต่อสถานภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก (ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, 2553:14-15; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) สำหรับความต้องการทางด้านรายได้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความต้องการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในด้านอื่นๆ เป็นต้น เช่น การได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ การมีส่วนลดสำหรับการรักษาสุขภาพต่างๆ และรวมไปถึงการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน และที่สำคัญ คือ การจัดให้มีอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ อยากมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในระยะยาว ผู้สูงอายุมีความต้องการให้หน่วยงานในภาครัฐเข้ามาดูแลจัดตั้งกองทุนการเงินเพื่อผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยส่งเสริมและผลักดันจัดตั้งกลุ่มการทำงานหารายได้สำหรับผู้สูงอายุ (กัญญารัตน์ เชียงวงศ์, 2552; อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541; อุซุร เหมือนเดช, 2552) การได้รับการเกื้อหนุนและการเลี้ยงดูจากบุตรหลานตามความเหมาะสม จึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการดูแลตนเองในยามที่เจ็บป่วย (นงลักษณ์ บุญ

ไทย, 2539; สุรกุล เจนอบรม, 2543:89-90) นอกจากนี้หากผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ควรมีหน่วยงานต่างๆ เข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนการมีงานทำ เพื่อมีรายได้ในการเลี้ยงชีพ และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ อีกทั้งยังเป็นการแสดงศักยภาพให้บุคคลอื่นๆ ยอมรับ ยกย่องชื่นชม และเชื่อมั่นในความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งการทำตนเองให้มีคุณค่าเป็นการสร้างความภาคภูมิใจมากกว่าการมีเงินจากการเลี้ยงดูอย่างเดียว (สุรกุล เจนอบรม, 2543)

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ คือ กระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น การมีสภาพร่างกายที่ต่างไปจากเดิมเป็นผลจากระบบภายในร่างกาย ผู้สูงอายุเสื่อมถอยจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจนำไปสู่ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีผลเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ เช่น ภาวะสุขภาพจิตที่ลดต่ำลงทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกน้อยใจต่อการเป็นบุคคลพึ่งพาผู้อื่น ฉะนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือหยุดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ แต่การได้รับการแก้ไขปรับปรุงหรือการดูแลในระยะยาวสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขได้

1.3.1.3 ปัญหาของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอย การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น (มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2541; สุทิน อ่อนอุบล, 2541: 17) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อปัญหาต่างๆ ดังนี้

ปัญหาทางด้านสุขภาพ นับเป็นผลที่เกิดจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายนำไปสู่ปัญหาสุขภาพหรือการเกิดเป็นโรคต่างๆ ได้ง่าย จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่มีผลผูกพันกับความสัมพันธระหว่างรายได้ของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีย่อมมีความสามารถในการทำงานลดต่ำลง ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงาน จึงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ขาดรายได้ในการดำรงชีพ (อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล, 2541:11) อีกทั้งผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยได้บ่อยครั้ง และอาจใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างนาน ทำให้ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่างๆ เป็นจำนวนมาก และถ้าหากผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะและความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543:12-13; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545)

ปัญหาทางด้านจิตใจ วัยผู้สูงอายุมักประสบความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ มีอารมณ์แปรปรวน และทำให้ไม่สามารถเข้ากับคนในบ้านไม่ได้ เกิดการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างสมาชิกในบ้าน เนื่องจากขาดคนดูแลยามเจ็บป่วยหรือไม่มีคนให้กำลังใจ สนทนาแลกเปลี่ยนหรือรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ สาเหตุที่กล่าวมาอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพทางจิตลดต่ำลง ซึ่งนับปัญหาทางด้านจิตใจที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541:82)

ปัญหาทางด้านสังคม แม้บทบาทของผู้สูงอายุจะถูกลดทอนหรือมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้สูงอายุไม่ได้ทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวเหมือนเดิมแต่ลดบทบาทลงให้เป็นผู้พึ่งพาแทน แต่การได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวก็นับว่าเป็นหน้าที่ที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว เพราะผู้สูงอายุยังต้องการการยอมรับหรือการยกย่องจากสังคมอยู่เสมอ เช่น สังคมเห็นความสำคัญให้ความเคารพและเชื่อถือในตัวผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทั้งจากบุคคลในครอบครัวและสังคมก็เป็นความต้องการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของผู้สูงอายุ (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539) นอกจากนี้การมีศูนย์บริการทางสังคมหรือสถานที่ทำกิจกรรมระหว่างผู้สูงอายุ หรือมีการจัดตั้งชมรม กลุ่มสมาชิกจะสามารถช่วยบรรเทาปัญหาของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในด้านต่างๆ การมีสถานที่รองรับในการติดต่อพบปะสังสรรค์เพื่อร่วมกันทำกิจกรรม รวมไปถึงศูนย์ฝึกอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ หรือมีแหล่งให้ความรู้ หรือการจัดอบรมความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุให้กับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามและประเมินผลจากการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และการจัดให้มีคำแนะนำปรึกษาและการวางแผนด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (กัญญารัตน์ เชียงวงศ์, 2552; มาลีณี วงษ์สิทธิ์ และคณะ, 2540)

กล่าวโดยสรุป ปัญหาของผู้สูงอายุ คือผลจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ของร่างกาย จิตใจและส่งผลนำไปสู่ปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพและปัญหาด้านจิตใจ เป็นต้น ดังนั้นหากผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะดังกล่าว อาจต้องมีบุคคลช่วยแบ่งเบาภาระ และช่วยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นของวัยสูงอายุอย่างถูกต้อง

1.3.2 การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับการดูแลระยะยาวนั้นมีเป้าหมายเพื่อการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เพราะในวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะประสบกับปัญหาสุขภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเกิดโรคเรื้อรัง การพลัดตกหกล้ม รวมไปถึงการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ จนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นการจัดบริการทางด้านสุขภาพ นับเป็นสิ่งสำคัญและควรให้การสนับสนุนส่งเสริมให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (พินิตา โยวะผุย และคณะ, :13) เสนอหลักการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแนวปฏิบัติ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ เช่น การสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างคนในชุมชนเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมการมีครอบครัวที่อบอุ่น สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรือจะเป็นการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดูแลสุขภาพ การนำปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุ มาวางแผนแก้ไขและติดตามประเมินผลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงศักยภาพตามความถนัด เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในสังคม การพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เพื่อให้ชุมชนเข้าใจและหาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง การปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข ให้มีความสำคัญกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น มีการคัดกรองและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพตามความเหมาะสม

การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนี้เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดย(วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) แบ่งลักษณะการดูแลระยะยาว ออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

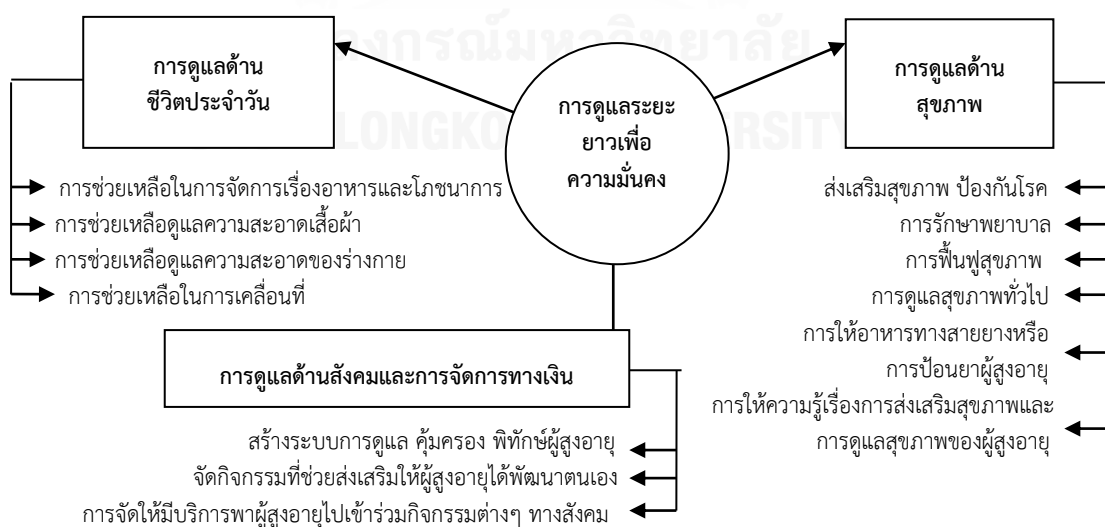
1. การดูแลชีวิตประจำวัน เป็นการช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร ซึ่งรวมไปตั้งแต่การจัดเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร การช่วยเหลือการดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่พับ รวมทั้งการทำความสะอาดของร่างกาย เช่น การล้างหน้า อาบน้ำ เป็นต้น เพื่อให้ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข

2. การดูแลสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ เป็นการดูแลส่งเสริมทางด้านสุขภาพ การป้องกันโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ และการรักษาพยาบาลให้กับผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจนถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเป็นโรคเรื้อรัง รวมไปถึงการดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการติดตามประเมินผลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

3. ด้านสังคมและการจัดการทางการเงิน เป็นการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของสิทธิที่ผู้สูงอายุ การได้รับความคุ้มครองและรักษาสิทธิของตนเอง เช่น การทำธุรกรรมต่างๆ การออมเพื่อยามสูงวัย รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมหรือชมรมของผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าลักษณะการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ คือ การจัดการที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งลักษณะการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ดังกล่าวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลชีวิตประจำวัน ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและการจัดการทางการเงิน (แผนภาพที่ 1) ดังต่อไปนี้

แผนภาพที่ 1 ลักษณะการดูแลระยะยาวเพื่อความมั่นคงของผู้สูงอายุ



ที่มา: (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553:7)

กรอบแนวคิดนี้ มองว่าผู้สูงอายุเป็นเสมือนผู้บริโภครบริการด้านการดูแลพฤติกรรมของการเลือกผู้ดูแล จึงเป็นการตัดสินใจอย่างมีเหตุมีผลภายใต้การตลาดที่มีการแข่งขันกันอย่างสมบูรณ์ รวมทั้งเป็นการประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมของผู้บริโภคมาใช้ และสามารถกำหนดเป็นแบบจำลองในการพัฒนาการเลือกผู้ดูแลของผู้สูงอายุ

1.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกผู้ดูแล

(Wielink, 1997) ได้พัฒนาแบบจำลองนี้ขึ้น โดยกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเลือกประเภทการดูแลผู้สูงอายุไว้ 5 ปัจจัยด้วยกัน

1. ความต้องการการดูแล (Need for care) ความต้องการการดูแลจะเป็นปัจจัยที่กำหนดการเลือกรูปแบบการดูแล เช่น ความต้องการผู้ช่วยทำงานบ้าน ความต้องการการดูแลแบบชั่วคราว ความต้องการการดูแลระยะยาว ซึ่งความต้องการการดูแลนี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

ความต้องการการดูแลนี้มีความสัมพันธ์กับลักษณะของบุคคลลักษณะทางสังคม รวมทั้งประสบการณ์และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล รวมทั้งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการแสวงหาทางเลือกและเกณฑ์การประเมิน

2. ลักษณะส่วนบุคคลหรือลักษณะพื้นฐานทางประชากรเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกรูปแบบผู้ดูแลของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางประชากรต่างกันจะมีการเลือกประเภทผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ลักษณะทางประชากรเหล่านี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพกาย/ภาวะทุพพลภาพ ภาวะสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้า/ความว้าวุ่น)

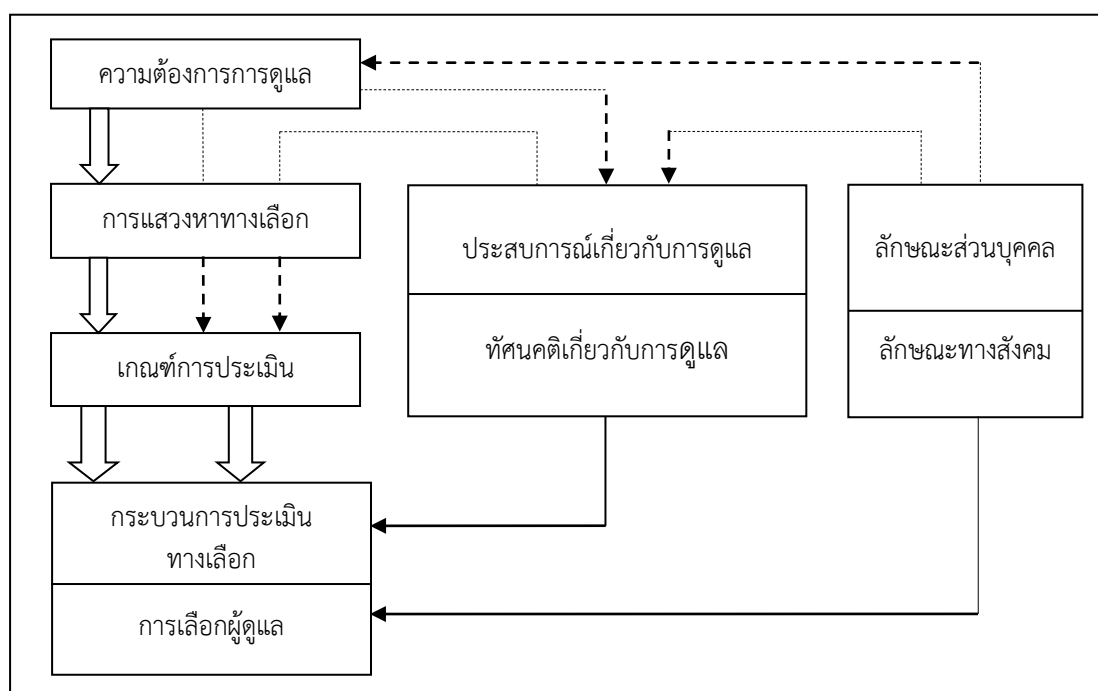
3. ลักษณะทางสังคม เช่น การมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ การมีเครือข่าย เพื่อน เพื่อนบ้าน ชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจในการเลือกประเภทผู้ดูแลของผู้สูงอายุ

การมีบุตรที่มีชีวิตอยู่เป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญต่อการที่จะเลือกประเภทผู้ดูแล การที่มีบุตรอยู่ด้วยก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเลือกให้บุตรดูแลหรือถ้าบุตรไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกันก็อาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุในการเลือกประเภทผู้ดูแลด้วย

4. ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแล ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เคยได้รับเกี่ยวกับการดูแลในอดีต ไม่ว่าจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการน่าจะมีผลต่อการเลือกผู้ดูแลของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้ที่เคยได้รับประสบการณ์ที่ดีจากการดูแลในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในอดีตก็มีแนวโน้มที่เลือกรูปแบบเดิมอีก

5. ทัศนคติเกี่ยวกับการรับการเกื้อหนุน ทัศนคติที่มีผลต่อการเลือกหรือการตัดสินใจ ผู้ที่มีทัศนคติที่ยอมรับรับการเกื้อหนุนมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจที่จะมีผู้ดูแลเกื้อหนุนได้ง่ายกว่าและทัศนคตินี้มีผลต่อการเปิดรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประเภทต่างๆ ด้วย (แผนภาพที่ 2)

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่ผลต่อการเลือกผู้ดูแล



ที่มา: (Wielink, 1997) "The Preference Development Model" in Elderly Community Resident's Preferences for care: A Study of Choices and Determinants in Hypothetical Care-Need Situations. Ridderkesk: Ridderprint pp.22

1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะการดูแลระยะยาวเพื่อความมั่นคงของผู้สูงอายุ ของ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553:7) และรวมไปถึงแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีทักษะความรู้ ของ (Wielink, 1997) ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย โดยแบ่งตามตัวแปรต่างๆ ดังแสดงไว้ในแผนภาพที่ 3 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลที่แสดงถึงความแตกต่างทางด้านคุณลักษณะของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส และบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน
- 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจที่กำหนดสถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรรายได้
- 3) ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานทางด้านสังคมที่กำหนดสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย และการมีเครือข่ายทางสังคม (กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ)

4) ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยที่บอกถึงสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรภาวะทุพพลภาพ และจำนวนโรคที่เจ็บป่วย

5) ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยที่บอกถึงคุณลักษณะ และความแตกต่างของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรอายุของผู้ดูแล และการศึกษาของผู้ดูแล

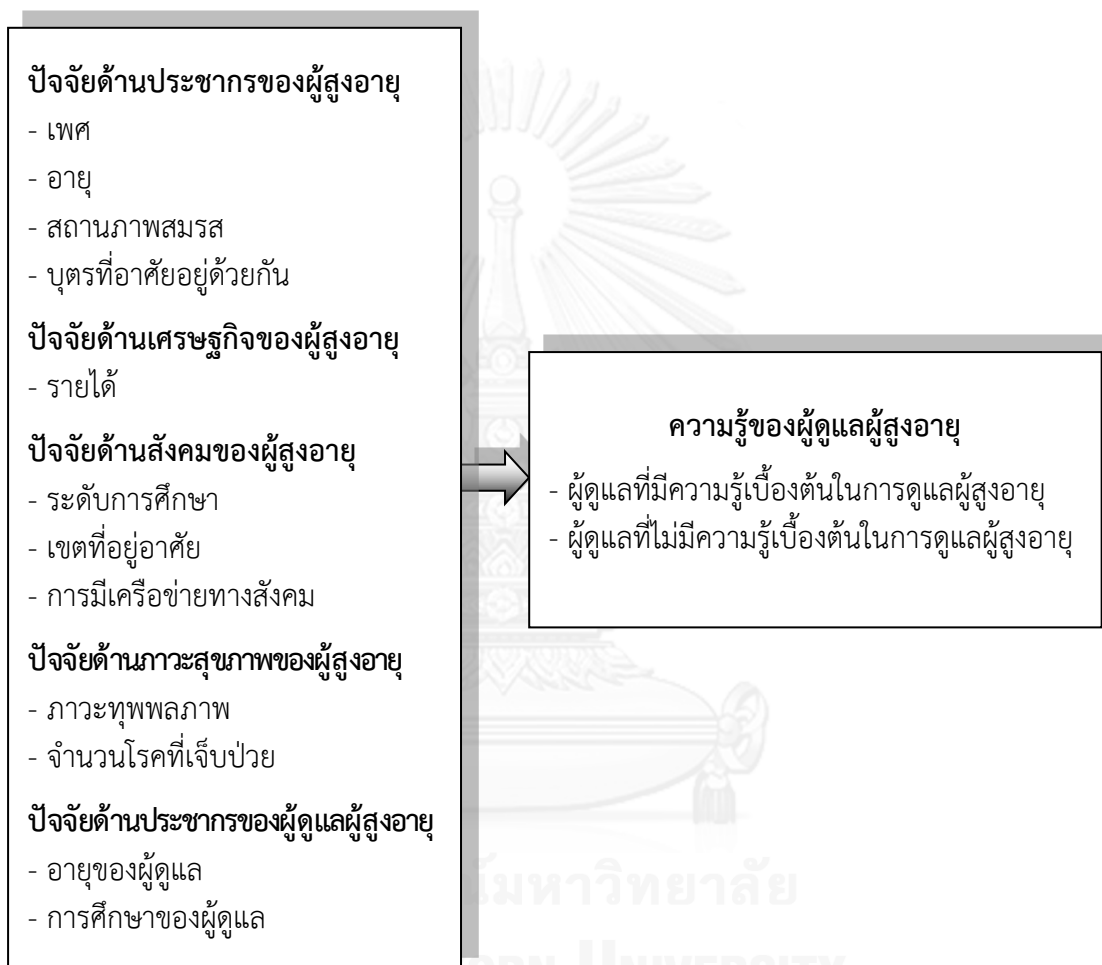


จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แผนภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของการศึกษาเรื่อง
 “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย”

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



1.5 ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในส่วนนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาศึกษาและอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยพบว่าการศึกษาในประเด็นนี้มีผู้ศึกษาอยู่ไม่มากนัก ในบางปัจจัยมีการศึกษาค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความต้องการและการเลือกผู้ดูแล เนื่องจากเพศมีความแตกต่างกันทั้งบทบาทและหน้าที่ของแต่ละบุคคล และยังมีผลต่อพฤติกรรมและรูปแบบในดำเนินชีวิต รวมทั้งการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังหมายถึงรวมถึงการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันอีกด้วย ดังนั้นเพศที่แตกต่างกันจึงน่าจะส่งผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542:19-26) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสถานะความเสี่ยงสูงการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสถานภาพความเป็นอยู่และที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีโรคแทรกซ้อนและพบความชุกของโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพค่อนข้างสูง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ การหกล้ม และกลุ่มอาการสมองเสื่อม เป็นต้น จึงส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่เหมาะสมต่อการเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

การศึกษาของ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543:17, 32-35) พบว่า ร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุเพศหญิงมีความต้องการผู้ดูแลทางด้านสุขภาพหรือในยามเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย โดยสาเหตุสำคัญที่พบจากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาในการรับประทานอาหารด้วยตนเองไม่ได้ ปัญหาการมองเห็นโดยไม่ใสแว่นตา ปัญหาทางการได้ยิน ปัญหาการเดินทางไปมาภายในบ้านหรือการเดินทางในระยะทาง 1 กิโลเมตร ปัญหาการเดินทางไปนอกบ้านตามลำพัง และปัญหาในการนั่งยองๆ เป็นต้น ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะประสบปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายในทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ผู้สูงอายุเพศหญิงยังมีโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

จากผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การมีโรคประจำตัว และการเจ็บป่วยได้ง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

อายุ

อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุ เพราะในแต่ละช่วงอายุนั้นมีการผกผันตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย นอกจากนั้นอายุยังเป็นตัวกำหนดสถานะความต้องการในการดูแลสุขภาพอีกด้วย สืบเนื่องมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เพิ่มขึ้นตามอายุย่อมต้องการการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันไป ดังนั้น อายุที่แตกต่างกันน่าจะส่งผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีทักษะความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542) พบว่า อายุคาดหวังทางสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จะต้องมีชีวิตอยู่ในภาวะทุพพลภาพนานเกือบ 5 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36 จากช่วงชีวิตที่เหลือทั้งหมด อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ของผู้สูงอายุไทยมักจะเป็นช่วงเวลาของภาวะทุพพลภาพ จะเห็นได้ว่าเป็นภาระอย่างมากที่มีต่อผู้ดูแล กล่าวคือ จำเป็นต้องมี

ผู้ดูแลที่มีความรู้มีความชำนาญทางด้านการแพทย์เฉพาะทางอย่างมาก เพื่อช่วยในการปกป้องสุขภาพของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542: 29-30) พบว่า ประชากรสูงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง มีภาวะทุพพลภาพ และมีอัตราการพึ่งพาในการทำกิจกรรมประจำวันมากกว่าประชากรสูงอายุในกลุ่ม 70-79 ปี และประชากรสูงอายุ 60-69 ปี ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีรูปแบบพฤติกรรมความเสี่ยงในระดับสูงจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม

การศึกษาของ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543:32-35) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มักจะประสบปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น โดยพิจารณาจากการสำรวจปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาทิ ปัญหาในการกินอาหารด้วยตนเองไม่ได้ การมองไม่เห็นโดยไม่ใส่แว่นตา การได้ยิน การเดินไปมาภายในบ้าน การเดินในระยะทาง 1 กิโลเมตร การเดินทางไปนอกบ้านตามลำพัง และปัญหาในการนั่งยองๆ จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ต้องการผู้ดูแลเป็นอย่างมาก คิดเป็นร้อยละ 17.4 เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุต่ำกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.6 และร้อยละ 14.2 ตามลำดับ

การศึกษาของ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ, 2543:50-55) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ทั้งนี้หากมีอายุมากขึ้นจะพบความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการมีภาวะทุพพลภาพส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ต้องการการดูแลและช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันตลอดเวลา นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น

การศึกษาของ (ณัฐพงษ์ พบสมัย, 2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นมีแนวโน้มต่อความต้องการการดูแลระยะยาว เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะประสบปัญหาสุขภาพเรื้อรัง โรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ฉะนั้นจึงควรมีผู้ดูแลที่มีทักษะ มีความรู้ทางการแพทย์ และเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ดี

จากผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้นในวัยสูงอายุจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ การมีโรคประจำตัวหรือการสูญเสียชีวิตได้ง่ายขึ้นกว่าวัยอื่นๆ ฉะนั้นจึงมีผลต่อความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องหรือการดูแลในระยะยาวมากขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลต่ออุปสรรคในวัยสูงอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาคือคนอื่นเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่บ่งบอกหรือแสดงสถานภาพการยอมรับจากสังคม นอกจากนี้สถานภาพสมรสยังเป็นส่วนช่วยเหลือในด้านอื่นๆ เช่น มีคนให้คำปรึกษาในด้านต่างๆ หรือมีคนคอยรับฟังหรือให้กำลังใจ มีเพื่อนคู่คิดที่สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหา หรือแม้กระทั่งการได้รับความ

คาดหวังการช่วยเหลือทางการเงินจากคู่สมรส ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสแตกต่างกันจึงต้องการผู้ดูแล ทั้งในเรื่องปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นๆ เพื่อที่จะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างราบรื่น ดังนั้น สถานภาพสมรสที่แตกต่างกันจึงน่าจะส่งผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

การศึกษาของ (Propson, 2004) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีความต้องการได้รับการดูแลปัญหาของวัยสูงอายุจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการจากคู่สมรสหรือบุตรของตนเอง เพราะเป็นการดูแลอย่างดีที่สุดในชีวิต ทั้งนี้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ไม่ได้ตระหนักถึงผู้ดูแลที่มีทักษะความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมากนัก เพียงเพื่อต้องการได้อยู่หรือได้ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวมากกว่า

การศึกษาของ (ศรินยา สุริยะฉาย, 2552:204) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเคยสมรสมีความต้องการการดูแลทางด้านความรักและความอบอุ่น คิดเป็นร้อยละ 94.5 มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสและสถานภาพโสด กล่าวคือ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ รวมไปถึงการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือในชุมชน

สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องโดยตรงยังพบไม่มากนักในประเทศไทย จากผลการศึกษาข้างต้นอาจจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพกำลังสมรสมีโอกาสได้รับการดูแลจากคู่สมรส มีคนคอยช่วยเหลือในยามเจ็บป่วย มีที่ปรึกษาและกำลังใจในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอยู่ระหว่างการสมรส (กำลังสมรส) น่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)

บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน เป็นอีกตัวแปรที่มีผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพราะการที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตรช่วยในการดูแลหรือการที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวโดยปราศจากบุตรหลานคอยดูแล ย่อมอาจจะก่อให้เกิดความเครียด กลายเป็นคนเสียสุขภาพจิตไปโดยไม่รู้ตัวซึ่งมีผลต่อสุขภาพ เนื่องจากไม่มีคนให้คำชี้แนะหรือให้คำปรึกษา ฉะนั้นหากผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้หวัดธรรมดาจนไปถึงไข้หวัดที่รุนแรงอาจสะสมกลายเป็นโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังต่างๆ

การศึกษาของ (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543:21-35) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 28.7 ต้องการผู้ดูแลในยามเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน และยังพบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะไม่มีความรู้สึกลงใจและมีความเครียดได้ง่าย เนื่องจากไม่มีกำลังใจเพราะขาดคนดูแลและให้คำปรึกษาจากรูปแบบพฤติกรรมดังกล่าว ย่อมส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้เร็วกว่าผู้สูงอายุที่มีคนช่วยดูแล

การศึกษาของ (ณัฐพงษ์ พบสมัย, 2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรมีแนวโน้มต่อความต้องการบริการดูแลระยะยาวจากผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทางด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรหลายคน เนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรหลายคนคิดว่าการมีบุตรจำนวนมาก จะทำให้มีคนคอยดูแล และสามารถดูแลปรนนิบัติผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย และยามชราภาพได้มากกว่า

ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรจำนวนหลายคน

สามารถช่วยกันทำหน้าที่และกำหนดบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้ดี กล่าวคือ เมื่อมีสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลหลักคอยทำหน้าที่ให้ความเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุแล้ว ส่วนสมาชิกคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนคอยประคับประคองในสิ่งที่สามารถช่วยได้นับเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดูแลที่ดี

จากผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสได้รับการดูแลและการเอาใจใส่ในระดับหนึ่ง แม้อาจจะไม่ใช่การได้รับรูปแบบการดูแลอย่างถูกต้องทั้งหมด แต่การมีบุตรคอยช่วยเหลือและการได้รับกำลังใจที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวถือเป็นความสุขของผู้สูงอายุที่ต้องการในวัยสูงอายุ ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน มีโอกาสที่จะจะเลือกผู้ดูแลจากสถานบริการทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญดูแลแทน เพราะเป็นการดูแลครอบคลุมปัญหาของผู้สูงอายุได้ในทุกๆ ด้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

รายได้

รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งแสดงถึงการเลือกแบบแผนการรักษาสุขภาพ เพราะรายได้แสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเลือกใช้บริการเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีมีคุณภาพและมีมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมกับการควบคุมที่ปลอดภัย รวมทั้งการครอบครองสิ่งอำนวยความสะดวกสบาย เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงจะเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

การศึกษาของ (Wielink, 1997) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่าต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ มีความเข้าใจ มีความสามารถในการดูแลอย่างจริงจัง เป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์การดูแลมาก่อนหน้านี้ จึงทำให้มีการประเมินและเลือกผู้ดูแลมากขึ้น

การศึกษาของ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพถึงแม้จะมีค่าบริการที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีความพร้อมทางเศรษฐกิจ จะเลือกใช้บริการจากผู้ดูแลที่มีทักษะด้านความรู้ ความชำนาญในการดูแลมากขึ้น เพราะการมีสุขภาพที่ดีมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542:23-25) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ขัดสนหรือไม่มียาได้มีภาวะทุพพลภาพระยะยาวและมีความรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น เนื่องจากภาวะทุพพลภาพทำให้สูญเสียงานและรายได้ อีกทั้งยังเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีคนช่วยเหลือดูแล

การศึกษาของ (ณัฐพงษ์ พบสมัย, 2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากมีแนวโน้มในความต้องการบริการดูแลระยะยาวจากผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการอยู่คนเดียว ไม่มีคนมาคอยดูแลและปรนนิบัติเอาใจใส่ ผู้สูงอายุจึงมองว่าเมื่อมีรายได้จำนวนมาก ควรนำรายได้ในส่วนนี้ไปใช้บริการทางด้านบริการดูแลระยะยาวมากกว่าไปใช้ในด้านอื่นๆ

การศึกษาของ (วาทีณี บุญชะลักษ์ และ ยุพิน วรสิริอมร, 2009) พบว่า หากผู้สูงอายุสามารถจ่ายค่าใช้บริการสถานเอกชน ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับบริการการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ ผ่านการฝึกอบรม เพราะเห็นว่ามีคุณภาพที่ดีสำหรับชีวิตของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุพึงพอใจ

จากผลการศึกษาข้างต้นมีแนวโน้มไปทิศทางไปในทางเดียวกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับช่วงชีวิตในบั้นปลายค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นเรื่องใกล้ตัวจึงมีความสนใจกับปัญหาสุขภาพมากขึ้นหรือกำลังประสบกับปัญหาสุขภาพอยู่ และทำให้มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญต่อตนเอง ฉะนั้นการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ จึงควรมาจากผู้ดูแลที่มีความรู้ มีความชำนาญและเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการพัฒนาทางด้านสมอง สติปัญญา ตลอดจนทำให้มีทักษะในการพัฒนาชีวิต มีทักษะในวิชาชีพเพื่อการดำรงชีวิต รวมไปถึงการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถหาข้อมูลต่างๆ มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สามารถคิด พิจารณาตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว และไตร่ตรองอย่างมีเหตุผลต่อความต้องการที่เป็นประโยชน์กับตนเอง รู้จักรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพให้ถูกต้องตามหลักที่ควรจะเป็น ดังนั้นการมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันน่าจะส่งผลโดยตรง

การศึกษาของ (Wielink, 1997) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ดีกว่า มีความคาดหวังในชีวิตที่สูงกว่ารวมทั้งมีความต้องการที่จะป้องกันและควบคุมไม่ให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรมลง จึงเลือกที่จะใช้บริการผู้ดูแลจากผู้มีประสบการณ์และมีความชำนาญเฉพาะทาง

การศึกษาของ (ณัฐพงษ์ พบสมัย, 2551:110) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีมีแนวโน้มต้องการบริการตามบ้านเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีแนวโน้มที่จะเข้าใกล้กับสถานการณ์ในอนาคตที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และผลจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาได้มีมุมมองใหม่ต่อการดูแลตนเอง จึงทำให้เล็งเห็นถึงความจำเป็นต่อการดูแลในระยะยาว

การศึกษาของ (ศรินยา สุริยะฉาย, 2552:205) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีความต้องการการได้รับดูแลเอาใจใส่ หรือความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือสมาชิกชุมชน มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาในระดับอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 35.35

จากผลการศึกษาข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีผลต่อการตัดสินใจรับบริการการดูแลจากผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุใส่ใจในเรื่องความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต การต้องอยู่ในวัย

พึงพาจำเป็นจะต้องได้รับการคอยดูแลที่เหมาะสม เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพและความยืนยาวของชีวิตให้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพอีกประการหนึ่ง เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้มากกว่าเขตชนบท เพราะพื้นที่ในเขตเมืองมีการพัฒนาอยู่เสมอ อีกทั้งการเข้ามาของเทคโนโลยีที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาวะการณ์ของโลกที่ไม่หยุดนิ่ง มีสถาบันการศึกษา มีแหล่งชุมชน มีตลาดการค้าขายที่สำคัญๆ ของแต่ละท้องถิ่น รวมไปถึงการมีสถานพยาบาลที่พร้อมไปด้วยอุปกรณ์เครื่องมือในการดูแลรักษา มีผู้ให้คำปรึกษา มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ดังนั้นเขตที่อยู่อาศัยจึงน่าจะส่งผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลมากขึ้น

การศึกษาของ (เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, 2539:28, 71) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองส่วนใหญ่ขาดคนที่จะดูแลเอาใจใส่ เพราะบุตรหลานต่างมีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว อีกทั้งพื้นที่ในเขตเมืองมีอัตราการแข่งขันค่อนข้างสูงกว่าเขตชนบท นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังคงต้องหาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหาเลี้ยงชีพมากกว่าปัญหาด้านอื่นๆ ซึ่งมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุในเขตชนบทที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและคนในชุมชนอยู่เสมอ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพและอาการเจ็บป่วยของโรคต่างๆ

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุกุล, 2542:25-26) พบว่า การสำรวจความชุกของโรคในประชากรสูงอายุแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างเห็นได้ชัดจึงจำเป็นต้องดูแลสุขภาพอย่างเร่งด่วน

การศึกษาของ (Propsom, 2004) พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มชนบทมีแนวโน้มที่จะพิจารณาผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตรหรือสมาชิกในครอบครัวมากกว่าที่จะเลือกใช้บริการผู้ดูแลที่เป็นทางการหรือเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ รวมทั้งการเข้าไปพักอาศัยในสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีโอกาสเข้าถึงผู้ดูแลที่มีความรู้หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง อีกทั้งผู้สูงอายุในเขตชนบทคุ้นเคยกับการได้อยู่ในพื้นที่ของตนเอง เพราะมีความรู้สึกสบายใจและมีความปลอดภัยมากกว่าการเดินทางหรือกลัวการเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อเข้ารับบริการจากผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุ

การศึกษาของ (ศศิพันธุ์ สาสัดย์ และคณะ, 2552:183) พบว่า ในเขตกรุงเทพมหานครมีสถานบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 49.3 สะท้อนให้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและมีการพึ่งพาที่ต้องใช้บริการมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามภูมิภาค เนื่องจากสังคมเมืองมีความเร่งรีบจึงทำสมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้สูงอายุน้อย จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังยิ่งถ้ามีปัญหาสุขภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเพิ่มมากขึ้น

จากผลการศึกษาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าเขตที่อยู่อาศัยมีผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานหรือการย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพที่อื่น ถึงแม้ว่าในเขตเมืองจะมีสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังคงอาศัยกันตามลำพัง ขาดกำลังคนช่วยเหลือในยามเจ็บป่วยหรือพาไปพบแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง น่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท

การมีเครือข่ายทางสังคม (กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ)

การมีเครือข่ายทางสังคม เป็นตัวแปรที่สำคัญประการหนึ่ง เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มผู้สูงอายุหรือชมรมผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้ามาพบปะและได้รับข่าวสารใหม่ๆ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยถึงประสบการณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต รวมทั้งมีโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือการมีโอกาสได้ติดต่อหรือรับทราบสวัสดิการจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุน่าจะเห็นถึงความสำคัญของการเลือกผู้ดูแลและสามารถเข้าถึงผู้ดูแลที่มีความรู้และมีความสามารถทางด้าน การดูแลรักษาสุขภาพได้ดี

การศึกษาของ (Wielink, 1997) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกลุ่มกับชมรมผู้สูงอายุ จะมีรูปแบบ เลือกรักษาจากผู้ดูแลที่มีความสามารถด้านการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะการได้รับข่าวสาร และมีโอกาสในการทำกิจกรรม ซึ่งส่งผลให้การรับรู้ การรับฟังข่าวสารจากสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน ทำให้มีความรู้สึกรู้ว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อตัวผู้สูงอายุเอง

สำหรับการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับความต้องการ การดูแลนั้น มีการศึกษาค่อนข้างน้อยจึงอาจจะสรุปได้ว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นับเป็น ประเด็นที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ เมื่อผู้สูงอายุเข้ามาพบกับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพหรือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะร่างกายปกติย่อมเกิดความสนใจต่อการมีสุขภาพที่ดี และอยากรู้จักวิธีการป้องกัน อื่นๆ การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้โดยตรงนั้นสามารถตอบโจทย์ในความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลได้มากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคม น่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกเครือข่ายทาง สังคม

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพ เป็นตัวแปรที่สำคัญอีกหนึ่งตัวแปร เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีภาวะ ทุพพลภาพย่อมส่งผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพ นอกจากจะทำให้รู้สึกเป็นอุปสรรคต่อการทำงานและ การใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังทำให้เป็นภาระต่อการดูแลสุขภาพด้วยจึงทำให้ผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะ พังพามีความรู้สึกถึงการไม่มีคุณค่าในสังคม ทำให้สูญเสียความมั่นใจและกลายเป็นคนมีสุขภาพทาง จิตลดต่ำลงและมีผลต่อสุขภาพในด้านอื่นๆ ตามลำดับ เพราะฉะนั้นบุคคลที่มีภาวะทุพพลภาพน่าจะมี ผลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลมากยิ่งขึ้น

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542:29) พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาคุณภาพทั้งหมด และมีปัญหาคุณภาพระยะยาวซึ่งจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานเนื่องจากการมีภาวะคุณภาพและภาวะพึ่งพาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการประเมินสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาวะคุณภาพ

การศึกษาของ (Wielink, 1997) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะคุณภาพไม่สามารถพึ่งพาตัวเองได้แม้ว่าจะยังมีคนในครอบครัวที่สามารถให้การดูแลได้ แต่จากผลสนทนากลุ่มกลับพบว่าผู้ที่มีภาวะคุณภาพ เลือกที่จะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

การศึกษาของ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับภาวะคุณภาพมาก มีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการจากผู้ดูแลที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว และการเกิดโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนเข้ามา จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ที่มีความชำนาญของโรคที่กำลังเผชิญอยู่

จากผลการศึกษาข้างต้น ทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพมีรูปแบบการใช้ชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากการมีปัญหาสุขภาพที่ไม่ดี มีโรคแทรกซ้อนจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทั้งจากคนใกล้ชิดหรือผู้ดูแลที่มีความรู้ มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะคุณภาพน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะคุณภาพ

จำนวนโรคที่เจ็บป่วย

จำนวนโรคที่เจ็บป่วย นับเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ เพราะสามารถอธิบายถึงการมีสุขภาพที่ดีหรือมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งนี้ในวัยสูงอายุสามารถพบการเจ็บป่วยได้ง่าย เนื่องจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นไปตามวัย ฉะนั้นผู้สูงอายุควรมีการป้องกันและใส่ใจต่อการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้อยู่ในระดับที่ดีหรือปลอดภัย ดังนั้นผู้สูงอายุน่าจะเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เฉพาะทางหรือเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การศึกษาของ (ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, 2542:56-57) พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุด้านการมีโรคประจำตัวและการมีผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 มีโรคประจำตัว และประสบปัญหาการขาดผู้ดูแลในเรื่องสุขภาพถึงร้อยละ 47.9

การศึกษาของ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ, 2542:35-39) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคมมากกว่า 4 โรคขึ้นไปจะพบความผิดปกติมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง กล่าวคือความชุกหรือปัญหาของจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553:27) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นผลทำให้เกิดความเสี่ยงคือการขาดความมั่นคงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีแนวโน้มต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีทักษะ รู้วิธีดูแลรักษาสุขภาพเป็นอย่างมาก

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจำนวนโรคที่เจ็บป่วยกับความต้องการการดูแล ยังไม่มีผู้วิจัยมากนัก แต่จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การมีโรคที่เจ็บป่วยทั้งที่เป็นโรคประจำตัวและโรคแทรกซ้อน จำเป็นต้องมีการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้ มีความสามารถ

เฉพาะด้าน จึงจะทำให้ชีวิตปั่นปลายของผู้สูงอายุอยู่ได้อย่างมีความสุขน้อยที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคที่เจ็บป่วย

ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแล

อายุของผู้ดูแล

อายุของผู้ดูแล เป็นตัวแปรที่แสดงถึงการดูแลรักษาสุขภาพอีกประการหนึ่ง เพราะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหรือการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยหรือประสบการณ์ที่มากขึ้น ฉะนั้นอายุจึงมีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากในแต่ละช่วงอายุจะมีการเรียนรู้และมีการรับรู้ได้ไม่เท่ากัน มีผลต่อการตัดสินใจ การวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ควบคู่ไปกับอายุของผู้ดูแล เพราะมีผลต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล อีกทั้งอายุยังสามารถบอกถึงระดับความสามารถในการทำงาน ความอดทน การมีวุฒิภาวะหรือการมีความรับผิดชอบหน้าที่ได้ดี

การศึกษาของ (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541:52) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-59 ปี เนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากเป็นบุตรของผู้สูงอายุซึ่งได้รับการเลี้ยงดูมาจากบิดามารดา เมื่อผู้ดูแลก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จึงต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในบ้านแทนบิดามารดา ดังนั้นจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลกับอายุของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจมีหลักฐานและฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงหรือมีบุตรที่เติบโตพอจะให้การเกื้อหนุนทางการเงินกับตนเองได้แล้ว บุคคลในวัยนี้จึงมีความพร้อมที่จะเป็นหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ดี

การศึกษาของ (บุศรินทร์ ผดุง, 2550) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 30-49 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความอดทนหรือการควบคุมได้ดี เพราะอายุบ่งบอกการมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้สามารถทำหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุได้ดี

การศึกษาของ (ธงชัย คุเพ็ญวิจิตตระการ, 2553) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ซึ่งอายุในช่วงนี้มีผลต่อการเป็นผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นจะต้องรับภาระเกี่ยวกับสุขภาพ จิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้นอายุของผู้ดูแลจึงมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุตามไปด้วย เช่น ผู้ดูแลวัยทำงานสามารถรับความกดดันได้ดี มีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบ และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่อาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกริดก้างวล เครียด ท้อแท้ หมดกำลังใจซึ่งเป็นผลทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

จากผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ดูแลที่อยู่ในวัยแรงงาน เนื่องมาจากวัยนี้สามารถทำงานได้เต็มศักยภาพ มีภาวะผู้นำหรือเป็นหัวหน้าครอบครัว อีกทั้งมีการตัดสินใจได้รวดเร็ว และสามารถแก้ไขปัญหาได้มากกว่าวัยอื่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่มีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะการศึกษา คือ ส่วนสำคัญต่อการพัฒนาและการเรียนรู้ ฉะนั้นผู้ดูแลที่มีการศึกษาน่าจะเป็นบุคคลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ สามารถตัดสินใจและวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ อย่างมีเหตุมีผล สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ หรือการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นได้

การศึกษาของ (บุศรินทร์ ผัดวง, 2550) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.92 มีระดับการดูแลปานกลาง เนื่องจากการศึกษามีส่วนสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล เพราะการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ รวมทั้งต้องใช้เหตุผลในการพิจารณาต่อสถานการณ์การดูแลสุขภาพ เป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับสูง จะต้องมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง รวมไปถึงยังสามารถที่จะพัฒนาความรู้ความสามารถ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สำหรับในส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในส่วนของการทำงานความเข้าใจ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค การวางแผนการรักษา และการปฏิบัติในการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแล

การศึกษาของ (บุษรา ศรีสุพัฒน์, 2552: 65) พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.0 อีกทั้งยังพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มดังกล่าว มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับเล็กน้อยมากที่สุดด้วย คิดเป็นร้อยละ 66.1 สอดคล้องกับ ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่ระดับปานกลางมากที่สุด 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.0 เมื่อทดสอบทางสถิติด้วย Fisher's exact test พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value > 0.00)

จากผลการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราความชุกของโรคเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพหรือกระบวนการสูงอายุที่ถูกต้อง ฉะนั้นผู้ดูแลที่มีความรู้จะเป็นส่วนผลักดันชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

1.6 สมมติฐานของการศึกษา

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามข้างต้นที่กล่าวมา โดยสามารถนำมาสรุปแยกเป็นสมมติฐานหลักและสมมติฐานรองตามการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานหลัก

ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ น่าจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

สมมติฐานรอง

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอยู่ระหว่างการสมรส (กำลังสมรส) น่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)
4. ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า
6. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
7. ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท
8. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคมน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคม
9. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
10. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว
11. ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีอายุน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุที่มีอายุน้อยกว่า
12. ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

1.7 ประโยชน์ของการศึกษา

1. จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย อีกทั้งยังทำให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานความรู้ที่แตกต่างกัน อันจะเป็นประโยชน์ในการผลักดันคุณภาพผู้ดูแลในด้านการศึกษาการให้ความรู้ การฝึกอบรมให้กับผู้ดูแลในแต่ละภูมิภาคทั่วประเทศไทยให้มีมาตรฐานเดียวกัน
2. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำคัญ

ให้กับหน่วยงาน อาทิ ภาครัฐ สถานพยาบาล ศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุนำไปปรับปรุงแบบการดูแลหรือบริการดูแลให้สอดคล้องกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

3. ผลจากการศึกษา น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและการพัฒนาคุณภาพผู้ดูแลด้านการให้ความรู้และการฝึกอบรมเพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

บทนี้ผู้วิจัยนำเสนอขั้นตอนเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้วิจัยได้จัดทำกรนำเสนอออกเป็น 7 ส่วน ประกอบไปด้วย แหล่งที่มาของข้อมูล ประชากรและการเลือกตัวอย่าง ขอบเขตของการศึกษา ข้อจำกัดของการศึกษา นิยามคำศัพท์ นิยามตัวแปร และการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวทางการนำเสนอ ในแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.1 แหล่งที่มาของข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับการสำรวจในโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับลักษณะทางประชากร สภาพที่อยู่อาศัย และลักษณะการอยู่อาศัย การทำงานและรายได้ การเกื้อหนุน(ช่วยเหลือ)และการเยี่ยมเยียน ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การรับรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการสำรวจการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทั้งในเรื่องโภชนาการและการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุเบื้องต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดเตรียมนำข้อมูลดังกล่าวมาทำการวิเคราะห์เพื่อศึกษาประเด็นเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

2.2 ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

1) ประชากรที่ศึกษา

กลุ่มประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และได้คัดเลือกศึกษาเฉพาะประชากรสูงอายุที่มีผู้ดูแลเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นการสำรวจระดับประเทศและในข้อมูลชุดนี้มีประชากรสูงอายุตกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 2,456 ราย

2) การเลือกตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ใช้แผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ชั้น (Stratified Two - Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตราตัม และในแต่ละสตราตัมยังแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (ในเขต

เทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างชั้นที่สอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 139-140)

การเลือกตัวอย่างชั้นที่หนึ่ง

ในแต่ละเขตการปกครอง คัดเลือกชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่างอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,793 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ซึ่งกระจายไปตามภาค และเขตการปกครอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การกระจายความถี่ของจำนวนชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	5,623	5,623	-
กลาง (ยกเว้น กทม.)	13,056	4,046	9,010
เหนือ	11,693	2,289	9,404
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18,818	2,872	15,946
ใต้	6,812	1,589	5,223
รวมทั้งราชอาณาจักร	56,002	16,419	39,583

ที่มา: (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550: 139)

การเลือกตัวอย่างชั้นที่สอง

ในขั้นตอนนี้เป็นการนำประชากรตัวอย่างจากตารางที่ 1 ซึ่งจากการสำรวจในครั้งนี้ มีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 56,000 ราย จากนั้นผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างทั้งสิ้นมาถ่วงน้ำหนัก สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักในการศึกษารั้งนี้จะแตกต่างไปจากค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ต้องการให้จำนวนประชากรตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับจำนวนประชากรของประเทศ แต่การถ่วงน้ำหนักใหม่เป็นการปรับให้จำนวนตัวอย่างมีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร โดยใช้สูตร

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่} = \frac{\text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ} * \text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สัมภาษณ์}}{\text{จำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว}}$$

จากนั้นผู้วิจัยได้นำกลุ่มประชากรตัวอย่างมาคัดเลือกเฉพาะชุมชนอาคาร/หมู่บ้านที่มีประชากรสูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งกระจายไปตามภาค และเขตการปกครอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การกระจายความถี่ของจำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	2,588	2,588	-
กลาง (ยกเว้น กทม.)	6,611	2,005	4,606
เหนือ	5,868	1,156	4,712
ตะวันออกเฉียงเหนือ	9,432	1,437	7,995
ใต้	3,573	831	2,742
รวมทั้งราชอาณาจักร	28,072	8,017	20,055

เนื่องจากประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป แต่เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงคัดเลือกเฉพาะประชากรผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเพื่อใช้เป็นหน่วยประชากรตัวอย่างเท่านั้น ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 2,456 ราย ดังปรากฏตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การกระจายความถี่ของจำนวนประชากรตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานคร	224	224	-
กลาง (ยกเว้น กทม.)	630	240	390
เหนือ	317	76	241
ตะวันออกเฉียงเหนือ	943	157	786
ใต้	342	70	272
รวมทั้งราชอาณาจักร	2,456	767	1,689

2.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย มีขอบเขตของการศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการศึกษาในครั้งนี้เลือกเฉพาะประชากรสูงอายุที่มีผู้ดูแลเท่านั้นจากจำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมดที่ตกเป็นตัวอย่างในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550

2.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยนั้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องด้วยข้อมูลที่ได้นำมาศึกษามีการจัดเก็บไว้แล้ว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกมิติของผู้สูงอายุ มิได้สร้างขึ้นเพื่อการศึกษาในเรื่องที่ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยตรง ฉะนั้นการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้การศึกษานี้มีข้อจำกัด ในด้านตัวแปรที่เกี่ยวกับประสบการณ์หรือทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ข้อจำกัดดังกล่าวนี้ไม่ใช่เป็นข้อบกพร่องของการสำรวจที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเท่านั้น กล่าวคือมีเพียงข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ซึ่งตรงนี้ยังไม่สามารถนำมาจัดเป็นกลุ่มประเภทของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ดูแลนั้น ยังไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการผ่านฝึกอบรมหรือการศึกษาเฉพาะทาง เช่น หลักสูตรด้านการพยาบาลผู้สูงอายุหรือหลักสูตรที่เกี่ยวกับคุณสมบัติการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานสากล แต่ทั้งนี้ยังมีข้อคำถามทางอ้อมเป็นประเด็นเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสัมภาษณ์เฉพาะผู้ดูแล

2.5 นิยามคำศัพท์

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งชายและหญิง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่ดูแลรวมทั้งการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้รวมถึงการดูแลทางด้านโภชนาการและความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

2.6 นิยามตัวแปร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวแปรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวแปรตาม 1 ตัวแปร และตัวแปรอิสระ 12 ตัวแปร และให้คำนิยามตัวแปร ดังนี้

ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้ คือ **ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** ซึ่งจำแนกผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ **ผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ** กับ **ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ** โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบคำถาม ซึ่งความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงความรู้เบื้องต้นในด้านโภชนาการและการดูแลเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามซึ่งมี 3 ข้อคำถาม (แบบสอบถามข้อ C62-C64) เพื่อใช้วัดความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้

- ข้อ C62 อาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกัน/บรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด
- ข้อ C63 ผู้สูงอายุควรได้ดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ชุป) วันละกี่แก้ว
- ข้อ C64 ถ้าผู้สูงอายุมีใช้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ท่าน (ผู้ดูแล) ควรทำอย่างไร
- สำหรับคำถามข้อ C62 และ C63 เป็นการวัดความรู้เบื้องต้นในด้านโภชนาการ ส่วนคำถามข้อ C64 เป็นการวัดความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุหากเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

ตารางที่ 4 การวัดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อจัดกลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลเบื้องต้น

คำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	คำตอบ	คะแนน
ข้อ 1 อาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกัน/บรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด		
- ดื่มน้ำหรือนม	×	0
- กินผักหรือผลไม้	✓	1
- กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์	×	0
- กินอาหารประเภทแป้ง	×	0
ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรได้ดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ชุป) วันละกี่แก้ว		
- น้อยกว่า 8 แก้ว	×	0
- 8 - 14 แก้ว	✓	1
- มากกว่า 14 แก้ว	×	0
ข้อ 3 ถ้าผู้สูงอายุมีใช้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ท่าน (ผู้ดูแล) ควรทำอย่างไร		
- ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัว	×	0
- ให้กินยาลดไข้	×	0
- ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัวและให้กินยาลดไข้	×	0
- พาไปพบแพทย์	✓	1
คะแนนรวมทั้ง 3 ข้อ		3

จากข้อคำถามดังกล่าวข้างต้น ในแต่ละข้อคำถามจะมีคะแนนข้อคำถามละ 1 คะแนนรวมทั้งหมด 3 ข้อคำถาม คิดเป็นคะแนน 3 คะแนน ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถตอบข้อคำถามได้ก็จะได้คะแนนตามข้อที่ตอบถูกเท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจึงนำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถตอบคำถามถูกต้องทั้ง 3 ข้อ (ได้คะแนนเต็ม 3 คะแนน)
- ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สามารถตอบคำถามถูกต้องเป็นบางข้อ หรือตอบคำถามไม่ถูกต้องทั้งหมด (ได้คะแนนรวมระหว่าง 0-2 คะแนน)

ตัวแปรอิสระ

1) เพศ หมายถึง สิ่งที่สามารถแสดงว่าเป็นชายหรือหญิง (แบบสอบถามข้อ A1) ประกอบด้วยตัวแปร 2 กลุ่ม ได้แก่

- เพศชาย
- เพศหญิง

2) อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ A2)

3) สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพทางการสมรสของผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ A4) โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มใหม่เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- โสด
- กำลังสมรส
- เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)

4) บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน หมายถึง บุตรที่มีชีวิตอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ A9)

5) รายได้ หมายถึง ผู้สูงอายุมีรายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพของผู้สูงอายุ หรือครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด (แบบสอบถามข้อ A79) แบ่งออกเป็น 8 กลุ่มตามข้อมูลตามที่ได้จัดไว้แล้วในการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้แก่

- ไม่มีรายได้
- ต่ำกว่า 10,000 บาท
- 10,000 - 19,999 บาท
- 20,000 - 29,999 บาท
- 30,000 - 49,999 บาท
- 50,000 - 99,999 บาท
- 100,000 - 299,999 บาท
- 300,000 ขึ้นไป

6) ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบของผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ A6) โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่ได้ศึกษา
- ระดับประถมศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา
- ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า

7) **เขตที่อยู่อาศัย** หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ 4) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- เขตเมือง (ในเขตเทศบาล)
- เขตชนบท (นอกเขตเทศบาล)

8) **การมีเครือข่ายทางสังคม** หมายถึง การเป็นสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรม ของกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ C1, C3, C5, C7, C9, C11) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- การไม่มีเครือข่ายทางสังคม คือ ผู้สูงอายุไม่เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรม
- การมีเครือข่ายทางสังคม คือ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมอย่างน้อย 1 ชมรม

9) **ภาวะทุพพลภาพ** หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งในการกำหนดผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามจากโครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 เลือกเฉพาะ “ตอนที่ 5 เรื่องภาวะสุขภาพ และเลือกใช้ข้อที่ 13” เพื่อกำหนดเกณฑ์ประเมินผู้สูงอายุที่ตกอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ซึ่งในข้อที่ 13 มีการกำหนดกิจกรรมที่สามารถใช้เป็นเกณฑ์ประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจะประกอบด้วยการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองจำนวน 3 กิจกรรม (แบบสอบถามข้อ B28-B30) ดังนี้

1. กินอาหาร
2. ใส่เสื้อผ้า
3. อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา (รวมการทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย)

ตารางที่ 5 การให้คะแนนกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ

กิจกรรมของผู้สูงอายุ	ทำเองไม่ได้ เลย	ทำเองได้บ้าง โดยมีคน/ อุปกรณ์ช่วย	ทำได้ด้วย ตนเอง
1. กินอาหาร	0	0	1
2. ใส่เสื้อผ้า	0	0	1
3. อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา (รวมการทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย)	0	0	1
รวมคะแนนด้านกิจกรรมของผู้สูงอายุ	0	0	3

จากข้อคำถามตามตารางที่ 5 ซึ่งในแต่ละข้อจะมีคะแนนให้ข้อละ 1 คะแนน รวมทั้งหมดเป็น 3 ข้อหรือมี 3 คะแนนเต็ม ฉะนั้นผู้สูงอายุที่ตอบข้อคำถามถูกข้อใดจะได้คะแนนเฉพาะข้อที่ตอบถูกเท่านั้น และผู้วิจัยสามารถแบ่งกลุ่มภาวะทุพพลภาพ ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ คือ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้ง 3 ข้อ (ได้คะแนนเต็ม 3 คะแนน)

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ คือ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองได้เพียงบางข้อ หรือไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ทุกข้อ (ได้คะแนนระหว่าง 0 - 2 คะแนน)

10) จำนวนโรคที่เจ็บป่วย หมายถึง จำนวนโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุกำลังประสบอยู่ หรือมีโรคอื่นๆ แทรกซ้อนเพิ่มเข้ามาด้วย เช่น โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอัมพาต/อัมพฤกษ์ (แบบสอบถามข้อ B21-B26) ซึ่งต่ำสุด คือ ไม่มีโรคเรื้อรัง และมีจำนวนโรคสูงสุดคือ 6 โรค

11) อายุของผู้ดูแล หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ C60)

12) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดที่เรียนจบของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (แบบสอบถามข้อ C61) โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่ได้เคยเรียน
- ระดับประถมศึกษา
- ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
- ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
- ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา
- ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย มีการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล ดังนี้

1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติร้อยละ ส่วนข้อมูลระดับช่วงนำเสนอเพิ่มด้วยค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปร คือ ตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยเป็นการศึกษาความแตกต่างที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง (Bivariate Analysis) โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบง่าย (Simple Logit Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่า ตัวแปรอิสระมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่ และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง (Multivariate Analysis) เพื่อศึกษาอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Logit Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว ตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ logit regression เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับนามมาตรา จำแนกเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3

ผลการศึกษา

บทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยและส่วนที่สามเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย โดยมีรายละเอียดของผลการศึกษาในแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

การนำเสนอลักษณะทั่วไปของตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้ จะเป็นการวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยใช้การแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด จำแนกตามตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรเพศของผู้สูงอายุ อายุของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ของผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย การมีเครือข่ายทางสังคม ภาวะสุขภาพภาพ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามตารางที่ 6 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ

1) เพศของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุในการศึกษครั้งนี้ คือประชากรสูงอายุที่มีผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ร้อยละ 60.8 เปรียบเทียบร้อยละ 39.2)

2) อายุของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุมีอายุเฉลี่ย 74.9 ปี มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.1 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และอายุมากที่สุด 115 ปี และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 40.5) รองลงมาคือผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) (ร้อยละ 30.4) และผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) (ร้อยละ 29.1) ตามลำดับ

3) สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุในการศึกษานี้ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่/เลิกกัน) มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 52.3) รองลงมาคือสถานภาพกำลังสมรส (ร้อยละ 45.5) และสถานภาพโสด (ร้อยละ 2.2) ตามลำดับ

4) บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ประชากรสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันเฉลี่ย 0.9 คน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8 คน โดยมีค่าพิสัยของจำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันตั้งแต่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันเลยจนถึงมีบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันมากที่สุด 9 คน และเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตร 1 - 3 คน มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 72.1) รองลงมาคือไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 26.3) และมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป (ร้อยละ 1.6) ตามลำดับ

3.1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

1) รายได้ของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาพบว่ามียาได้ต่ำกว่า 10,000 บาท มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 26.2) รองลงมาคือมียาได้ 10,000 - 19,999 บาท (ร้อยละ 18.4) มียาได้ 20,000 - 29,999 บาท (ร้อยละ 17.6) มียาได้ 30,000 - 49,999 บาท (ร้อยละ 15.1) มียาได้ 50,000 - 99,999 บาท (ร้อยละ 10.7) มียาได้ 100,000 - 299,999 บาท (ร้อยละ 8.4) มียาได้ 300,000 ขึ้นไป (ร้อยละ 3.6) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ

3.1.3 ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ

1) ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ประชากรสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.5) รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 29.8) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 2.4) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 1.9) ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (ร้อยละ 1.9) และระดับ ปวส./ปวท./อนุปริญญา (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ

2) เขตที่อยู่อาศัย

ประชากรสูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (ร้อยละ 68.8)

3) การมีเครือข่ายทางสังคม

ประชากรสูงอายุในการศึกษาครั้งนี้มีส่วนใหญ่มิเครือข่ายทางสังคมคือเป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มต่างๆ อย่างน้อย 1 กลุ่ม (ร้อยละ 53.0)

3.1.4 ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ภาวะทุพพลภาพ

ภาวะทุพพลภาพครั้งนี้ได้มาจากการนำกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมของผู้สูงอายุที่ทำในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง และการทำความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง เพื่อนำมาพิจารณาแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุตามกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น

เมื่อพิจารณาพบว่าประชากรสูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ(สามารถทำกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมได้ด้วยตนเอง) (ร้อยละ 70.27)

2) จำนวนโรคที่เจ็บป่วย

จำนวนโรคที่เจ็บป่วยครั้งนี้ได้มาจากจำนวนโรคประจำตัวที่ผู้สูงอายุตอบ โดยเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมาจากการวินิจฉัยของแพทย์หรือจากการรับรู้ของผู้สูงอายุเองก็ได้พบว่าประชากรสูงอายุมีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยเฉลี่ยประมาณ 0.9 โรค มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 โรค โดยมีค่าพิสัยของผู้สูงอายุมีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยน้อยที่สุดคือไม่มีโรคประจำตัวจนถึงมีโรคประจำตัวจำนวน 6 โรค เมื่อพิจารณาพบว่าประชากรสูงอายุไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 41.4) รองลงมาคือ มีโรคประจำตัวจำนวน 1 โรค (ร้อยละ 31.4) มีโรคประจำตัวจำนวน 2 โรค (ร้อยละ 18.1) มีโรคประจำตัวจำนวน 3 โรค (ร้อยละ 6.4) มีโรคประจำตัวจำนวน 4 โรค (ร้อยละ 2.4) มีโรคประจำตัวจำนวน 5 โรค (ร้อยละ 0.3) และมีโรคประจำตัวจำนวน 6 โรค (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ

3.1.5 ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1) อายุของผู้ดูแล

ประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาคั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 48.9 ปี มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.4 ปี โดยเป็นผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี และอายุมากที่สุด 87 ปี และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้ดูแลสูงอายุ พบว่ามีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 28.2) รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี (ร้อยละ 20.2) มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 19.4) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 14.2) มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี (ร้อยละ 9.3) มีอายุระหว่าง 20 – 29 ปี (ร้อยละ 5.9) มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 1.2) มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี (ร้อยละ 1.1) และมีอายุต่ำกว่า 15 ปี (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ

2) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

ประชากรผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.2) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 10.4) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 9.1) ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (ร้อยละ 7.8) ไม่ได้เคยเรียน (ร้อยละ 6.0) และ ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา (ร้อยละ 2.4) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 การกระจายอัตราร้อยละของลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง (n = 2,456)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ	จำนวน
ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ		
เพศของผู้สูงอายุ		
ชาย	39.2	962
หญิง	60.8	1494
อายุของผู้สูงอายุ		
ผู้สูงอายุตอนต้น 60 – 69 ปี	29.1	715
ผู้สูงอายุตอนกลาง 70 – 79 ปี	40.5	994
ผู้สูงอายุตอนปลาย ตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	30.4	746
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 74.9 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.1 ปี	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 60 ปี	ค่าสูงสุดเท่ากับ 115 ปี	
สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ		
โสด	2.2	54
กำลังสมรส	45.5	1119
เคยสมรส(หม้าย/หย่า/แยก)	52.3	1284
บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน		
ไม่มีบุตร	26.3	647
1 – 3 คน	72.1	1770
3 คนขึ้นไป	1.6	38
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 คน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.8 คน	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คน	ค่าสูงสุดเท่ากับ 9 คน	
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ		
รายได้ของผู้สูงอายุ		
ไม่มีรายได้	0.1	2
ต่ำกว่า 10,000 บาท	26.2	644
10,000 - 19,999 บาท	18.4	452
20,000 – 29,999 บาท	17.6	431
30,000 – 49,999 บาท	15.1	371
50,000 – 99,999 บาท	10.7	262
100,000 – 299,999 บาท	8.4	206
300,000 บาทขึ้นไป	3.6	88

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ	จำนวน
ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ		
ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ		
ไม่ได้ศึกษา	29.8	731
ประถมศึกษา	63.5	1561
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.9	47
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2.4	58
ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา	0.5	13
ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า	1.9	46
เขตที่อยู่อาศัย		
เขตชนบท	68.8	1689
เขตเมือง	31.2	767
การมีเครือข่ายทางสังคม		
ไม่มีเครือข่ายทางสังคม	47.0	1153
มีเครือข่ายทางสังคม	53.0	1303
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ		
ภาวะทุพพลภาพ		
ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	70.3	1726
มีภาวะทุพพลภาพ	29.7	730
จำนวนโรคที่เจ็บป่วย		
ไม่มีโรคประจำตัว	41.4	1016
จำนวน 1 โรค	31.4	771
จำนวน 2 โรค	18.1	445
จำนวน 3 โรค	6.4	156
จำนวน 4 โรค	2.4	59
จำนวน 5 โรค	0.3	7
จำนวน 6 โรค	0.1	2
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 โรค	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.0 โรค	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 โรค	ค่าสูงสุดเท่ากับ 6 โรค	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	ร้อยละ	จำนวน
ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
อายุต่ำกว่า 15 ปี	0.5	12
อายุ 15 – 19 ปี	1.1	27
อายุ 20 – 29 ปี	5.9	144
อายุ 30 – 39 ปี	20.2	497
อายุ 40 – 49 ปี	28.2	692
อายุ 50 – 59 ปี	19.4	477
อายุ 60 – 69 ปี	14.2	350
อายุ 70 – 79 ปี	9.3	228
อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	1.2	29
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.9 ปี	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.4 ปี	
ค่าต่ำสุดเท่ากับ 11 ปี	ค่าสูงสุดเท่ากับ 87 ปี	
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่ได้เคยเรียน	6.0	147
ระดับประถมศึกษา	64.2	1577
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	9.1	225
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10.4	257
ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา	2.4	60

3.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

ในส่วนนี้จะเป็นการวิเคราะห์ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแปรตาม 1 ตัวแปร คือ ตัวแปรความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ดังปรากฏตามตารางที่ 7 ซึ่งเป็นการ นำข้อคำถามเกี่ยวกับ “**ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ**” ซึ่งเป็นคำถามสำหรับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบสอบถามในประเด็นนี้เท่านั้น มีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อคำถาม (โดยสามารถศึกษารายละเอียดและการให้คะแนนเพื่อกำหนดเกณฑ์ประเมินผู้สูงอายุในหน้า 29) เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลด้านภาวะโภชนาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยสามารถอธิบายเป็นรายข้อคำถามได้ ดังต่อไปนี้

ข้อคำถามที่ 1 เกี่ยวกับอาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกัน/บรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลทราบว่าผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทผักหรือผลไม้ให้กับผู้สูงอายุ

เพื่อบรรเทาอาการท้องผูกได้ดีกว่าอาหารประเภทอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 76.73 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่เลือกคำตอบได้ถูกต้องน่าจะทราบว่าการรับประทานอาหารที่มีกากใยสามารถช่วยลดอาการท้องผูกและช่วยในการขับถ่ายได้ดีเมื่อเทียบกับอาหารประเภทอื่น ในข้อคำถามที่ 2 เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรได้ดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ซุป) วันละกี่แก้ว พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลทราบว่า ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาด วันละ 8 - 14 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 69.87 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ตอบถูกมีความเข้าใจปัจจัยพื้นฐานด้านร่างกายของมนุษย์ คือ ความต้องการน้ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีระบบการย่อยอาหารที่ไม่ปกติ ต้องการได้รับสารอาหารที่จำเป็นของร่างกาย เช่น การดื่มน้ำสะอาด รวมถึงอาหารเหลวประเภทต่างๆ เนื่องจากการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 - 14 แก้ว ช่วยทำให้ร่างกายสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ช่วยในการขับถ่ายของเสีย ผิวพรรณเต่งตึง เป็นต้น และข้อคำถามที่ 3 เกี่ยวกับถ้าผู้สูงอายุมีไข้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ผู้ดูแลควรทำอย่างไร พบว่าเกินครึ่งตอบได้ถูกต้อง ควรพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 60.59 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่ตอบถูกมีความเข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เพราะถ้าหากปล่อยให้ผู้สูงอายุมีไข้ขึ้นสูงติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน เนื่องจากผู้สูงอายุ มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง มีการติดเชื้อได้ง่ายกว่าประชากรในวัยอื่นๆ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและอาจเป็นอันตรายแก่ชีวิต

จากผลการวิเคราะห์ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ตอบคำถามแยกรายละเอียด ทำให้ทราบว่าผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านภาวะโภชนาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำคำถามเกี่ยวกับ “ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ” เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ประเมินประเภทผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ซึ่งผู้วิจัยสามารถแบ่งความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 2 กรณี คือ กรณีที่ 1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุถูกทั้ง 3 ข้อ ได้คะแนนเต็ม 3 คะแนนและถือว่าเป็น “ผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ” และกรณีที่ 2 ในทางกลับกันหากผู้ดูแลผู้สูงอายุตอบคำถามคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุถูกเป็นบางข้อ หรือตอบคำถามไม่ถูกเลย ได้คะแนนระหว่าง 0 - 2 คะแนน จะถือว่าเป็น “ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ”

จากผลการศึกษา พบว่าประชากรตัวอย่างมีสัดส่วนของผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.58 เปรียบเทียบร้อยละ 36.42) อธิบายได้ว่าภาพรวมทั้งหมดของผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านภาวะโภชนาการและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้อง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นแทนที่จะช่วยป้องกันหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ลดลง และผู้ดูแลยังขาดความรู้หากเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลันทำให้การเจ็บป่วยอาจลุกลามรุนแรง จากผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าแม้คำถามที่ถามผู้ดูแลเป็นความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถตอบคำถามได้ถูกต้องทั้งหมดหรืออธิบายความเป็นไปของการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ จะสะท้อนภาพให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันยังไม่มีความรู้ที่เหมาะสมขาดความรู้ ความเข้าใจ ฉะนั้นหากผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาโดยตรง ควรมีการจัดฝึกอบรมหรือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ การป้องกันรักษาสุขภาพเป็นเรื่องรอบตัว การปฐม

พยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุอย่างถูกวิธี ก่อนการนำตัวผู้สูงอายุไปพบแพทย์ เฉพาะทางต่อไปหากมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

ตารางที่ 7 การกระจายอัตราร้อยละของความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ และความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย	ร้อยละ	จำนวน
ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ		
อาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกัน/บรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด		
- ดื่มน้ำหรือนม	15.64	384
- รับประทานผักหรือผลไม้	76.73	1885
- รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์	0.57	14
- รับประทานอาหารประเภทแป้ง	0.90	22
ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ชุป) วันละกี่แก้ว		
- น้อยกว่า 8 แก้ว	29.25	718
- 8 – 14 แก้ว	69.87	1716
- มากกว่า 14 แก้ว	0.87	21
ถ้าผู้สูงอายุมีไข้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ท่าน (ผู้ดูแล) ควรทำอะไร		
- ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัว	7.25	178
- ให้กินยาลดไข้	12.97	319
- ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัว และให้กินยาลดไข้	19.00	467
- พาไปพบแพทย์	60.59	1488
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย		
- ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ	63.58	1561
- ผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ	36.42	895

3.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดจัดกลุ่มรายการของตัวแปรบางตัวใหม่เพื่อความเหมาะสม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุ ยุบรวมเหลือ 4 กลุ่ม ได้แก่
 - ต่ำกว่า 10,000 บาทหรือไม่มีรายได้
 - รายได้ 10,000-29,999 บาท
 - รายได้ 30,000-99,999 บาท

- รายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป

2) ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ยุบรวมเหลือ 4 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช.)
- อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)

3) ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ยุบรวมเหลือ 4 กลุ่ม ได้แก่

- ไม่เคยเรียน
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา (ตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช.)
- อุดมศึกษา (ปวส./ปวท./อนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคมาใช้ในการวิเคราะห์ในส่วนนี้ เนื่องจากตัวแปรตามคือความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นตัวแปรระดับจัดกลุ่มซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้กลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอ้างอิง

ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค มีเงื่อนไขในการกำหนดคุณสมบัติของตัวแปร คือตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปรต้องเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าระดับจัดช่วง (interval scale) หากพบว่าตัวแปรตัวใดมีระดับการวัดต่ำกว่าคุณสมบัติข้างต้น จำเป็นจะต้องนำตัวแปรดังกล่าวมาแปลงค่าเพื่อให้ได้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) เสียก่อน แล้วจึงจะสามารถนำตัวแปรนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มที่สนใจมีค่าเป็น 1 ส่วนกลุ่มอื่นๆ กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิงมีค่าเป็น 0 สำหรับตัวแปรอิสระที่ต้องนำมาแปลงค่าเป็นตัวแปรหุ่น มีดังต่อไปนี้

- 1) เพศของผู้สูงอายุ

กำหนดให้	เพศชาย	มีค่าเป็น 0
	เพศหญิง	มีค่าเป็น 1
- 2) สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

กำหนดให้	ไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก)	มีค่าเป็น 0
	อยู่ระหว่างการสมรส (กำลังสมรส)	มีค่าเป็น 1

3) รายได้ของผู้สูงอายุ		
กำหนดให้	ต่ำกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้	มีค่าเป็น 0
	10,000 – 29,999 บาท	มีค่าเป็น 1
	30,000 – 99,999 บาท	มีค่าเป็น 1
	ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป	มีค่าเป็น 1
4) ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ		
กำหนดให้	ไม่ได้ศึกษา	มีค่าเป็น 0
	ระดับประถมศึกษา	มีค่าเป็น 1
	ระดับมัธยมศึกษา	มีค่าเป็น 1
	ระดับอุดมศึกษา	มีค่าเป็น 1
5) เขตที่อยู่อาศัย		
กำหนดให้	เขตชนบท	มีค่าเป็น 0
	เขตเมือง	มีค่าเป็น 1
6) การมีเครือข่ายทางสังคม		
กำหนดให้	การไม่มีเครือข่ายทางสังคม	มีค่าเป็น 0
	การมีเครือข่ายทางสังคม	มีค่าเป็น 1
7) ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ		
กำหนดให้	ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	มีค่าเป็น 0
	มีภาวะทุพพลภาพ	มีค่าเป็น 1
8) การศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
กำหนดให้	ไม่ได้ศึกษา	มีค่าเป็น 0
	ระดับประถมศึกษา	มีค่าเป็น 1
	ระดับมัธยมศึกษา	มีค่าเป็น 1
	ระดับอุดมศึกษา	มีค่าเป็น 1

สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคีมีความสามารถในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระในเรื่องทิศทางความสัมพันธ์ว่าเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งผู้วิจัยจะพิจารณาความสัมพันธ์จากทิศทางเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มรายการที่กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่ และเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายได้ด้วย “ค่าอัตราส่วนโอกาส” หรือ “ค่า Odds ratio” สำหรับการคำนวณค่าอัตราส่วนโอกาสนั้นคำนวณได้จากโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มสนใจของตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งหารด้วยโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรนั้น ทั้งนี้ในการกำหนดความหมายของค่าอัตราส่วนโอกาสนี้ความน่าจะเป็นได้ 3 กรณี (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2551: 104) คือ

กรณีหนึ่ง ค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) มีค่าสูงกว่า 1 หมายความว่า กลุ่มสนใจศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอ้างอิง

กรณีที่สอง ค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) มีค่าเท่ากับ 1 หมายความว่า กลุ่มสนใจศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากกลุ่มอ้างอิง

กรณีที่สาม ค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds ratio) มีค่าต่ำกว่า 1 หมายความว่า กลุ่มสนใจศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มอ้างอิง

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่ง การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่ายเป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร คือ ตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระ 1 ตัว โดยการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ดังกล่าวยังไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ เป็นการวิเคราะห์เพื่อทดสอบ ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรและมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ซึ่งจะเป็น การเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการการวิเคราะห์พร้อมกันทุกตัวแปร และในส่วนการวิเคราะห์การ ถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอนเป็นวิเคราะห์เพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถ อธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด ตัวแปรใดที่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผัน ของตัวแปรตามในลำดับถัดไปและตัวแปรอิสระเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปร ตามได้มากน้อยเพียงใด

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรนั้น มีเงื่อนไขสำหรับการวิเคราะห์ว่า ตัวแปรอิสระแต่ละคู่ต้องเป็นอิสระต่อกัน กล่าวคือตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์ต่อกันมากกว่า หรือเท่ากับ 0.5 (Cohen, 1988:118) ถ้าหากตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์ต่อกันมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 แสดงว่าตัวแปรอิสระคู่นั้นมีความสัมพันธ์สูง จึงไม่ควรนำตัวแปรอิสระคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ใน แบบจำลองเดียวกัน จะมีผลให้ค่าการวิเคราะห์การถดถอยเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง เพื่อเป็นการ หลีกเลี่ยงปัญหาไม่ให้เกิดความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทดสอบ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละคู่ก่อนนำไปวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ และการถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน จากผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน และ หลังจากทำการวิเคราะห์ค่าดังกล่าว พบว่าค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละคู่มิค่าไม่เกิน 0.5 ยกเว้นตัวแปรหุ่นของตัวแปรอิสระภายใต้ตัวแปรตัวเดียวกันเท่านั้นที่พบว่าค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน เกิน 0.5 ซึ่งไม่ถือว่าเป็นการละเมิดเงื่อนไขดังกล่าว ดังนั้นจึงสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวมา วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ขั้นตอนในแบบจำลองเดียวกันได้ โดยไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (ดังปรากฏตามตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์

	1	2	3	4	5.1	5.2	5.3	5.4	6.1	6.2	6.3
1. เพศ	1.000										
2. อายุของผู้สูงอายุ	.157**	1.000									
3. สถานภาพ	.459**	.351**	1.000								
4. บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน	.099**	.051*	.102**	1.000							
5.1 รายได้ (ต่ำกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้)	.067**	.098**	.114**	-.118**	1.000						
5.2 รายได้ (10,000 - 29,999 บาท)	0.011	-.060**	-.059**	-.041*	-.447**	1.000					
5.3 รายได้ (30,000 - 99,999 บาท)	-.086**	-.065**	-.044*	.059**	-.352**	-.442**	1.000				
5.4 รายได้ (100,000 บาทขึ้นไป)	0.01	.043*	-.009	.140**	-.220**	-.276**	-.217**	1.000			
6.1 การศึกษาผู้สูงอายุ (ไม่ได้ศึกษา)	.188**	.280**	.229**	.108**	.189**	-.029	-.085**	-.099**	1.000		
6.2 การศึกษาผู้สูงอายุ (ประถมศึกษา)	-.132**	-.239**	-.167**	-.095**	-.133**	.080**	.083**	-.049*	-.859**	1.000	
6.3 การศึกษาผู้สูงอายุ (มัธยมศึกษา)	-.084**	-.009	-.065**	-.029	-.084**	-.067**	0.009	.201**	-.138**	-.279**	1.000
6.4 การศึกษาผู้สูงอายุ (อุดมศึกษา)	-.084**	-.009	-.065**	-.029	-.084**	-.067**	0.009	.201**	-.138**	-.279**	1.000**
7. เขตที่อยู่อาศัย	0.018	0.032	.064**	.251**	-.137**	-.071**	.071**	.196**	-.011	-.117**	.174**
8. การมีเครือข่ายทางสังคม	-.096**	-.120**	-.090**	-.170**	0.031	0.033	-.01	-.077**	-.138**	.169**	-.089**
9. ภาวะสุขภาพ	-.071**	-.194**	-.063**	-.012	-.004	.057**	-.02	-.062*	-.074**	.087**	-.018
10. จำนวนโรคที่เจ็บป่วย	.050*	-.076**	-.042*	0.024	-.006	-.019	-.03	.077**	-.031	-.032	.107**
11. อายุของผู้ดูแล	-.157**	.091**	-.358**	-.183**	.067**	-.027	-.021	-.023	-.021	-.004	.046*
12.1 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ไม่ได้ศึกษา)	-.053**	0.006	-.104**	-.098**	.056**	0.017	-.02	-.075**	.190**	-.157**	-.031
12.2 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ประถมศึกษา)	-.068**	.068**	-.002	-.141**	.117**	0.005	-.034	-.120**	-.014	.137**	-.162**
12.3 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (มัธยมศึกษา)	.095**	-.041*	0.027	.103**	-.101**	0.015	0.032	.072**	-.059**	-.02	.130**
12.4 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อุดมศึกษา)	0.024	-.058**	.050*	.165**	-.098**	-.041*	0.028	.154**	-.051*	-.067**	.111**

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05. ** มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

ตารางที่ 8 (ต่อ)

	6.4	7	8	9	10	11	12.1	12.2	12.3	12.4
1. IWT										
2. อายุของผู้สูงอายุ										
3. สถานภาพ										
4. บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน										
5.1 รายได้ (ต่ำกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้)										
5.2 รายได้ (10,000 - 29,999 บาท)										
5.3 รายได้ (30,000 - 99,999 บาท)										
5.4 รายได้ (100,000 บาทขึ้นไป)										
6.1 การศึกษาของผู้สูงอายุ (ไม่ได้ศึกษา)										
6.2 การศึกษาของผู้สูงอายุ (ประถมศึกษา)										
6.3 การศึกษาของผู้สูงอายุ (มัธยมศึกษา)										
6.4 การศึกษาของผู้สูงอายุ (อุดมศึกษา)	1.000									
7. เขตที่อยู่อาศัย	.174**	1.000								
8. การมีเครือข่ายทางสังคม	-.089**	-.311**	1.000							
9. ภาวะทุพพลภาพ	-0.018	-.119**	.108**	1.000						
10. จำนวนโรคที่เจ็บป่วย	.107**	.143**	-.086**	-.286**	1.000					
11. อายุของผู้ดูแล	.046*	0.038	0.012	-.101**	.046*	1.000				
12.1 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ไม่ได้ศึกษา)	-0.031	-0.49*	-0.011	-0.026	-0.005	.187**	1.000			
12.2 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ประถมศึกษา)	-.162**	-.214**	.168**	0.006	-.115**	.193**	-.338**	1.000		
12.3 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (มัธยมศึกษา)	.130**	.127**	-.086**	-0.037	.121**	-.213**	-.125**	-.662**	1.000	
12.4 การศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อุดมศึกษา)	.111**	.211**	-.146**	.060**	0.028	-.172**	-.085**	-.451**	-.166**	1.000

หมายเหตุ: ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับสองตัวแปร

ปัจจัยด้านประชากรผู้สูงอายุ

1) เพศของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศของผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.027 เท่าของผู้สูงอายุเพศชาย (ค่า Odds ratio = 1.027) แสดงว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

2) อายุของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 0.999 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio = 0.999) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3) สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอยู่ระหว่างการสมรส (กำลังสมรส) มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.095 เท่าของผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพไม่อยู่ระหว่างการสมรส (โสด/หม้าย/หย่า/แยก) (ค่า Odds ratio = 1.095) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพอยู่ระหว่างการสมรสมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพไม่อยู่ระหว่างการสมรส ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

4) บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.098 เท่าของผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน (ค่า Odds ratio = 1.098) แสดงว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกันมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรอาศัยอยู่ด้วยกัน ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

1) รายได้ของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไปมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.231 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ (ค่า Odds ratio = 1.231) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ 30,000 – 99,999 บาท มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.189 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ (ค่า Odds ratio = 1.189) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 30,000 – 99,999 บาท มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 - 29,999 บาท มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.050 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ (ค่า Odds ratio = 1.050) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 10,000 - 29,999 บาท มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ

1) ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.888 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 2.888) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.754 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 1.754) และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 0.979 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 0.979) และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา

2) เขตที่อยู่อาศัย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัยกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.288 เท่าของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท (ค่า Odds ratio = 1.288) แสดงว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

3) การมีเครือข่ายทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเครือข่ายทางสังคมกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคมมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.092 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคม (ค่า Odds ratio = 1.092) แสดงว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคมมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายทางสังคม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1) ภาวะทุพพลภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะทุพพลภาพกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 0.977 ของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ (ค่า Odds ratio = 0.977) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2) จำนวนโรคที่เจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคที่เจ็บป่วยกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็น 1.127 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคที่เจ็บป่วย (ค่า Odds ratio = 1.127) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคที่เจ็บป่วย ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

1) อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 0.994 เท่าของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio = 0.994) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.676 เท่าของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 2.676) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.867 เท่าของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 1.867) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา และผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.632 เท่าของผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา (ค่า Odds ratio = 1.632) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ได้ศึกษา ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05

3.3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร

ก. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระซึ่งประกอบไปด้วย 5 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายได้ ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัยและการมีเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ และจำนวนโรคที่เจ็บป่วย และปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 12 ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความรู้เบื้องต้นใน

การดูแลได้ร้อยละ 3.2 ($R^2 = 0.032$) และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีเพียง 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ (เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคม (เฉพาะผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคม) (ดังปรากฏตามตารางที่ 9)

ข. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน

สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระในระดับหลายตัวแปรเพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด ตัวแปรอิสระตัวใดสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามในลำดับถัดไป และตัวแปรอิสระเหล่านี้สามารถเข้าร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้จะถือว่าสมการที่ได้จากการเลือกตัวแปรนี้เป็นสมการที่อธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่อธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร โดยแบ่งเป็นปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ 2 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ และการมีเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 1 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเข้าสู่สมการการวิเคราะห์เป็นลำดับแรก พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเท่านั้นที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2.168 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.473 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ที่เป็นเช่นนี้น่าจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพ หรือหาวิธีการชะลอของโรคที่ตนเองกำลังประสบอยู่ให้คงที่หรือไม่ให้รุนแรงเพิ่มมากขึ้นกว่าที่กำลังประสบอยู่ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ หรือมีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า (Wielink, 1997; ญัฐพงษ์ พบสมัย, 2551)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าสู่สมการการวิเคราะห์เป็นลำดับที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็น 2.491 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.778 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มี

ความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 1.689 เท่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ศึกษา อาจกล่าวได้ว่า การศึกษามีส่วนสำคัญในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล เพราะการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ การทำความเข้าใจ การหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและวิธีการดูแล จึงเป็นส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจึงมีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง อีกทั้งยังสามารถพัฒนาให้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น สำหรับในส่วนผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาไม่สูงมาก ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในส่วนของภาวะวิเคราะหหรือการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค รวมทั้งวิธีการวางแผนการรักษา และการประพตปฏิบัติในการดูแลผู้ที่ต้องการการดูแล (บุศรินทร์ ผัดวง, 2550)

จำนวนโรคที่เจ็บป่วย

ตัวแปรจำนวนโรคที่เจ็บป่วยเข้าสู่สมการการวิเคราะห์เป็นลำดับที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็น 1.112 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคที่เจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ, 2553: 27) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพหรือเกิดความพิการ และยังรวมไปถึงการสูญเสียชีวิตได้ง่าย ฉะนั้นการมีผู้ดูแลที่มีความรู้หรือมีผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมที่ได้ตรงตามมาตรฐานทางการแพทย์ จึงน่าจะเป็นอีกหนทางหนึ่งในการป้องกันเพื่อช่วยบรรเทาหรือช่วยในการควบคุมอาการของโรคที่เป็นอยู่ให้ชะลอความรุนแรงหรือลดอาการความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

การมีเครือข่ายทางสังคม

ตัวแปรการมีเครือข่ายทางสังคมเข้าสู่สมการการวิเคราะห์เป็นลำดับสุดท้ายพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมมีโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็น 1.197 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีเครือข่ายทางสังคม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลและมีแนวโน้มที่จะมีรูปแบบการเลือกรับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความสามารถด้านการดูแลรักษาสุขภาพ เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุมีส่งผลให้การรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวเรื่องผู้สูงอายุทำให้มีความรู้สึว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อตัวผู้สูงอายุเอง (Wielink, 1997)

ทั้งนี้จึงสามารถสรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระ 4 ตัวนี้ร่วมกันอธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2.00 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.020) ซึ่งตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของโอกาสที่จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือระดับการศึกษาของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 1.32 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.0132) รองลงมาคือระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของการเลือกผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.11, 2.46 และ 2.69 (ค่า $R^2 = 0.0211, 0.0246, 0.0269$) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

รายการ	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค			R ²
	แบบง่าย odds ratio	แบบพหุ odds ratio	แบบพหุขั้นตอน odds ratio	
ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ				
เพศ				
ชาย	1.000	1.000		
หญิง	1.027	0.993		
อายุ				
	0.999	1.003		
สถานภาพสมรส				
ไม่อยู่ระหว่างการสมรส	1.095	1.063		
อยู่ระหว่างการสมรส	1.000	1.000		
จำนวนบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน				
	1.098	1.053		
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ				
รายได้				
ต่ำกว่า 10,000 บาทและไม่มีรายได้	1.000	1.000		
10,000 - 29,999 บาท	1.050	1.040		
30,000 - 99,999 บาท	1.189	1.136		
ตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป	1.231	0.927		
ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ				
ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ				
ไม่ได้ศึกษา	1.000	1.000	1.000	0.0132 ¹
ระดับประถมศึกษา	0.979	0.928	0.898	
ระดับมัธยมศึกษา	1.754*	1.576*	1.473*	
ระดับอุดมศึกษา	2.888*	2.381*	2.168*	
เขตที่อยู่อาศัย				
เขตเมือง	1.288*	1.145		
เขตชนบท	1.000	1.000		
การมีเครือข่ายทางสังคม				
ไม่มีเครือข่ายทางสังคม	1.000	1.000	1.000	0.0269 ⁴
มีเครือข่ายทางสังคม	1.092	1.249*	1.197*	

ตารางที่ 9 (ต่อ)

รายการ	การวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติก			
	แบบง่าย odds ratio	แบบพหุ odds ratio	แบบพหุขั้นตอน odds ratio	R ²
ปัจจัยด้านภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ				
ภาวะทุพพลภาพ				
ไม่มีภาวะทุพพลภาพ	1.000	1.000		
มีภาวะทุพพลภาพ	0.977	0.901		
จำนวนโรคที่เจ็บป่วย	1.127*	1.132*	1.112*	0.0246 ³
ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ				
อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	0.994	0.997		
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ				
ไม่ได้ศึกษา	1.000	1.000	1.000	0.0211 ²
ระดับประถมศึกษา	1.632*	1.575*	1.689*	
ระดับมัธยมศึกษา	1.867*	1.554	1.778*	
ระดับอุดมศึกษา	2.676*	2.094*	2.491*	
-2 Log Likelihood		3163.849	3172.581	
R ²		0.032	0.020	

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำอธิบายสัญลักษณ์

1.000	หมายถึง กลุ่มอ้างอิง
*	หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05
1,2,3,4	หมายถึง ลำดับความสำคัญของตัวแปรในการอธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยเป็นลำดับที่ 1 – 4 ตามลำดับ
R ²	หมายถึง ค่าที่บอกสัดส่วนหรือร้อยละซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยสำหรับแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษานั้นผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกผู้ดูแลเพื่อใช้ประกอบเหตุผลเป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยตัวแปรตามคือความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และตัวแปรอิสระ 12 ตัวแปร ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายได้ 3) ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย และการมีเครือข่ายทางสังคม 4) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ และจำนวนโรคที่เจ็บป่วย และ 5) ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยได้รับความอนุเคราะห์การใช้ข้อมูลจาก “โครงการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป (คัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลเท่านั้น) มีจำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 2,456 ราย

สำหรับผลการศึกษา ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่หนึ่งเป็นการแจกแจงรายละเอียดและสรุปผลการศึกษา ส่วนที่สองเป็นการอภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะทั้งในเชิงนโยบายและเชิงวิชาการ เพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปวางแผนหรือกำหนดนโยบาย อีกทั้งยังเป็นประโยชน์ให้กับผู้ที่สนใจศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

4.1 สรุปผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษา ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยส่วนที่ 1 จะเป็นการนำเสนอลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอผลการศึกษาความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย และส่วนที่ 3 จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย ซึ่งจะแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนหนึ่งเป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง (การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย) และขั้นตอนที่สองเป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง (การวิเคราะห์การถดถอยถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุและการวิเคราะห์การถดถอยถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง

ผลการศึกษาจากจำนวนประชากรสูงอายุ 2,456 ราย พบว่าปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นประชากรสูงอายุเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 74.9 ปี หรือเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี เกือบครึ่งของผู้สูงอายุมีสถานภาพกำลังสมรส และมีบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันจำนวน 1 - 3 คน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยมีที่อยู่อาศัยในเขตชนบทเป็นส่วนมาก และเกินครึ่งของผู้สูงอายุมีเครือข่ายทางสังคม และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะสุขภาพ และเกือบครึ่งไม่มีโรคประจำตัวหรือจำนวนโรคที่เจ็บป่วย ทั้งนี้พบจำนวนโรคที่เจ็บป่วยสูงสุด 6 โรค

ส่วนปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 48.9 ปี โดยพบว่าผู้ดูแลมีอายุต่ำสุด 11 ปี ในขณะที่ผู้ดูแลมีอายุสูงสุด 87 ปี ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ในส่วนทางด้านการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

4.1.2 ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทยเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับโภชนาการและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นจำนวน 3 ข้อ เพื่อเป็นการประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุว่ามีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ เพราะถ้าผู้ดูแลไม่สามารถตอบคำถามเบื้องต้นได้ทั้ง 3 ข้อ แสดงว่าผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามรายข้อได้อย่างถูกต้อง เช่น คำถามข้อที่หนึ่ง วัดความรู้ของผู้ดูแลในด้านโภชนาการ คือ การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้เพื่อช่วยบรรเทาอาการท้องผูกในผู้สูงอายุ คำถามข้อที่สอง เป็นวัดความรู้เกี่ยวกับปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน ซึ่งปริมาณที่เหมาะสม คือ วันละประมาณ 8 - 14 แก้ว และคำถามข้อที่สาม เป็นการวัดความรู้ผู้ดูแลในการจัดการกับการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน หากผู้สูงอายุมีไข้สูงเป็นเวลามากกว่า 2 วัน ฉะนั้นผู้ดูแลควรพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์

เมื่อจัดรวมคะแนนความรู้ โดยผู้ที่มีความรู้ต้องตอบถูกทั้ง 3 ข้อ พบว่า ผู้ดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตามข้อคำถาม 3 ข้อคำถามดังกล่าวข้างต้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนมากได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาเท่านั้น ประกอบกับยังไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม จึงทำให้มีความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการและการจัดการกับการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเบื้องต้นของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ

4.1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย แบ่งเป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทางและการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง ดังปรากฏตามตารางที่ 10 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย

การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย

กรณีที่ 1 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปร จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรณีที่ 2 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน รายได้ของผู้สูงอายุ และการมีเครือข่ายทางสังคม

กรณีที่ 3 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ ภาวะทุพพลภาพ และอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

กรณีที่ 1 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากตัวแปรอิสระทั้งหมด 12 ตัวแปร จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ การมีเครือข่ายทางสังคม จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรณีที่ 2 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุของผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และเขตที่อยู่อาศัย

กรณีที่ 3 ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในทิศทางที่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ≤ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า มีตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ได้แก่ เพศของผู้สูงอายุ รายได้ของผู้สูงอายุ ภาวะทุพพลภาพ และอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 3.2 (ค่า R^2 เท่ากับ 0.032)

3) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอนพบว่า มีตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวที่ร่วมกันอธิบายการแปรผันของผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2.00 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ≤ 0.05 โดยตัวแปรระดับการศึกษาของผู้สูงอายุสามารถอธิบายการแปรผันของผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 1.32 รองลงมา คือ ตัวแปรระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนโรคที่เจ็บป่วย และการมีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.11, 2.46 และ 2.69 (ค่า $R^2 = 0.0211, 0.0246, 0.0269$) ตามลำดับ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 10 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย

ตัวแปร	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค			
	แบบง่าย	แบบพหุ	แบบพหุขั้นตอน	
	สมมุติฐาน	สมมุติฐาน	สมมุติฐาน	ลำดับที่
ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ				
เพศของผู้สูงอายุ	✓	✗		
อายุของผู้สูงอายุ	✗	✓		
สถานภาพสมรส	✓	✓		
บุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกัน	✓	✓		
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ				
รายได้ของผู้สูงอายุ	✓	✗		
ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุ				
ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ	✓*	✓*	✓*	1
เขตที่อยู่อาศัย	✓*	✓		
การมีเครือข่ายทางสังคม	✓	✓*	✓*	4
ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ				
ภาวะสุขภาพ	✗	✗		
จำนวนโรคที่เจ็บป่วย	✓*	✓*	✓*	3
ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ				
อายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	✗	✗		
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	✓*	✓*	✓*	2

คำอธิบายสัญลักษณ์

- ✓ หมายถึงมีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้
 ✗ หมายถึงมีทิศทางความสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้
 * หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
 1,2,3,4 หมายถึงลำดับที่อธิบายการแปรผันของความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

4.2 ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบประเด็นที่น่าสนใจที่หน่วยงานภาครัฐหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นการวางแนวทางในการส่งเสริมสนับสนุนหรือเพื่อประกอบการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในการดูแลหรือปรนนิบัติ ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งข้อเสนอแนะออกเป็น 2 ส่วน คือข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาสามารถใช้กำหนดเป็นแนวทางการวางนโยบายหรือกำหนดเป็นแผนพัฒนาผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นข้อควรระวังในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

1) การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพ แต่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้ดูแล ซึ่งพบว่าการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความรู้ของผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จะมีผู้ดูแลที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะที่ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ทำให้ขาดโอกาสการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ จึงทำให้มีข้อจำกัดในด้านความรู้ และรวมถึงการเลือกผู้ดูแลของตนด้วย ดังนั้นนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาการเรียนรู้สู่ชุมชนควรมีการศึกษาในประเด็นการให้ความรู้ในเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการชราภาพ นอกจากนี้ควรมีการอบรมเพิ่มเติมให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนหรือผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสให้มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีการแวะเวียนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ดูแลด้วย

2) ระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดโอกาสทางการศึกษาหรือได้รับการศึกษาไม่มากนัก จึงมีแนวโน้มต่อการได้รับความรู้ วิธีการรักษาสุขภาพ การหาแนวทางป้องกันและบรรเทาโรคร้ายให้กับผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นควรมีนโยบายส่งเสริมการกระจายการศึกษาให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ชุมชนและท้องถิ่นเข้าถึงได้ยาก ที่สำคัญคือควรมีการกำหนดรายวิชาหรือกิจกรรมเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับ นอกจากนี้ควรมีการจัดฝึกอบรมการดูแลสุขภาพให้กับประชากรที่อาศัยอยู่ในชุมชนด้วย

3) จำนวนโรคที่เจ็บป่วย สามารถอธิบายถึงการพึ่งพาบุคคลอื่นหรือความจำเป็นในการมีผู้ดูแลเคียงข้างขณะผู้สูงอายุปฏิบัติภารกิจต่างๆ เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวัน จากผลการศึกษาพบว่าแม้ผู้สูงอายุจะไม่มีโรคประจำตัวก็ตาม แต่การที่อยู่ในวัยสูงอายุมีการเสื่อมถอยทางด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกร่างกายอยู่แล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทราบถึงปัญหาการเกิดโรค อาการของโรคต่างๆ ต้องทราบวิธีการดูแลทั้งในเรื่องโภชนาการ การดูแลตนเองยามเจ็บป่วยเพื่อเป็นการเฝ้าระวังให้กับผู้สูงอายุไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนและเกิดการสูญเสียก่อนวัยอันควร

4) ข้อค้นพบของการศึกษานี้ ยังพบว่าการมีเครือข่ายทางสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับประเภผู้ดูแลผู้สูงอายุไทย เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มองเห็นคุณค่าของตนเองกับการทำกิจกรรมหรือการเข้าชมรมเพื่อผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภายในท้องที่ชุมชน/หมู่บ้าน ควรมีการผลักดันให้มีชมรมในทุกหมู่บ้าน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม และการอบรมต่างๆ ที่ทางชมรมจัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้ภูมิปัญญา และคุณภาพให้กับผู้สูงอายุ

5) ควรมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งในส่วนของหลักสูตรการฝึกอบรม และสถานพยาบาลหรือหน่วยงานบริการทางด้านผู้ดูแล

4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในโครงการ “โครงการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550” ซึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างในระดับประเทศโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนั้นจึงศึกษาเฉพาะตัวแปรที่ได้มีการจัดเก็บไว้เรียบร้อยแล้ว อีกทั้งการใช้ข้อมูลในชุดโครงการดังกล่าวจึงนับเป็นประโยชน์ที่ช่วยในการศึกษาค้นคว้าและพัฒนางานวิจัยอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับงานด้านผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่า ในประเทศไทยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาในครั้งต่อไป มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและมีเนื้อหาที่ครอบคลุมและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1) เพื่อให้ภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ชัดเจนมากขึ้น ควรมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลในประเด็นต่างๆ เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ผู้ดูแลเคยได้รับการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ และผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมากน้อยเพียงใด

2) ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษาสำหรับการทำวิจัยในอนาคต ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ รายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรการฝึกอบรม เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*.
- Oraganizatio, W. H. (2010). Definition of an older or elderly person.
- Proptom, G. (2004). *Elder Choice: How do older people make long-term care choices*.
- Wielink, G. (1997). *A Study of Choice and Determinants in Hypothetical Care-Need Situation*.
- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และคณะ. (2554). การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและภาวะสุขภาพ: ความท้าทายของระบบสุขภาพและทิศทางในอนาคต ในผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- กัญญารัตน์ เชียงวงศ์. (2552). ความต้องการบริการของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2551). การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย *SPSS for Windows* (พิมพ์ครั้งที่ 6 ed.): กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- กฤษยา ตันติผลลาชีวะ. (2524). การพยาบาลผู้สูงอายุ: กรุงเทพมหานคร: เจริญกิจ.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์. (2539). นโยบายของรัฐ และแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2549). สังคม สว.(ผู้สูงอายุ) (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์. (2553). รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบและวิธีที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคม โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ. นครปฐม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ ศูนย์ธุรกิจที่ปรึกษาเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- จอห์น โนเดล และ นภาพร ชัยวรธรณ. (2552). การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มในอดีต สถานการณ์ ปัจจุบัน และความท้าทายในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก.
- ไชยยะ เปรมอิสระกุล. (2549). ความต้องการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะ), วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฐพงษ์ พบสมัย. (2551). ความต้องการบริการด้านการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธงชัย คูเพ็ญวิจิตรตระกูล. (2553). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านปลวกแดง อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญญา สนิทวงศ์ ณ อยุธยา. (2542). การประเมินรูปแบบบริการที่จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน:เน้นการให้บริการของศูนย์สังเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน: คณะสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพฯ : สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- บุศรินทร์ ผัดวง. (2550). การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุษรา ศรีสุพัฒน์. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อน การจำหน่าย. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจาก ประสบการณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.): แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ: นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พินดา โยวะผุย และคณะ. การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. (2545). สูงอายุวิทยาศึกษา: กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2535). ทักษะชีวิตเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.): วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. (2541). ความพร้อมของชุมชนในการดูแลและให้บริการสำหรับผู้สูงอายุ: งานวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ. (2540). โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ: ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและผู้สูงอายุ ตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545 – 2550 (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: คิว พี จำกัด.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ. (2543). รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- วราเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ. (2553). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยระบบการดูแลระยะยาว เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อวัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภณาการพิมพ์ จำกัด: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- วันเพ็ญ วงศ์จินตรา. (2539). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วาทีณี บุญชะลักซี่ และ ยุพิน วรสิริอมร. (2009). ภาคเอกชนกับให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทย: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2552). รายงานการศึกษาโครงการปรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสงดี. (2533). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโรง การพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินยา สุริยะฉาย. (2552). การประเมินผลความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในตำบลบางไทรป่า อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัย ศิลปากร.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิด และวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ (พิมพ์ ครั้งที่ 2 ed.). กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพันธุ์ สาส์ดี และคณะ. (2552). รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการการศึกษาสถานดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). ปัญหา ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน: ข้อมูลจาก ผู้สูงอายุ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีตัวอย่าง การจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สุจิตรา ผลประไพ และคณะ. (2538). การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวน องค์ความรู้และ สถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) และ

- สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพหุศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2542). ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: สมาคมพหุศาสตร์วิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทิน อ่อนอุบล. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ. (ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุธีรา นัยจันทร์. (2531). การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุติดเตียงและครอบครัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: นิชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุรกุล เจนอบรม. (2543). วิทยาการผู้สูงอายุ(Gerontology). ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. .
- อัจฉรา เอ็นซ์ และ ปรียา รุ่งโสภาสกุล. (2541). การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1 ed.). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุซุกร เหมือนเดช. (2552). ความต้องการได้รับสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล จังหวัดสมุทรปราการ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายละเอียดคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์

(จากแบบสอบถามการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550)

ปก

คำถามข้อ 4 ในเขตเทศบาล ED.....BLK.....
นอกเขตเทศบาล ED.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- คำถามข้อ A1 เพศของผู้สูงอายุ
1..... ชาย
2..... หญิง
- คำถามข้อ A2 อายุของผู้สูงอายุ
(ถ้าอายุไม่เกิน 97 ปี ให้คัดลอกจากแบบ สรจ.3 แต่ถ้ามากกว่า 97 ปีให้บันทึกตามจริง)
- คำถามข้อ A4 สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุ
1..... โสด
2..... สมรสและคู่สมรสอยู่ในครอบครัวเดียวกัน
3..... สมรสและคู่สมรสไม่ได้อยู่ในครอบครัวเดียวกัน
4..... หม้าย
5..... หย่า
6..... แยกกันอยู่/เลิก
- คำถามข้อ A6 การศึกษาของผู้สูงอายุ
1..... ไม่เคยเรียน
2..... ประถมศึกษา
3..... มัธยมศึกษาตอนต้น
4..... มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
5..... ปวส./ปวท./อนุปริญญา
6..... ปริญญาตรีและสูงกว่า
7..... อื่นๆ (ระบุ)

ตอนที่ 3 การทำงานและรายได้

- คำถามข้อ A79 รายได้ของผู้สูงอายุ
“ท่านมีรายได้จากทุกแหล่งในการเลี้ยงชีพตนเองหรือครอบครัว โดยเฉลี่ยปีละเท่าใด”
- 1..... ไม่มีรายได้
 - 2..... ต่ำกว่า 10,000 บาท
 - 3..... 10,000 – 19,000 บาท
 - 4..... 20,000 – 29,000 บาท
 - 5..... 30,000 – 49,000 บาท
 - 6..... 50,000 – 99,000 บาท
 - 7..... 100,000 – 299,000 บาท
 - 8..... 300,000 บาทขึ้นไป

ตอนที่ 5 ภาวะสุขภาพ

- คำถามข้อ B21 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือไม่
- 0..... ไม่มี
 - 1..... มี
 - 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- คำถามข้อ B22 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่
- 0..... ไม่มี
 - 1..... มี
 - 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- คำถามข้อ B23 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือไม่
- 0..... ไม่มี
 - 1..... มี
 - 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- คำถามข้อ B24 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจหรือไม่
- 0..... ไม่มี
 - 1..... มี
 - 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- คำถามข้อ B25 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งหรือไม่
- 0..... ไม่มี
 - 1..... มี
 - 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ

- คำถามข้อ B26 ปัจจุบันท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์หรือไม่
 0..... ไม่มี
 1..... มี
 2..... ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ
- คำถามข้อ B28 ท่านสามารถทำกิจกรรมการกินอาหารด้วยตนเองได้หรือไม่
 0..... ทำเองไม่ได้เลย
 1..... ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย
 2..... ทำได้ด้วยตนเอง
- คำถามข้อ B29 ท่านสามารถทำกิจกรรมการใส่เสื้อผ้าด้วยตนเองได้หรือไม่
 0..... ทำเองไม่ได้เลย
 1..... ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย
 2..... ทำได้ด้วยตนเอง
- คำถามข้อ B30 ท่านสามารถทำกิจกรรมการอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา (รวมทั้งทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย) ด้วยตนเองได้หรือไม่
 0..... ทำเองไม่ได้เลย
 1..... ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย
 2..... ทำได้ด้วยตนเอง

ตอนที่ 7 การเข้าร่วมกิจกรรม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

- คำถามข้อ C1 ท่านเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม/ชมรม ผู้สูงอายุ หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก
- คำถามข้อ C3 ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มฌาปนกิจ หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก
- คำถามข้อ C5 ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มอาชีพ หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก
- คำถามข้อ C7 ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มแม่บ้าน หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก
- คำถามข้อ C9 ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มสหกรณ์/กลุ่มออมทรัพย์ หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก

- คำถามข้อ C11 ท่านเป็นสมาชิกของกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน หรือไม่
 0..... ไม่เป็นสมาชิก
 1..... เป็นสมาชิก

ตอนที่ 10 ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

คำถามข้อ C60 อายุของผู้ดูแล (ระบุอายุจริง)

คำถามข้อ C61 การศึกษาของผู้ดูแล

“ท่านจบการศึกษาระดับสูงในระดับใด”

- 1..... ไม่เคยเรียน
 2..... ประถมศึกษา
 3..... มัธยมศึกษาตอนต้น
 4..... มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 5..... ปวส./ปวท./อนุปริญญา
 6.....ปริญญาตรีและสูงกว่า

คำถามข้อ C62 อาการท้องผูกในผู้สูงอายุสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้ด้วยอาหารชนิดใด

- 1..... ดื่มน้ำหรือนม
 2..... รับประทานผักหรือผลไม้
 3..... รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์
 4..... รับประทานอาหารประเภทแป้ง
 5..... อื่นๆ (ระบุ).....

คำถามข้อ C63 ผู้สูงอายุควรได้ดื่มน้ำสะอาด (รวมทั้งอาหารเหลว น้ำผลไม้ ชุป) วันละกี่แก้ว

- 1..... น้อยกว่า 8 แก้ว
 2..... 8 – 14 แก้ว
 3..... มากกว่า 14 แก้ว

คำถามข้อ C64 ถ้าผู้สูงอายุมีไข้สูงเป็นเวลานานมากกว่า 2 วัน ท่าน(ผู้ดูแล) ควรทำอะไร

- 1..... ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัว
 2..... ให้ทานยาลดไข้
 3..... ใช้ผ้าเย็นเช็ดตัว และให้กินยาลดไข้
 4..... พาไปพบแพทย์
 5..... อื่นๆ (ระบุ).....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายธฤชณู แสงจันทร์ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย ฉะเชิงเทรา ในปีการศึกษา 2544 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต หลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเอกสื่อสารมวลชน วิชาโทรัฐศาสตร์ จากคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2550 จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ระหว่างกำลังศึกษาได้เข้าทำงานที่ฝ่ายวิจัยของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในตำแหน่งผู้ช่วยนักวิจัย ประจำโครงการสถานการณ์ชายฝั่งทะเล และความมั่นคงในชีวิตมนุษย์ ปัจจุบันทำงานตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริการการศึกษา (วิชาการศึกษา) คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY