

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น ตอน ประกอบด้วย

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
- ตอนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ
- ตอนที่ 3 ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายที่ประเมินจากความรู้สึกของผู้ตอบ
- ตอนที่ 4 ความเป็นปึกแผ่นภายในครอบครัว
- ตอนที่ 5 ความเป็นปึกแผ่นภายนอกครอบครัว

สำนักหอสมุด

แบบสอบถามเรื่อง

“ความเป็นปึกแผ่นภายในและภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุ :
เฉพาะกรณีศึกษา ชำราชกรเกษียณอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร”

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง

กรุณาทำเครื่องหมาย/ ลงในช่อง () และ ใส่ตัวเลขหรือข้อความในช่อง
ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับคุณลักษณะของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

() หญิง

() ชาย

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)

()ปริญญาตรี

()ปริญญาโท

()ปริญญาเอก

() อื่น ๆ (โปรดระบุ)

4. สถานภาพการสมรส

() สมรส และ อยู่ด้วยกัน

() สมรส แต่ แยกกันอยู่

() โสด

() หม้าย

() หย่าร้าง

5. จำนวนบุตร คน

หญิง คน

ชาย คน

6. สังกัด กรม กระทรวง

7. ระดับ ชี

8. ท่านเกษียณอายุเมื่อปี พ.ศ.

9. ปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน บาท

รายได้จาก บำนาญ บาท

จากบุตร / หลาน บาท

จากแหล่งอื่น ๆ (โปรดระบุ) บาท

10. ท่านคิดว่า รายได้ของท่านเพียงพอหรือไม่

() “เหลือกินเหลือใช้” () “พออยู่ได้”

() “ชักหน้าไม่ถึงหลัง”

11. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

() อยู่คนเดียวตามลำพัง () อยู่กับสามี / ภรรยา

() อยู่กับบุตร / หลาน () อยู่กับญาติ

() อยู่กับคนอื่น ๆ (โปรดระบุ)

กรณีที่ท่านพักอาศัยอยู่กับบุตร (กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้)

12. เพศของบุตรที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย

() หญิง () ชาย

13. ลำดับที่ของบุตรที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย

() บุตรคนโต () บุตรคนกลาง

() บุตรคนสุดท้าย () อื่น ๆ (โปรดระบุ)

14. สถานภาพการสมรสของบุตรท่าน

() สมรส และ อยู่ด้วยกัน () สมรส แต่ แยกกันอยู่

() โสด () หม้าย

() หย่าร้าง

เจ้าหน้าที่หอสมุด

ส่วนที่ 2

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () และ

ใส่ตัวเลขหรือข้อความในช่อง ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับคุณลักษณะ
ของท่านในปัจจุบัน

1. ในความคิดของท่าน ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านในขณะนี้เป็นอย่างใด

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สุขภาพดี | <input type="checkbox"/> สุขภาพดีปานกลาง มีป่วยบ้างเป็นบางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> สุขภาพไม่ค่อยดี เจ็บป่วยบ่อย ๆ แอด ๆ บ่อย | |

2. เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่อายุรุ่นราวคราวเดียวกัน ท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างใด

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> สุขภาพแข็งแรงกว่าคนอื่น | <input type="checkbox"/> สุขภาพเหมือนคนอื่น |
| <input type="checkbox"/> สุขภาพแยกว่าคนอื่น | |

3. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัว / โรคเรื้อรังหรือไม่

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว / โรคเรื้อรัง | <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว / โรคเรื้อรัง (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคไต |
| <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินหายใจ |
| <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม / อักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้ |
| <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> โรคเกี่ยวกับสายตา |
| <input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ (ระบุ) | |

4. ท่านมีโรคใดบ้างที่เป็นก่อนเกษียณอายุราชการ

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคไต |
| <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินหายใจ |
| <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม / อักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้ |
| <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> โรคเกี่ยวกับสายตา |
| <input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ (ระบุ) | |

5. ท่านมีโรคใดบ้างที่เป็น**หลังเกษียณอายุราชการ**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคไต |
| <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินอาหาร | <input type="checkbox"/> ระบบทางเดินหายใจ |
| <input type="checkbox"/> ข้อเสื่อม / อักเสบ | <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ |
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคภูมิแพ้ |
| <input type="checkbox"/> โรคผิวหนัง | <input type="checkbox"/> โรคเกี่ยวกับสายตา |
| <input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ (ระบุ) | |

6. กล่าวโดยทั่วไป **ปัจจุบัน**นี้ท่านรู้สึกว่าคุณมี "ความสุข" มากเพียงใด

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> มีความสุขมาก | <input type="checkbox"/> มีความสุขพอสมควร |
| <input type="checkbox"/> ไม่ค่อยมีความสุข | <input type="checkbox"/> ดูเหมือนจะมีแต่ "ทุกข์" |

7. **ชีวิตปัจจุบัน**เมื่อเปรียบเทียบกับ**ชีวิตช่วงก่อนเกษียณ** ความรู้สึก "สุขกายสบายใจ" ของท่านเป็นแบบใด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ท่านรู้สึกมีความสุขมากกว่า | <input type="checkbox"/> ท่านรู้สึกมีความสุขพอ ๆ กัน |
| <input type="checkbox"/> ท่านรู้สึกมีความสุขน้อยกว่า | |

8. **ชีวิตปัจจุบัน**เมื่อเปรียบเทียบกับ**ชีวิตช่วงก่อนเกษียณ**ความสุขทางกาย ("สุขกาย") ของท่านเป็นแบบใด

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ท่านสุขกาย มากกว่า | <input type="checkbox"/> ท่านสุขกาย พอ ๆ กัน |
| <input type="checkbox"/> ท่านสุขกาย น้อยกว่า | |

9. **ชีวิตปัจจุบัน**เมื่อเปรียบเทียบกับ**ชีวิตช่วงก่อนเกษียณ**ความสุขทางใจ ("สบายใจ , สุขใจ") ของท่านเป็นแบบใด

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ท่านมีความสุขใจ มากกว่า | <input type="checkbox"/> ท่านมีความสุขใจ พอ ๆ กัน |
| <input type="checkbox"/> ท่านมีความสุขใจ น้อยกว่า | |

เจ้าหน้าที่หอสมุด

ส่วนที่ 3

คำชี้แจง

ข้อมูลสมรรถภาพทางร่างกายที่ประเมินจากความรู้สึกของผู้ตอบ

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ และ ทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในช่อง ตามคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น / ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

| | ข้อความ | จริง เป็น อย่าง ยิ่ง | จริง | ไม่แน่ใจ | ไม่จริง | ไม่จริง เป็น อย่างยิ่ง |
|----|--|-------------------------------|------|----------|---------|------------------------------|
| 1 | สายตาของท่านมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน โดยไม่ต้องสวมแว่น (ยกเว้นเวลาอ่านหนังสือ) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | ท่านสามารถฟังและได้ยินเสียงต่าง ๆ ได้ชัดเจนดี | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | ท่านมีการมองเห็นปกติ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | ท่านสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดี | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | การย่อยอาหารของท่านปกติ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | การขับถ่ายปัสสาวะของท่านเป็นปกติ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | ท่านสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | โดยทั่วไปท่านสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | ท่านมักนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | ท่านมักรู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | ท่านมักรู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | ท่านรู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | ท่านคิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ส่วนที่ 4 ความเป็นปึกแผ่นภายในครอบครัว

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ และ ทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในช่อง

ตามคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น / ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

| | ข้อความ | เห็นด้วย อย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง |
|----|---|-----------------------|----------|----------|-----------------|------------------------------|
| 1 | บุตรหลานจะมาดูแลท่าน เมื่อยามท่านเจ็บป่วยเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | บุตรหลานมักไม่ค่อยสนใจคำขอของท่าน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกน้อยใจกับการกระทำที่บุตรหลานแสดงออกต่อท่าน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | ท่านมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ๆ ของครอบครัวเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | ถึงแม้ว่าจะอยู่กับบุตรหลานในบ้านก็ตาม แต่บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกว่า “เหงา” | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | ท่านและบุตรหลานมีโอกาสไปพักผ่อนนอกบ้านร่วมกันบ่อย ๆ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | บางวันท่านแทบไม่ได้พูดคุยกับบุตรหลานของท่านเลย | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | บุตรหลานมักเป็นธุระให้ท่าน แม้บางครั้งท่านไม่ได้ออกไปกขอก็ตาม | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | ท่านมีส่วนช่วยทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เลี้ยงสัตว์ หรือ ดูแลบุตรหลาน เป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | ท่านและบุตรหลานเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | ท่านติดต่อพูดคุยกับบุตรหลานเสมอ เมื่ออยู่ห่างไกลกัน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | ท่านรับประทานอาหารเย็นร่วมกับบุตรหลานเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | ดูเหมือนว่า ท่านจำเป็นต้องดูแลเรื่องการกินการอยู่ด้วยตัวเองอยู่บ่อย ๆ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | บุตรหลานยอมรับฟังคำสั่งสอน และ คำตักเตือนของท่าน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | ท่านรู้สึกว่า การพูดจาหรือท่าทีของบุตรหลาน ทำให้ท่านเกิดความรู้สึกน้อยใจบ่อย ๆ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | ครอบครัวของท่านมีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | บุตรหลานให้ความสำคัญท่าน โดยการปรึกษาหารือเกี่ยวกับกิจการต่าง ๆ ในครอบครัว | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | ท่านรู้สึกมีความสุขกับการอยู่กับบุตรหลาน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | บุตรหลานยังคงเชื่อฟังและทำตามคำแนะนำของท่านเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | ท่านได้พูดคุยกับบุตรหลานเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21 | เมื่อบุตรหลานมีปัญหาด้านใด ท่านจะยื่นมือไปช่วยเหลือเสมอ เท่าที่จะสามารถทำได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 22 | ท่านรู้สึกว่าคุณตรหลานมักจะไม่ค่อยใส่ใจกับคำกล่าว ตักเตือนของท่าน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23 | ท่านมักทำหน้าที่แก้ไขปัญหาหรือไกล่เกลี่ยเมื่อเกิด ความขัดแย้งในครอบครัวเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24 | ท่านและบุตรหลานมีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกัน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25 | บุตรหลานเป็นธุระจัดหาของใช้ประจำวัน เสื้อผ้า และของใช้ ส่วนตัวให้ท่านเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26 | ท่านรู้สึกว่าคุณและบุตรหลานมีความห่วงใยและ เอื้ออาทรต่อกันเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 27 | บ่อยครั้งที่ท่านไม่สามารถตักเตือนการกระทำของบุตรหลาน ที่ท่านเห็นว่าไม่สมควรกระทำได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28 | บุตรหลานจะโทรมาถามทุกข์สุขท่านเสมอ เมื่อต้องอยู่ ห่างไกลกัน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29 | ท่านรู้สึกว่าคุณและบุตรหลานจะอาศัยร่วมบ้านเดียวกัน แต่ก็เหมือนต่างคนต่างอยู่ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30 | บุตรหลานดูแลเอาใจใส่ท่านเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31 | ท่านและบุตรหลานมีกิจกรรมสนุกสนานร่วมกันบ่อย ๆ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 32 | เมื่อบุตรหลานมีปัญหาใด จะขอคำปรึกษาหารือ หรือ ความ ช่วยเหลือจากท่าน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33 | เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องใด บุตรหลานจะพยายามช่วยเหลือ ท่านเท่าที่จะสามารถทำได้เสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34 | บางครั้งท่านรู้สึกว่าคุณและบุตรหลานไม่ค่อยเข้าใจ ซึ่งกันและกัน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 35 | บุตรหลานให้ความเคารพนับถือท่านเป็นอย่างมาก | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

ส่วนที่ 5 ความเป็นปึกแผ่นภายนอกครอบครัว

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ และ ทำเครื่องหมาย รอบตัวเลขในช่อง
ตามคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็น / ความรู้สึกของท่านมากที่สุด

| | ข้อความ | เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง | เห็น ด้วย | ไม่ แน่ใจ | ไม่เห็น ด้วย | ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง |
|----|--|-------------------------------|--------------|--------------|-----------------|----------------------------------|
| 1 | ท่านมีเพื่อนที่ไว้ใจได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | ท่านติดต่อพูดคุยกับเพื่อนเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | ท่านติดต่อเยี่ยมเยียนเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | ท่านกับเพื่อน ๆ ติดต่อสอบถาม “สารทุกข์สุกดิบ” กันเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | ท่านรู้สึกสบายใจทุกครั้งที่ได้พูดคุยหรือพบปะกับเพื่อน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | ท่านและเพื่อนมักทำกิจกรรมที่ชอบร่วมกันเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7 | ท่านจะรู้สึกเหงา เมื่อไม่ได้ติดต่อพูดคุยกับเพื่อน | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | เมื่อท่านประสบปัญหาใด ๆ ก็สามารถปรึกษาหารือกับเพื่อนได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | ท่านและเพื่อนของท่านต่างดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | ท่านได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนอยู่เสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | เพื่อนมักจะปรึกษาหารือ กับท่านเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหา | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | ท่านมักพบปะสังสรรค์กับเพื่อนเป็นประจำในยามว่าง | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | ท่านให้ความช่วยเหลือเพื่อนในยามจำเป็น | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | ท่านและเพื่อนนัดรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | ท่านแทบจะไม่มีเพื่อนที่พอจะปรับทุกข์ของท่านได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16 | ทุกวันนี้ท่านรู้สึกผูกพันกับเพื่อนของท่านเป็นอย่างมาก | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17 | ท่านและเพื่อนของท่านมีความเข้าใจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18 | ท่านรู้สึกว่า ท่านและเพื่อนมีความห่วงใยและเอื้ออาทร กันและกันเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19 | ท่านกับเพื่อนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20 | ท่านและเพื่อนต่างให้กำลังใจกันและกันเมื่อยามมีทุกข์ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21 | เมื่อท่านมีปัญหา ท่านได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนเสมอ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22 | เพื่อนส่วนใหญ่ของท่านสามารถปรับทุกข์กันได้ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23 | เมื่อท่านและเพื่อนไม่มีโอกาสพบปะกันโดยตรง แต่พวกท่านก็ยัง ติดต่อกันทางอื่นอยู่เป็นประจำ | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

“ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง”