ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ*

FACTORS INFLUENCING LONELINESS IN OLDER ADULTS

*สมหมาย กุมผัน, พยบ. (Sommai Gumphun, BNS.) ***
*โสภิณ แสงอ่อน, RN, Ph.D. (Sopin Sangon, RN, Ph.D.) ****
*พัชรินทร์ นินทจันทร์, RN, Ph.D. (Patcharin Nintachan, RN, Ph.D.) *****

Abstract

Objective: The aim of this predictive research was to examine factors influencing loneliness in older adults. The selected factors included age, marital status, health status, family relations, sense of belonging, and social support.

Methods: The study sample consisted of 116 older adults in a community, Phetchaburi Province. Multi–stage random sampling was used to select the samples. Data were collected during April – May 2015. The research instruments included the Set Test, demographic data questionnaire, Health Status Scale, Family Relationships Assessment Scale, Sense of Belonging Instrument, Psychological (SOBI-P), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Loneliness Scale. The data were analyzed using descriptive statistics and Hierarchical multiple regression.

Results: The results revealed that age, marital status, health status, family relations, sense of belonging, and social support could jointly explain 56% of the variance in loneliness in older adults. Factors significantly predicted loneliness in older adults were social support, health status, and sense of belonging. However, age, marital status, and family relations did not emerge as a significant predictor of loneliness in older adults. Results from this study could be utilized to prevent and reduce loneliness in older adults by promoting social support and a sense of belonging and minimizing health problems in older adults.

Keywords: Loneliness, Older adults

** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*
*** นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*
**** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email: sopin.san@mahidol.ac.th*
***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

-17-0318(050-068).indd 50 5/26/60 BE 10:27 AM

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 116 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2558 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบทดสอบหมวดหมู่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวแบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความว้าเหว่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบลำดับชั้น

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 ปัจจัยที่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ส่วนอายุ สถานภาพสมรส และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่พบอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ผลการวิจัย ให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและลดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และลดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความว้าเหว่ ผู้สูงอายุ

ความสำคัญของปัญหา

จากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในปัจจุบัน ทำให้ประชากรทั่วทุกมุมโลกมีอายุยืนยาวขึ้น แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนไป ซึ่งจากคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดว่า ประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ให้ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 10 ของประเทศ แสดงว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เรียบร้อยแล้ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ส่งผลทำให้โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนไป ซึ่งทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมามากมาย ได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐที่ไม่ทั่วถึง ปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่เกิดจากภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวส่วนใหญ่ร้อยละ 51.2

มักมีความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ รองลงมาร้อยละ 27.5 มีปัญหาไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 15.7 ประสบปัญหาการเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 5.2 ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน และร้อยละ 0.4 มีปัญหาด้านอื่น ๆ

ความว้าเหว่เป็นความไม่สุขสบายใจของผู้สูงอายุ ที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับเพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ความว้าเหว่ในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้มากในทุกสังคม (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าเหว่ร้อยละ 19.3 - 46 (Dahlberg & Mckee, 2013; Luo & Waite, 2014; Perissinotto, Cenzer, & Covinsky, 2012; Theeke, 2009; Vlaming, Haveman-Nies, Groeniger, Groot, & Veer, 2014) และในประเทศไทย ได้มีการศึกษาความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในภาคเหนือที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดสุโขทัยพบความว้าเหว่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 59 (สุพรรณี นันทชัย, 2534) และร้อยละ 85.33 (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2551) ตามลำดับ ส่วนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าเหว่ระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 91.3 (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547) และภาคกลาง ศึกษาในจังหวัดชัยนาท พบผู้สูงอายุมีความว้าเหว่ระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 66.7 (Sampao, 2005) สำหรับการศึกษาในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล พบการศึกษาในจังหวัดสงขลา และจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่ามีความว้าเหว่ระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 44.5 (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2547) และการศึกษาของเพ็ญพโยม เชยสมบัติ (2547) พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความว้าเหว่อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{X}$ = 1.95 คะแนน) จะเห็นได้ว่าความว้าเหว่เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้มากในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ความว้าเหว่ยังมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่มีการออกกำลังกายลดลง (Luo & Waite, 2014) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Perissinotto et al., 2012) ภาวะสุขภาพโดยรวมลดลง (สุพรรณี นันทชัย, 2534; Luo & Waite, 2014) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (Luo & Waite, 2014; Perissinotto et al., 2012) สำหรับด้านจิตใจและสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่จะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น (Sampao, 2005) ความผาสุกทางใจลดลง (พิศมัย สิโรตมรัตน์, 2553) มีกิจกรรมยามว่างลดลง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (Luo & Waite, 2014)

จากการที่ความว้าเหว่มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคมของผู้สูงอายุ จึงมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 9 – 30 (Dahlberg & Mckee, 2013; Gerst – Emerson, Shovali, & Markides, 2014; Kim, 1999; Prieto-Flores, Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Rojo-Perez, & Martinez-Martin, 2011; Taube, Kristensson, Midlov, Holst, & Jakobsson,

2013; Theeke, 2009) และสำหรับในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 46 – 61 (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; ธิดา มีศิริ, 2541; นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2547; วาสนา ปรากฎวงศ์, 2551; สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537; สุพรรณี นันทชัย, 2534) แม้งานวิจัยที่ผ่านมาจะสามารถอธิบายความแปรปรวนในความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้พอสมควร แต่ก็แสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นที่น่าจะมีความสำคัญและร่วมอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้มากขึ้น และจะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้มากขึ้นด้วย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ เนื่องจากความว้าเหว่เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยที่มีต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุจะมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและนำไปเป็นแนวทางป้องกันการเกิดความว้าเหว่ รวมถึงลดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลต่อการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ปัจจัยแต่ละตัวที่เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ได้แก่ อายุ (β = .15) (วาสนา ปรากฎวงศ์, 2551) สถานภาพสมรส (β = - .41) (Gerst – Emerson et al., 2014) ภาวะสุขภาพ (β = - .60) (สุพรรณี นันทชัย, 2534) สัมพันธภาพในครอบครัว (β = - .57) (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547) การสนับสนุนทางสังคม (β = - .58) (Kim, 1999) และความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (β = - .22) (Prieto-Flores et al., 2001) สำหรับปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม จากทฤษฎีพบว่าเป็นปัจจัยที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มหรือสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุด้วย (Prieto-Flores et al., 2011) ซึ่งในประเทศไทยมีผู้นำปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการรับรู้สภาพสิ่งแวดล้อมละแวกบ้านของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียซื่อ, 2556) แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจัยที่ผู้วิจัยได้เลือกมาในครั้งนี้ ยังไม่มีผู้ศึกษาในโมเดลเดียวกัน เพื่อจะอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้น่าจะสามารถร่วมกันอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และสถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) และปัจจัยด้านจิตสังคม (สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม) และความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการร่วมกันทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และสถานภาพสมรส) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) และปัจจัยด้านจิตสังคม (สัมพันธภาพในครอบครัว

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม) กับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ความว้าเหว่ คือ ความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับเพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ทำให้เกิดความรู้สึกในแง่ลบ เช่น ความเบื่อ ความกระวนกระวายใจ ไม่มีความสุข เป็นต้น และทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์นั้น (Russell et al., 1980) ซึ่งปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ดังนี้

อายุ การเกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุเกิดได้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถและความปรารถนาที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และอายุที่มากขึ้นอาจจะมีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น โอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคม และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นก็ลดน้อยลง อายุจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ (วาสนา ปรากฏวงค์, 2551; สุพรรณี นันทชัย, 2534; Dahlberg & Mckee, 2013; Theeke, 2009) และเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (วาสนา ปรากฏวงค์, 2551; Taube et al., 2013)

สถานภาพสมรส จากผลงานวิจัยมากกว่า 20 ประเทศ พบว่า ความว้าเหว่จะพบได้น้อยในบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสสามารถเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความว้าเหว่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยก (Perlman & Peplau, 1998) และสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2547; Dahlberg & Mckee, 2013; Gerst – Emerson et al., 2014; Stessman, Rottenberg, Shimshilashvili, Ein-Mor, & Jacobs, 2013; Theeke, 2009)

ภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบแผนการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการคงไว้ซึ่งโอกาสในการร่วมกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; ธิดา มีศิริ, 2541; วาสนา ปรากฏวงศ์, 2551; สุพรรณี นันทชัย, 2534; Gerst – Emerson et al., 2014; Theeke, 2009; Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005) และภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; ธิดา มีศิริ, 2541; วาสนา ปรากฏวงศ์, 2551; สุพรรณี นันทชัย, 2534; Stessman et al., 2013; Taube et al., 2013; Theeke, 2009; Victor et al., 2005)

สัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวถือเป็นแหล่งที่คอยดูแล สนับสนุน และสามารถ

ปกป้องความว้าเหว่ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นสัมพันธภาพที่ใช้แลกเปลี่ยนและใกล้ชิดมากที่สุดของผู้สูงอายุ (de Jong Gierveld, Tilburg, & Dykstra, 2006) ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2547)

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความรัก ความผูกพัน รู้สึกมั่นคงปลอดภัย คุ้นเคยกับถิ่นที่อยู่อาศัย และมีความผูกพันกับเพื่อนบ้านที่อยู่กันมานาน (ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียซื่อ, 2556) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน ความเข้าใจ การสนับสนุน และช่วยเหลือกันในผู้สูงอายุ (McMillan & Chavis, 1986) และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงมีความสัมพันธ์เชิงลบและเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (Prieto-Flores et al., 2001)

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางจิตใจ (Cobb, 1976) ด้วยข้อจำกัดทางด้านร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุจึงมีสังคมที่แคบลง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง รวมถึงการเข้ารับบริการด้านต่าง ๆ มีความลำบากมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบและเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537; Kim, 1999; Wang et al., 2011)

ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและปัจจัยด้านจิตสังคมได้แก่สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะมีความสัมพันธ์และร่วมกันทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ ดังแผนภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

อายุ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป และอาศัยอยู่ที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี และกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในชุมชนในอำเภอหนึ่งของจังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2558 กำหนดเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) ไม่มีปัญหาเรื่องสมรรถภาพสมองประเมินโดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนนขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยินจนไม่สามารถสื่อสารได้

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการ Power analysis โดยใช้ตารางของโคเฮน (Cohen, 1992) โดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 และค่าขนาดอิทธิพลในระดับ Medium เนื่องจากตัวแปรอิสระที่ศึกษาทั้ง 6 ตัว คือ อายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ศึกษาพบว่าทุกตัวแปรมีงานวิจัยสนับสนุนถึงอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบลำดับชั้น เมื่อเปิดตารางโคเฮนได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 97 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและควบคุมความคลาดเคลื่อน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 116 ราย

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มตำบลในเขตอำเภอแห่งหนึ่ง จากทั้งหมด 10 ตำบล สุ่มมาทั้งหมด 2 ตำบล ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนจำนวนประชากรของแต่ละตำบล ได้กลุ่มผู้สูงอายุในตำบลที่ 1 จำนวน 44 คน และตำบลที่ 2 จำนวน 72 คน และขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย โดยสุ่มเลือกผู้สูงอายุในเขตตำบลที่ 1 ทั้ง 4 หมู่ หมู่ละ 11 คน รวมทั้งสิ้น 44 คน และในเขตตำบลที่ 2 ทั้ง 6 หมู่ หมู่ละ 12 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 2558/140 ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อท่านสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง ตามลำดับ เมื่อได้รับการอนุญาตครบตามขั้นตอนแล้ว จึงเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและลงชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ ไม่มีการแจ้งชื่อผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า ได้แก่ แบบทดสอบหมวดหมู่ พัฒนาโดยไอแซคส์และอัคตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972, as cited in Isaacs & Kennie, 1973) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับการนึกคิดและการจำ มีทั้งหมด 4 หมวด ได้แก่ สี สัตว์ ผลไม้ และจังหวัด (หรืออำเภอ) หมวดหมู่ละ 10 ข้อ/10 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 40 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 25 คะแนน จึงถือว่าการนึกคิดและความจำปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ปัจจุบันต่อเดือน ที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ งานอดิเรก ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ พัฒนาโดยวาสนา ปรากฏวงศ์ (2552) จากแนวคิดของเฮนเดอร์สัน (Henderson, 1966) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จากการนำแบบประเมินนี้

ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .50 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .63

2.3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ของพวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538) ตามแนวคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman, 1986) และมอร์โรว์และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961 อ้างในพวงผกา ชื่นแสงเนตร, 2538) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 3 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 45 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี คะแนนต่ำหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จากการนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .74 และจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

2.4 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมของฮาเกอร์ตีและพาตัสคี (Hagerty & Patusky, 1995, as cited in Hagerty, Williams, & Oe, 2002) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย โดยโสภิณ แสงอ่อน (Sangon, 2001) มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16 – 64 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมาก จากการนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .83 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

2.5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยไซเมท, ดาห์เลม, ไซเมท, และฟาร์เลย์ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดยทินกร วงศ์ปการันย์, ณหทัย วงศ์ปการันย์, และรักษ์ รักถากูล (Wongpakaran, Wongpakaran, & Ruktrakul, 2011) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 – 84 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จากการนำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .79 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

2.6 แบบสอบถามความว้าเหว่ พัฒนาโดยรัสเซลล์ และคณะ (Russell et al., 1980) แปลเป็นไทยโดยสุพรรณี นันทชัย (2534) มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความว้าเหว่มาก จากการนำแบบสอบนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .84 และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว ผู้ศึกษา

-17-0318(050-068).indd 57 5/26/60 BE 10:27 AM

ขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลยื่นเสนอต่อท่านสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเพชรบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย

2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน อสม. และประธาน อสม. ในแต่ละตำบลเพื่อขอตัวแทนหรืออาสาสมัครในการพาลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล รวมถึงแนะนำตัว ชี้แจงทำความเข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการศึกษา วันที่และเวลาที่ผู้วิจัยจะเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

3. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาระดับพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

4. เข้าพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมก่อนเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์เพื่อคัดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ หากผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อม จึงให้ลงชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และตัวแปรที่ศึกษา และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณโดยใช้เทคนิคการคัดเลือกตัวแปรแบบลำดับขั้น เพื่อวิเคราะห์อำนาจในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลของตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระเท่ากัน ค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และตัวแปรอิสระทุกตัวที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติความถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 72.11 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 54.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 88.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพใกล้เคียงกันร้อยละ 48.3 และ 51.7 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 18.1 มีรายได้อยู่ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท/เดือน และมากกว่า 6,000 บาท/เดือน ใกล้เคียงกันร้อยละ 27.6 และ 26.7 ตามลำดับ แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 99.1 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 68.1 งานอดิเรก คือ ดูโทรทัศน์ ร้อยละ 56.9 อาศัยอยู่กับบุตร/หลานและญาติ และอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลานและญาติใกล้เคียงกัน ร้อยละ 38.8 และ 37.9 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว/ปัญหาสุขภาพร้อยละ 85.3 และโรคประจำตัวที่

พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.1 รองลงมา คือ โรคกระดูกและข้อร้อยละ 33.6 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 74.1 และกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่ คือ ชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.8

2. ความสามารถของตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติความถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบลำดับชั้น ผู้วิจัยได้จัดลำดับตัวแปรในการเข้าสมการตามกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1)ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และสถานภาพสมรส) 2) ปัจจัยด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) และ3) ปัจจัยด้านจิตสังคม (สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม) ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ลำดับที่ 1 อายุ สถานภาพสมรสโสด และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 8 ($p < .05$) และสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) เป็นตัวแปรเดียวที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .29$, $p < .01$) ส่วนอายุ และสถานภาพสมรสโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) ไม่พบอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ลำดับที่ 2 ภาวะสุขภาพที่เพิ่มเข้ามาในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ดังนั้นอายุ สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก และภาวะสุขภาพร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33 ($p < .001$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) และภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุมากที่สุด ($\beta = -.54$, $p < .001$) รองลงมาคือสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ($\beta = .18$, $p < .05$) ส่วนอายุ และสถานภาพสมรสโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) ไม่พบอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ลำดับที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มเข้ามาในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ดังนั้นอายุ สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 56 ($p < .001$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุมากที่สุด รองลง

-17-0318(050-068).indd 59 5/26/60 BE 10:27 AM

มาคือภาวะสุขภาพ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ตามลำดับ (β = - .51, - .22 และ - .21; p < .001, < .01 และ < .05 ตามลำดับ) ส่วนอายุ สถานภาพสมรสโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่พบอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ โดยตัวแปรอายุ สถานภาพสมรสโสด สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการสนับสนุนทางสังคม (n = 116)

โมเดล	ตัวแปร	b	R^2	R^2 Change	F Change	β	t
1	constant	41.66					
	อายุ	- .08	.08	.08	3.18	- .06	- .65
	สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก	6.19				.29	3.09**
	สถานภาพสมรสโสด	2.20				.06	.65
2	constant	99.14					
	อายุ	- .22	.33	.25	42.24	- .16	- 1.97
	สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก	3.67				.18	2.09*
	สถานภาพสมรสโสด	- .98				- .03	- .33
	ภาวะสุขภาพ	- .94				- .54	- 6.50***
3	constant	107.16					
	อายุ	- .10	.56	.23	19.08	- .08	- 1.11
	สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก	- .29				- .01	- .18
	สถานภาพสมรสโสด	- 1.03				- .03	- .41
	ภาวะสุขภาพ	- .40				- .22	- 2.70**
	สัมพันธภาพในครอบครัว	.01				.00	.04
	ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	- .24				- .21	- 2.53*
	การสนับสนุนทางสังคม	- .43				- .51	- 6.32***
Constant (a) = 107.16, R^2 = .56, F = 19.94, p < .001							

*p < .05 ** p < .01 *** p < .001

-17-0318(050-068).indd 60 5/26/60 BE 10:27 AM

การอภิปรายผลการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลมากที่สุด ($\beta = -.51$, $p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำมีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ (สุธีรา ตั้งตระกูล, 2537; Kim, 1999; Wang et al., 2011) จากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ อาจอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่ผู้สูงอายุเข้าใจและรับรู้ว่าตนได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (Zimet et al., 1988) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับนั้นจะก่อให้เกิดการสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับ การเห็นคุณค่า ทำให้เกิดความผูกพันระหว่างบุคคล และทำให้เกิดการสนับสนุนด้านสิ่งของการเงิน หรือแรงงาน (Instrumental Support) แก่ผู้สูงอายุ (House, 1981, as cited in Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำจึงมีความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้น เกิดความไม่สุขสบายใจ และไม่พึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำจึงมีโอกาสเกิดความรู้สึกว้าเหว่ได้สูง

ภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลรองลงมา ($\beta = -.22$, $p < .01$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่ำมีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะสุขภาพสามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; ธิดา มีศิริ, 2541; วาสนา ปรากฏวงศ์, 2552; สุพรรณี นันทชัย, 2534; Stessman et al., 2013; Taube et al., 2013; Theeke, 2009; Victor et al., 2005) จากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ อาจอธิบายได้ว่า ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ส่วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ ดังนั้นภาวะสุขภาพที่ดีจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบแผนการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ รวมทั้งเป็นการคงไว้ซึ่งโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสมดุล แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายขึ้น จึงทำให้ความสามารถประกอบกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดความกังวล

ในการต้องพึ่งพาคนในครอบครัว รวมทั้งภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จึงอาจทำให้สังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีแคบลง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดความไม่สุขสบายใจและไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์นั้น ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำจึงมีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมสามารถร่วมทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลใกล้เคียงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (β = - .21, $p < .05$) หมายถึงว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำมีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้สูง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไพรโต-ฟลอเรส และคณะ (Prieto – Flores et al., 2011) ซึ่งพบว่าความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเป็นปัจจัยทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ จากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ อาจอธิบายได้ว่าความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเองที่รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของระบบหรือสิ่งแวดล้อมในกลุ่มหรือสังคมนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยเติมเต็มความบริบูรณ์ของกลุ่มหรือสังคม ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกเป็นสมาชิก ความมีอิทธิพลเกี่ยวข้องกับสังคม ความเป็นหนึ่งเดียวกันและบรรลุซึ่งความต้องการส่วนบุคคล และความผูกพันกันทางอารมณ์กับคนในสังคม (McMillan & Chavis, 1986) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการ เป็นที่ยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองเหมาะสมกับองค์ประกอบหรือสิ่งแวดล้อมในชุมชน (Hagerty, Lynch-Sauer, Patusky, Bouwsema, & Collier, 1992) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมต่ำ ก็จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่อชุมชนลดลง ไม่เป็นที่ยอมรับ และรู้สึกว่าตนเองไม่เหมาะสมกับชุมชนนั้น ความรู้สึกที่ดีต่อชุมชนที่อยู่อาศัยก็จะน้อยลงตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในกลุ่มหรือสังคมน้อยลง จนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น และมีความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้สูง

อายุ

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุพบว่า อายุไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ แสดงว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นไม่สามารถทำนายการเกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (Dahlberg & Mckee, 2013; Gerst – Emerson et al., 2014; Theeke, 2009) อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุนั้น อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นผู้สูงอายุตอนต้นยังมีความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ

ได้ดี การพึ่งพาผู้อื่นแค่เพียงเล็กน้อย นอกจากนี้ ลักษณะของสังคมชนบทที่ยังมีการยึดมั่นในพระพุทธศาสนา มีการเคารพนับถือผู้สูงอายุ ยึดมั่นความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุทุกช่วงวัยยังได้รับความรัก และการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวและในสังคม จึงอาจทำให้ตัวแปรอายุไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุในการศึกษาในครั้งนี้ได้

สถานภาพสมรส

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุพบว่า สถานภาพสมรสโสด (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) และสถานภาพสมรสหม้าย หย่า และแยก (เปรียบเทียบกับสถานภาพสมรสคู่) ไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; Kim, 1999; Taube et al., 2013) อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุนั้น อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด และหม้าย/หย่า/แยก เป็นสถานภาพที่ขาดคู่ชีวิตไป แต่จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่ายังอาศัยอยู่กับบุตรหลานและญาติพี่น้อง (ร้อยละ 38.8) รวมทั้งพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.5) แสดงถึงผู้สูงอายุก็ได้รับการดูแล ความรัก และช่วยเหลือเป็นอย่างดีด้วย และมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 74.1) จึงทำให้เกิดเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขึ้น และเกิดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเหล่านี้อาจจะมีส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ว่าจะสถานภาพสมรสใดก็ไม่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่

สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่สามารถทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2547) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ไม่พบอิทธิพลของสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่รับรู้สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีก็แสดงถึงการได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุตรหลานและญาติพี่น้องเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความเคารพ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกเป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสเกิดความว้าเหว่ได้น้อยลง และผลการศึกษาที่สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 90.5 เป็นการขาดความหลากหลายของการรับรู้สัมพันธภาพในครอบครัว จึงอาจส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่สามารถแสดงอิทธิพลในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรมีการเน้นการพยาบาลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ

โดยมีการประเมินความว้าเหว่ในผู้สูงอายุทุกคน รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลดังนี้

1. จัดกิจกรรมที่เพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และการเพิ่มกิจกรรมทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้ผู้สูงอายุถึงระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุในยามฉุกเฉินในทุกระดับ ได้แก่ กาชาดจังหวัด ตำรวจชุมชน จิตอาสาในโครงการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านใกล้เคียง

2. จัดกิจกรรมเพื่อลดปัญหาสุขภาพและดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุ เช่น จัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมการดูแลสุขภาพเป็นกลุ่ม/ชมรม เพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. จัดกิจกรรมเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม โดยจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของในชุมชน เช่น การแนะนำให้เป็นสมาชิกในกลุ่มหรือชมรมในชุมชน เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในปัจจัยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุเพิ่มเติม โดยศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ทุกภาคของประเทศไทย เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ทั้งชุมชนเมืองและชนบท เป็นต้น

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุในปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศพบว่าเป็นปัจจัยที่ทำนายความว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ แต่มีการศึกษาค่อนข้างจำกัดในประเทศไทย ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา และปัจจัยที่พบว่ามีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ บุคลิกภาพ เป็นต้น

3. นำความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และความเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาการสร้างโปรมแกรมป้องกัน และลดความความว้าเหว่ในผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภิณ แสงอ่อน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พัชรินทร์ นินทจันทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาตลอดการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ร่างแผนแม่บทสถิติสาขาสุขภาพ.* เข้าถึงเมื่อ 4 เมษายน 2557, จาก http://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=446

ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม. (2547). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษา

-17-0318(050-068).indd 64 5/26/60 BE 10:27 AM

ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ธิดา มีศิริ. (2541). *การศึกษาความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงเยาว์ พลโทพงศ์. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ผจงจิต ไกรถาวร และนพวรรณ เปียซื่อ. (2556). ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและการรับรู้สภาพแวดล้อมละแวกบ้านของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 19*(1), 143 – 156.

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรม ชายฝั่งทะเลตะวันออก จังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความว้าเหว่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วาสนา ปรากฏวงศ์. (2551). *ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2552). *ประชากรและสังคม 2552: ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร.* เข้าถึงเมื่อ 3 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article06_FamilyPatterns.pdf

สุธีรา ตั้งตระกูล. (2537). *การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลที่สำคัญ*

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน 2558, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pocketBook/older-pb50.pdf

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545.* เข้าถึงเมื่อ 6 พฤษภาคม 2557, จาก http://service.nso.go.th/nso/report01_th.jsp?static_id=01&cate_id=1.8&section_id=2

สุพรรณี นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*(6), 843-857. Retrieved August 18, 2014, from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.525.4504&rep=rep1&t ype=pdf

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Dahlberg, L., & Mckee, K. J. (2013). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging & Mental Health, 18*(4), 1-11. doi:10.1080/13 607863.2013.856863

de Jong Gierveld, J., Tilburg, T. v., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.

Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment.* New York: Appleton-Century Crofts.

Gerst-Emerson, K., Shovali, T. E., & Markides, K. S. (2014). Loneliness among very old Mexican American: Findings from the Hispanic established populations epidemiologic studies of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 59*(1), 145-149.

Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*(3), 172-177.

Hagerty, B. M., Williams, R. A., & Oe, H. (2002). Childhood antecedents of adult sense of belonging. *Journal of Clinical Psychology, 58*(7), 793-801.

Henderson, V. (1966). The nature of nursing: *A difinition and its implications for practice, research, and education.*

New York: The Macmillan Company.

Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *The British Journal of Psychiatry, 123*(575), 467-470. Retrieved October 5, 2015, from http://bjp.rcps ych. org/content/bjprcpsych/123/575/467. full.pdf

Kim, O. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant woman living in the United States of America. *Journal of Advanced Nursing, 29*(5), 1082-1088.

Luo, Y., & Waite, L. J. (2014). Loneliness and mortality among older adults in China. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(1), 63-72.

McMillan, D. W., & Chavis, D. (1986). Sense of Community: A definition and theory. *American Journal of Community Psychology, 14*(1), 6-23. Retrieved April 21, 2014, from http://mc7290. bgsu.wikisp aces.net/file/view/ McMillan_1986.pdf

Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 172*(14), 1078-1083. Retrieved March 26, 2014, from http://archinte.jamanetwork. com/article.aspx?articleid=1188033# METHO ODS

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (Vol. 2, pp. 571-581). San Diego, CA: Academic Press.

Prieto-Flores, M.-E., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M. J., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Residential satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health & Place, 17*(6), 1183-1190.

Russell, D. W., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*(3), 472-480.

Sampao, P. (2005). *Relationships of health status, family relations, and loneliness to depression in older adults.* Master's thesis in Nursing Science (Psychiatric and mental health nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

Sangon, S. (2001). *Predictors of depression in Thai women.* Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, United State of America.

Stessman, J., Rottenberg, Y., Shimshilashvili, I., Ein-Mor, E., & Jacobs, J. M. (2013). Loneliness, health, and longevity. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 69*(6),

744-750. Retrieved February 9, 2014, from http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/27/gerona.glt147.full.pdf+html

Taube, E., Kristensson, J., Midlov, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people : Results from the Swedish National Study on Aging and Care-Blekinge. *The Open Geriatric Medicine Journal, 6*(1), 1-10. Retrieved February 9, 2014, from http://bth.diva-portal.org/smash/get/diva2:834607/FULLTEXT01.pdf

Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(5), 1-10.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Aging & Society, 25*(6), 357-375.

Vlaming, R. H.-d., Haveman-Nies, A., Groeniger, I. B.-O., Groot, L. d., & Veer, P. v. (2014). Determinants of trends in loneliness among Dutch older people over the period 2005-2010. *Journal of Aging and Health, 26*(3), 422-440. Retrieved March 26, 2014, from http://jah.sagepub. com/content/26/3/422.full.pdf+html

Wang, G., Zhang, X., Wang, K., Li, Y., Shen, Q., & Ge, X. (2011). Loneliness among the rural older people in Anhui, China: Prevalence and associated factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(11), 1162-1168.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the Multidimentional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai version. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 7*(1), 161-166.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimentional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.