

การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

รัตนา บุญพา พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*

ผจงจิต ไกรถาวร ป.ร.ด. (การพยาบาล)**

นพวรรณ เปี้ยชื่อ Ph.D. (Nursing), APN***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ และ 2) ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

แบบวิจัย: การศึกษาแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย: ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 262 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสุขของฉันทัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และการยอมรับความตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติไคชีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุมียุเฉลี่ย 71.20 ± 7.53 ปี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.8) รับรู้ภาวะสุขภาพกายระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.7) เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 80.5) มีความสุขในชีวิตระดับสูง (ร้อยละ 52.7) และยอมรับความตายในระดับเล็กน้อย (ร้อยละ 57.6) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ($r = .181, p = .003$) และความสุขในชีวิต ($r = .136, p = .028$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ($r = .148, p = .016$) และความสุขในชีวิต ($r = .489, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ: การสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และขาดการสนับสนุนทางสังคม ควรเพิ่มวิธีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคม กิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ คงไว้ซึ่งคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนที่สอดคล้องกับความเชื่อ ประเพณีวัฒนธรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งศรัทธา ความเชื่อ และสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34(2) 112-126

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อยู่ตามลำพัง/ การสนับสนุนทางสังคม/ ภาวะสุขภาพ

วันที่ได้รับ 21 ธค. 61 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 กพ. 62 วันที่รับตีพิมพ์ 14 มค. 62

*นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: phachongchit.kra@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Social Support and Health Status among Community Dwelling Older People Living Alone with Chronic Diseases

Rattana Boonpha M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)*

Phachongchit Kraithaworn Ph.D. (Nursing)**

Noppawan Piaseu Ph.D. (Nursing), APN***

Abstract:

Objective: 1) To describe personal factors, social support, and health status, and 2) To examine relationships among personal factors and social support with health status among community dwelling older people living alone with chronic disease.

Design: Descriptive Correlational Research.

Procedure: The participants were 262 older people living alone with chronic disease in a province of northeastern region were recruited. Data were collected using demographic characteristics and a set of instruments designed to assess happiness in life, social support, perceived health status, depressive symptom, and death acceptance. Descriptive statistics, Biserial correlation, and Spearman's Rank Correlation were used to analyze the data.

Results: The mean age of the sample was 71.20 ± 7.53 years. They had social support at a moderate level (66.8 %), perceived physical health at a fair level (47.7%), depression at a beginning level (80.5 %), happiness at a high level (52.7 %), and death acceptance at a mild level (57.6 %). Correlation analysis revealed that income was correlated with the perceived physical health ($r = .181, p = .003$) and happiness ($r = .136, p = .028$). Social support was correlated with perceived physical health ($r = .148, p = .016$) and happiness ($r = .489, p < .001$).

Recommendations: The four dimensions of health should be enhanced among older people living alone with chronic disease, particularly those with low income and lack of social support. Their access to healthcare and social services should be promoted and provided and vocational activities should be organized for them to earn income to sustain their health and self-esteem. Community activities should be promoted consistently integrated in their beliefs and culture to preserve their faith, beliefs, and mental attachment.

Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(2) 112-126

Keywords: older people living alone with chronic diseases / social support / health status

Received 21 December 2018, Revised 25 February 2019, Accepted 14 January 2019

* Student, Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding Author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: phachongchit.kra@mahidol.ac.th

*** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า มีคู่สมรสที่อาศัยอยู่ลำพังเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนคู่สมรสที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง 2 คน ร้อยละ 23.3 และอยู่คนเดียวตามลำพัง ร้อยละ 10.8 ซึ่งจำนวนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ ถึงแม้จะไม่มีรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังไว้ว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากน้อยเพียงไร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวดูแล^{2,3} รวมทั้ง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุให้ร่างกายเกิดความเสื่อมโทรม และทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนต้องพึ่งพาผู้อื่น⁴ ทางด้านจิตใจผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่มีความสุข สิ้นหวัง และหมดพลัง นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสังคม เช่น แยกตัว ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น⁵ และหากขาดปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ขาดการดูแลสุขภาพจากครอบครัวและสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิต ส่งผลให้ความพึงพอใจ และความสุขในชีวิตลดน้อยลง⁴ และทางด้านการจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกกลัวตายและไม่ยอมรับความตายเพิ่มขึ้น^{6,7}

อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอันเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจะทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสวัสดิการและบริการต่าง ๆ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้⁸ จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในมิติต่าง ๆ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ⁹ ความสุขในชีวิต¹⁰ การยอมรับความตาย¹¹ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า¹²

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น เพศชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่า¹³ ซึมเศร้าน้อยกว่าเพศหญิง¹⁴ ในขณะที่เพศหญิงมีการยอมรับความตายได้ดีกว่าเพศชาย¹⁵ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในด้านบวก¹⁶ และซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า¹⁷ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าและผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้ที่มีศึกษาน้อยและรายได้ต่ำ¹⁸ เป็นต้น

จากการที่จำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ตามลำพังในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ในประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไป ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและอาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน โดยเฉพาะการยอมรับความตาย ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงสนใจศึกษาในประเด็นเหล่านี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล และจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะโรคร่วมอื่นนอกเหนือจากโรคที่เป็นอยู่และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีแบบครบวงจรต่อไป

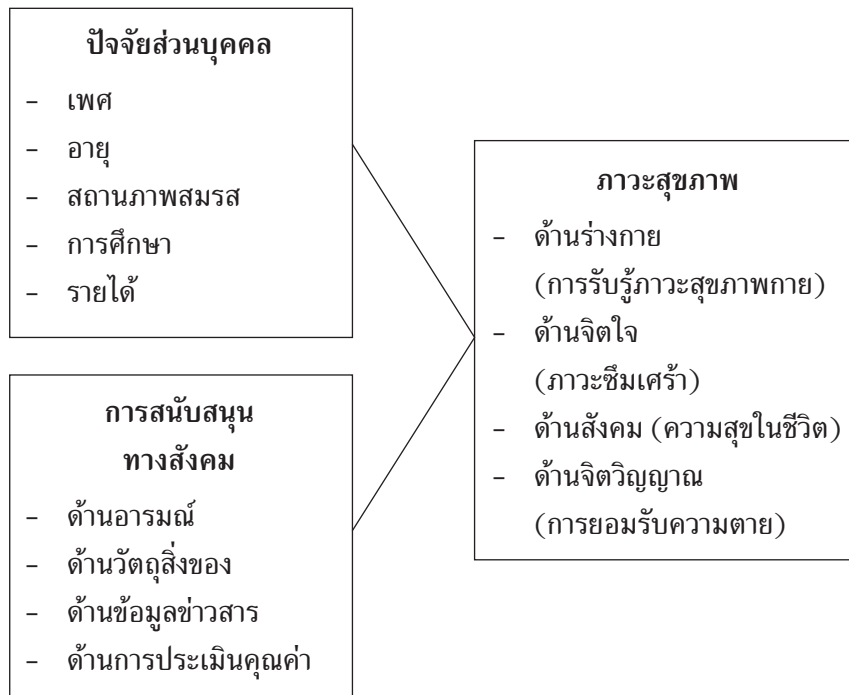
กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษารั้งนี้ บูรณาการจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (social support theory) ของเฮาส์¹⁹ ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านวัตถุ

สิ่งของ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านการประเมินคุณค่า บูรณาการเข้ากับแนวคิดสุขภาพ (health) ขององค์การอนามัยโลก²⁰ ซึ่งได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นสภาวะของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่มีความสมบูรณ์ ไม่ใช่เพียงการไม่มีโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น²⁰ โดยผู้วิจัยได้เพิ่มภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณเข้าไป ตามพรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550²¹ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ประเมินโดยการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ ประเมินโดยภาวะซึมเศร้า 3) ด้านสังคม ประเมินโดยความสุขในชีวิต และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ประเมินโดยการยอมรับความตาย

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยส่วนบุคคลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ มาเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดนี้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้) การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า ความสุขในชีวิต และการยอมรับความตาย) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้) การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า ความสุขในชีวิต และการยอมรับความตาย) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง และอาศัยอยู่ตามลำพังในจังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2560 จำนวน 262 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

1. อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง หรืออยู่คู่สมรสตามลำพัง อย่างน้อย 6 เดือน
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค
3. สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาในการสื่อสาร
4. ไม่มีความบกพร่องในการนึกคิดและความจำ ประเมินจากแบบประเมินภาวะการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) โดยมีค่าคะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ใช้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.18²² กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 239 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 โดยประมาณ รวมเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 262 คน

สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เริ่มจากแบ่งเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีออกเป็น 2 เขตอำเภอ ได้แก่ 1) เขตอำเภอเมือง เป็นตัวแทนของชุมชนเมือง และ 2) เขตอำเภอศรีเมืองใหม่ เป็นตัวแทนของชุมชนชนบท จากนั้นสุ่มตำบลจากเขตอำเภอ เขตอำเภอละ 5 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่าย

ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ เลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้าตำบลละ 26 คนโดยเฉลี่ย หากมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ จะทำการเลือกใหม่ตามเกณฑ์คัดเข้าจนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามของไลทอง ภัทรปริยากุล และคณะ²² ซึ่งศึกษาการรับรู้ความโดดเดี่ยวทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ประกอบ ด้วยคำถาม 19 ข้อ

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดยกฤษฎากมล ชื่นอ้อม²³ ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของแรงค์ฟอร์ด และเฮาส์ นำไปศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .83 ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านวัตถุสิ่งของ 3) ด้านการประเมินคุณค่า และ 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร คำตอบแบบประมาณค่า 3 ระดับ หากตอบ น้อย ให้ 1 คะแนน ปานกลาง ให้ 2 คะแนน และ มาก ให้ 3 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมรายด้านและรายข้อ ใช้คะแนนเฉลี่ยดังนี้ คะแนน 1.0-1.6 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 1.7-2.3 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และคะแนน 2.4-3.0 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย พัฒนาโดยแวร์, สโนว์, และโคชินสกี (2002) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยนพวรรณ เปียเชื้อ²⁴ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ดีเลย ให้ 0 คะแนน ดีเลิศ ให้ 4 คะแนน

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย ชีค และยาสาเวจ (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์²⁵ (TGDS) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ เป็นคำถามด้านลบ 10 ข้อ ถ้าตอบ ไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน และ ใช่ ให้ 1 คะแนน และคำถามด้านบวก จำนวน 5 ข้อ ถ้าตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน และ ใช่ ให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 1) 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2) 6-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 3) 11-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้า

5) แบบสอบถามความสุขของฉันทน์ โดยเบญจมาศ นาควิจิตร²⁶ ได้นำดัชนีชี้วัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น (THI-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาปรับปรุงและพัฒนา ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ หากตอบมากที่สุด ให้ 5 คะแนน จนถึงไม่เลย ให้ 1 คะแนน โดยแบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ 1) 13.00-30.33 คะแนน หมายถึง มีความสุขในชีวิตน้อย 2) 30.34-47.67 คะแนน หมายถึง มีความสุขในชีวิตปานกลาง และ 3) 47.68-65.00 คะแนน หมายถึง มีความสุขในชีวิตสูง

6) แบบประเมินการยอมรับความตาย โดยผู้วิจัย และคณะดัดแปลงมาจากแบบประเมิน 2 ส่วนได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้สึกล้วตายเป็นของสาร์กิ รังสิโกศัย และคณะ²⁷ ที่ศึกษาความรู้สึกล้วตายเป็นของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี และ 2) แบบประเมินทัศนคติ ต่อความตาย ของพระมหาพรต ธมมาราโม²⁸ ที่ศึกษา ทัศนคติต่อความตายของนิสิตห้องเรียน วัดไชยชุมพล ชนะสงคราม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดกาญจนบุรี ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ 2 ส่วน คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีการให้ค่า คะแนนแต่ละส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1) ความรู้สึกล้วตายเป็น

เป็นคำถามเชิงลบ หากตอบไม่เลย ให้ 4 คะแนน จนถึง มากให้ 1 คะแนน และส่วนที่ 2) ทัศนคติต่อความตาย เป็นคำถามเชิงบวก ให้กลับค่าคะแนน การแปลค่าคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ 1) คะแนน 17-33 หมายถึง ยอมรับ ความตายน้อย 2) คะแนน 34-51 หมายถึง ยอมรับ ความตายปานกลาง และ 3) คะแนน 52-68 หมายถึง ยอมรับความตายมาก

การประเมินคุณภาพของแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญด้าน จิตเวช จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความ ชำนาญด้านผู้สูงอายุในชุมชน 1 ท่านพิจารณา คำนวณ ค่า Content Validity Index (CVI) แบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินการรับรู้ภาวะ สุขภาพกาย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบสอบถาม ความสุขของฉันทน์ ได้เท่ากับ 1 ส่วนแบบประเมินการ ยอมรับความตาย หลังจากปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 1 จากนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ได้ค่า ความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

1) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่า ครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .907 และนำไปใช้จริงกับ กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้เท่ากับ .851

2) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ได้ค่า Test re-test reliability เท่ากับ .75

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .808 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ได้เท่ากับ .90

4) แบบสอบถามความสุขของฉันทน์ได้ค่าครอนบาค แอลฟา เท่ากับ .864 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้ได้เท่ากับ .873

5)แบบประเมินการยอมรับความตาย ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .923 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ได้เท่ากับ .838

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ 2560/490 ID 07-60-21 ย เพื่อพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง ตั้งแต่กระบวนการรวบรวมข้อมูล จนถึงการนำเสนอข้อมูลผลการวิจัย ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริงของตัวอย่างทุกราย นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วให้ลงนามในใบยินยอม (Informed consent form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจากชมรมผู้สูงอายุ เริ่มจากสอบถามสมาชิกในชมรม เพื่อค้นหาบุคคลที่มีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า (snowball) แต่หากผู้สูงอายุไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลตามที่พิกัดอาศัยของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม โดยอ่านคำถามทีละข้อพร้อมบันทึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1)วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลของตัวอย่างและตัวแปรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติบรรยายด้วยการแจกแจง

ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2)วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และรายได้) การสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติ Spearman's Rank Correlation เนื่องจากข้อมูลไม่เป็น normality

3)วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา) และภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติ Biserual Correlations

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.6) เกือบครึ่งอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 46.6) อายุเฉลี่ย 71.20 ± 7.53 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.9) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.5 และเป็นหม้าย ร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.6) ตัวอย่างเกินครึ่งไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 62.6) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 84.5) รายได้เฉลี่ย 3,720.99 บาท โดยร้อยละ 50.8 มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ตัวอย่างเกือบร้อยละ 80 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค โดย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.8) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 50.4) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 32.8) ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคม ตัวอย่างเกินครึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.8) เมื่อจำแนกการสนับสนุนรายด้าน พบว่าด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสารได้รับการสนับสนุนในระดับมาก ร้อยละ 64.5 และ 59.9 ตามลำดับ ตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ และการประเมินคุณค่า ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.9 และ 49.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (n =262)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม			
น้อย	1.0-1.6	50	19.1
ปานกลาง	1.7-2.3	175	66.8
มาก	2.4-3.0	37	14.1
(Min = 1.31, Max =3.00, Mean = 2.397, S.D. = 0.351)			
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์			
น้อย	1.0-1.6	5	1.9
ปานกลาง	1.7-2.3	88	33.6
มาก	2.4-3.0	169	64.5
(Min = 1.00, Max =3.00, Mean = 2.626, S.D. = 0.522)			
การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ			
น้อย	1.0-1.6	25	9.5
ปานกลาง	1.7-2.3	141	53.9
มาก	2.4-3.0	96	36.6
(Min = 1.00, Max =3.00, Mean = 2.271, S.D. = 0.624)			
การสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า			
น้อย	1.0-1.6	27	10.3
ปานกลาง	1.7-2.3	130	49.6
มาก	2.4-3.0	105	40.1
(Min = 1.00, Max =3.00, Mean = 2.297, S.D. = 0.645)			
การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร			
น้อย	1.0-1.6	7	2.7
ปานกลาง	1.7-2.3	98	37.4
มาก	2.4-3.0	157	59.9
(Min = 1.00, Max =3.00, Mean = 2.572, S.D. = 0.547)			

ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย พบว่าตัวอย่างรับรู้ ภาวะสุขภาพกายอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 47.7 ด้าน จิตใจ พบว่าตัวอย่างเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80.5 ด้านสังคม พบว่าตัวอย่างมีความสุขในชีวิตสูง ร้อยละ 52.7 และด้านจิตวิญญาณ ตัวอย่างมีการยอมรับความตาย

ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 57.6 เมื่อจำแนกการยอมรับ ความตาย ออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึก กลัวตายและทัศนคติต่อความตาย พบว่า ตัวอย่างรู้สึก กลัวตายมาก ร้อยละ 58.4 และมีทัศนคติต่อความตาย ที่ไม่ดี ร้อยละ 70.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของตัวอย่างจำแนกตามภาวะสุขภาพ (n =262)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย			
ไม่ดีเลย	0	11	4.2
พอใช้	1	125	47.7
ดี	2	106	40.5
ดีมาก	3	19	7.2
ดีเลิศ	4	1	0.4
(Min = 0, Max = 4, Mean = 1.52, SD = 0.71, Mode = 1)			
ภาวะซึมเศร้า			
ไม่มี	0-5	49	18.7
เริ่มมี	6-10	211	80.5
มี	11-15	2	0.8
(Min = 3.00, Max = 11.00, Mean = 6.86, SD = 1.679)			
ความสุขในชีวิต			
ต่ำ	13.00-30.33	-	-
ปานกลาง	30.34-47.67	124	47.3
สูง	47.68-65.00	138	52.7
(Min = 39.00, Max = 65.00, Mean = 51.96, SD = 5.912)			
การยอมรับความตาย			
เล็กน้อย	17.00-33.00	151	57.6
ปานกลาง	34.00-51.00	92	35.1
มาก	52.00-68.00	19	7.3
(Min = 19.00, Max = 68.00, Mean = 46.42, SD = 8.572)			
ความรู้สึกล้วลวาทาย			
มาก	12.00-24.00	153	58.4
ปานกลาง	25.00-36.00	89	34.0
เล็กน้อย	37.00-48.00	20	7.6
(Min = 12.00, Max = 48.00, Mean = 23.87, SD = 8.318)			
ทัศนคติต่อความตาย			
ไม่ดี	5.00-10.00	185	70.6
เฉย ๆ	11.00-15.00	48	18.3
ดี	16.00-20.00	29	11.1
(Min = 5.00, Max = 20.00, Mean = 9.153, SD = 4.365)			

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .181, p = .003$) และ

ภาวะสุขภาพด้านสังคม(ความสุขในชีวิต) ($r = .136$, $p = .028$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .148$, $p = .016$) และภาวะสุขภาพด้านสังคม(ความสุขในชีวิต) ($r = .489$, $p < .001$) โดยเมื่อแยกการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .157$, $p = .011$) และภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต) ($r = .426$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต)

($r = .294$, $p < .001$) และการยอมรับความตาย ($r = .230$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .135$, $p = .029$) และภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต) ($r = .383$, $p < .001$) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) ($r = -.158$, $p = .011$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .175$, $p = .004$) และภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต) ($r = .385$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ($n=262$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1													
2	-.131*	1												
3	.181**	.169**	1											
4	-.115	-.037	-.079	1										
5	-.068	.025	.043	.141*	1									
6	-.031	.074	.034	-.060	.143*	1								
7	.031	.002	.059	-.081	.120	.783**	1							
8	.009	.064	-.013	-.057	-.009	.690**	.419**	1						
9	-.050	.081	.045	-.028	.146*	.765**	.505**	.342**	1					
10	-.092	.052	-.007	-.007	.170**	.758**	.494**	.353**	.444**	1				
11	-.107 _{r_s}	-.017 _{r_s}	-.017 _{r_s}	.085 _{r_s}	.181** _{r_s}	.148* _{r_s}	.157* _{r_s}	-.006 _{r_s}	.135* _{r_s}	.175** _{r_s}	1			
12	-.064 _{r_s}	.078 _{r_s}	-.035 _{r_s}	.000 _{r_s}	-.087 _{r_s}	-.067 _{r_s}	-.020 _{r_s}	-.037 _{r_s}	-.158* _{r_s}	.018 _{r_s}	.049	1		
13	-.016 _{r_s}	.052 _{r_s}	-.027 _{r_s}	.102 _{r_s}	.136* _{r_s}	.489** _{r_s}	.426** _{r_s}	.294** _{r_s}	.383** _{r_s}	.385** _{r_s}	.180**	.089	1	
14	-.062 _{r_s}	-.074 _{r_s}	.028 _{r_s}	.033 _{r_s}	-.116 _{r_s}	.096 _{r_s}	-.009 _{r_s}	.230** _{r_s}	.118 _{r_s}	-.045 _{r_s}	-.141*	-.129*	.021	1

* $p < .05$, ** $p < .01$ r_s = Spearman, r_b = Biserial

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1 = เพศ 2 = อายุ 3 = สถานภาพสมรส 4 = การศึกษา 5 = รายได้
 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 6 = การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม 7 = การสนับสนุนทางด้านอารมณ์
 8 = การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ 9 = การสนับสนุนทางด้านการประเมินคุณค่า
 10 = การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร
 ภาวะสุขภาพ ได้แก่ 11 = ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย)
 12 = ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า)
 13 = ภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต)
 14 = ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (การยอมรับความตาย)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และการประเมินคุณค่าในระดับปานกลาง ส่วนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารได้รับการสนับสนุนในระดับมาก อธิบายได้ว่าตัวอย่างที่อาศัยอยู่ตามลำพังนั้น ส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 97.7) และมีบุคคลคอยช่วยเหลือด้านต่างๆ จำนวน 1-3 คน โดยยังมีบุตรคอยสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น โดยเฉพาะสนับสนุนเงินรายได้ต่อเดือน ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของถึงแม้ว่าบุตรจะไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุก็ตาม นอกจากนี้ยังเป็นທີ່ปรึกษาให้กับบุตรหลาน รวมไปถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทำให้มีบุคคลอื่นมาขอคำแนะนำ ขอความช่วยเหลือ ให้ความเคารพยกย่อง และให้เกียรติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผลการศึกษาค้นครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและอาหารจากบุตรนอกครัวเรือน ในระดับน้อย และได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ในระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างมีภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ในระดับพอใช้ อธิบายได้ว่า ความเสื่อมในทุกระบบของผู้สูงอายุนั้นส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายเสื่อมถอยลง มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งในการศึกษาค้นครั้งนี้ ตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เกือบครึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³⁰ ที่พบว่า ผู้สูงอายุประเมินตนเองโดยภาพรวมว่ามีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าตัวอย่างทุกคนมีโรคประจำตัว มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท การที่ต้องอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับคู่สมรส ขาดบุตรหลาน หรือคนใกล้ชิดคอยดูแล อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจให้ตัวอย่างเริ่มมีภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมืองมีภาวะซึมเศร้าระดับสูง

ภาวะสุขภาพด้านสังคม (ความสุขในชีวิต) พบว่า ตัวอย่างเกินครึ่งมีความสุขในชีวิตระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในการศึกษาค้นครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีความยากลำบาก หรือความกลัวต่อการอยู่ลำพัง ร่วมกับเกินครึ่งมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง และรายด้านในระดับปานกลางถึงมาก จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{29,30} ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับของความสุขในชีวิตในระดับมาก

ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ (การยอมรับความตาย) พบว่า ตัวอย่างมีการยอมรับความตายในระดับเล็กน้อย เกินครึ่งมีความรู้สึกกลัวตายมาก และส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อความตาย อธิบายได้ว่าตัวอย่างเกือบครึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ร่วมกับมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค อาจจะมีกลไกในการเผชิญปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับความตายน้อยกว่า ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุมากกว่า หรือเท่ากับ 80 ปีขึ้นไป) ความรู้สึกกลัวตายอาจเกิดได้จากการกลัวความเจ็บปวดและความโดดเดี่ยวในการตาย โดยหลายคนกลัวว่าพวกเขาจะตายเพียงลำพังหรือตายด้วยความเจ็บปวดโดยไม่มีครอบครัวหรือเพื่อนฝูงรอบตัว³² ส่งผลให้ตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนนั้นมีการยอมรับความตายในระดับเล็กน้อยได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า มีเพียงรายได้ ที่มีความสัมพันธ์ทางบวก ($p < .05$) กับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย และความสุขในชีวิต อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำจะทำให้เข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ได้อยาก เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้น้อย ตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางร่างกายได้น้อย ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย และมีความสุขในชีวิตอยู่ในระดับต่ำได้³³

จากการศึกษาภาวะสุขภาพในแต่ละด้าน จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ อาจเป็นผลมาจากสังคมไทย เป็นสังคมที่ให้ความเคารพให้เกียรติ และมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมจิตใจของครอบครัว ถึงแม้ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แต่ด้วยบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนบ้านส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง จึงเป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทำให้ผลการศึกษาด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่มีผลทางด้านบวก

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย (การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย) ($r = .148, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาจากการเจ็บป่วย และช่วยลดความรุนแรงของปัญหาต่าง ๆ อีกด้วย นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะวิกฤตทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้³⁴

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา

ที่ผ่านมา³⁵ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมก็ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความสามารถของบุคคลในการต่อสู้กับปัญหา และเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต³⁴

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิต ($r = .489, p < .01$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความเคารพนับถือ ยกย่อง รวมทั้งได้รับสิ่งสนับสนุนเป็นสิ่งของเงินทอง และบริการต่างๆ จากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากสิ่งที่ได้รับจากลูกหลาน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³⁶ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตาย อธิบายได้ว่า การยอมรับความตายและทัศนคติต่อความตาย ขึ้นอยู่กับมุมมองการมองโลก มุมมองการมองโลกจะช่วยให้อายุยืนยาวมีความเข้าใจและยอมรับว่าทุกสิ่งในโลกมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งความตายเป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่น่ายินดี จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับต่อความตายและเตรียมตัวเพื่อการตายของตนเองได้ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอาจจะเพียงสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ สามารถจัดการกับความเครียดของตนเอง และส่งผลให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงความคิดทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตและความตายของตนได้³⁷ แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่³⁰ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับความตายกับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาล และทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ดังนี้ 1) ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้า และค้นหาสาเหตุของปัญหา เนื่องจากพยาบาลชุมชน มีความใกล้ชิดและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือหรือส่งต่อให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษา 2) ควรมีการประเมิน/ค้นหาสาเหตุของ ความรู้สึกกลัวตาย เพื่อจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับ วิธีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม ส่งเสริมการอยู่กึ่งสบาย ตายก็เป็นสุข มีการออกแบบ การตายให้จากไปอย่างสงบ หรือตายดีที่เลือกได้ และ 3) ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการสนับสนุน ทางสังคมโดยเฉพาะด้านวัตถุสิ่งของและการประเมิน คุณค่าของผู้สูงอายุ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม จากบุตรหลาน เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ และการจัดหาแหล่งประโยชน์หรืออาชีพเพื่อสร้างรายได้ ให้แก่ผู้สูงอายุ

References

1. National Statistical Office. News publications [internet]. 2018 [cited 2018 March 1] Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx.
2. Park E - J, Sohn HS, Lee E - K & Kwon J - W. Living arrangements, chronic diseases, and prescription drug expenditures among Korean elderly: vulnerability to potential medication underuse. BMC Public Health 2014;14(1284):1-8.
3. Sarwari AR, Freedman L, Langenberg P, & Magaziner J. Prospective study on the relation between living arrangement and change in functional health status of women. AJE 1998;14(7):370-78.
4. Manorath P. Older alone: impact and social role on care. Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal 2013;5(2):98-102.
5. Rachaneekorn M, Kangchai W & Nasaarn S. Health status and self care behavior of the elderly living alone at Kalasin municipality, Kalasin Province [Dissertation]. Chon Buri: Burapha University; 2001.
6. Easton ME. Fear of crime and older adults: A metanarrative review of the literature. Simon Fraser University. Canada: Master of Arts; 2013.
7. Besser A, & Priel B. Attachment, depression, and fear of death in older adults: The roles of neediness and perceived availability of social support. Pers. Individ. Differ. 2008;44(8):1711-25.
8. Hsu M, Huang X & Yupho S. The development of universal health insurance coverage in Thailand: challenges of population aging and informal economy. Soc Sci Med 2015;145:227-36.
9. Dai Y, Zhang C - Y, Zhang B - Q, Li Z, Jiang C & Huang H - L. Social support and the self-rated health of older people. A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. Medicine (Baltimore), 2016;95(24):1-4.
10. Chimjinda J. The factors influencing life happiness amongst the elderly at a community in Nakhon Pathom Province [Dissertation]. Nakhonpathom: Christian University of Thailand; 2012.
11. Rangsikosai S, Piphatvanitcha N. & Paokunha R. Factors related to behavior for preparing to cope with dying and death among older adults in the Elderly Club, Pattani Province. Songklanagarind Journal of Nursing 2013;33:43-56.
12. Chotthanaphan S. The relationship between social support and depression of the elderly in Bangkhae home of the aged [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2007.

13. Toci E, Burazeri G, Jerliu N, Sorensen K, Ramadani N, Hysa B & Brand H. Health literacy, self-perceived health and self-reported chronic morbidity among older people in Kosovo. *Health Promot. Int.* 2015;30(3): 667-74.
14. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci* 2015; 40(4): 219-21.
15. Cicirelli VG. Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Stud.* 2001;25(8):663-83.
16. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores M - E, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F & Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):310-19.
17. Polyiam I, Siri S, Taechabunsermsak P & Sujirarat D. Prevalence and associated factors of depression in elderly patients with non communicable disease, Roi Et province [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014.
18. Thammatawat P. The relationships of preparation for aging and life satisfaction of the elderly in Nakhon Si Thammarat municipality, Nakhon Si Thammarat province. *Sripatum Chonburi Journal* 2014;10:88-94.
19. House JS. Work stress and social support. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley; 1981.
20. World Health Organization [Internet]. Mental health: a state of well-being; 2014 [updated 2014 August; cited 2018 Jul 9]. Available from: http://www.who.int/feature/factfiles/mental_health/en/
21. National Health Commission. National Health Act, B.E. 2550. National Health Commission: Nonthaburi; 2007.
22. Phatharapreeyakul L, Kraithaworn P, & Piaseu N. Perceived social isolation, self-care behaviors and health status among community dwelling older adults living alone. *The Bangkok Medical Journal* 2016; 11:17-23.
23. Chuen-im K. Health-related quality of life amongst elderly people with osteoarthritis at a community in Samut Sakhon Province [The Degree of Master of Nursing]. Nakhon Pathom: Christian University; 2007.
24. Piaseu N. Factors affecting food insecurity among urban poor in Thailand. *SAJCN* 2003;18:156-62.
25. Wongpakaran N. Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics* 2012;12:11-7.
26. Nakwijit B. Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis [Dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2008.
27. Rangikosai S, Piphatvanitcha N. & Paokunha R. Factors related to behavior for preparing to cope with dying and death among older adults in the Elderly Club, Pattani Province. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2013;33:43-56.
28. Dhammaramo S. The attitude towards death in Theravada Buddhism: a case study of students from the classroom of Wat Chaichumbhonchanasongkhram Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Kanchanaburi Province [Dissertation]. Kanchanaburi: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2011.
29. Boukeaw P. & Teungfung R. Health Care and Health Status of Thai Aging. *Journal of the Association of Researchers* 2016;21:94-109.
30. Atthamaethakul W. & Srivilai W. The influences of aging health in Tumbon Koobua, Ratchaburi. *JHSR* 2013;7:18-28.
31. Chaivasung P, Sutawatnatcha S, Intakan P & Lichanatein S. Predictors of depression among older adult with chronic disease in urban area. *JONAE* 2013;6:27-37.

32. Goodman LM. Death and the creative life: Conversations with eminent artists and scientists as they reflect on life and death. New York, NY: Springer; 1981.
33. Cornwell EY, & Waite LJ. Social dis-connectedness, perceived isolation, and health among older adults. JHSB 2009;50:31-48.
34. Khwandee N. Thosingha O. Danaidutsadeekul S & Riansuwan K. The relationship between pain, depression, social support and functional recovery in elderly patients with hip fracture following surgery. Vajira Nursing Journal 2011;13: 68-81.
35. Kaewkanya C, Preechawong S, & Chimluang J. Selected Factors Predicting Depression in Person with Chronic Heart Failure. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18:66-73.
36. Wichitsiri P. & Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at WatSarod Rat Burana District, Bangkok. Journal of Social Sciences and Humanities 2012;38:139-51.
37. Sujaritwarakul M. & Somanusorn S. Factors related to death preparation among Thai buddhist elderly. Kuakarun Journal of Nursing 2018;25:154-69.