

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัย ในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้

วันรับ : 2 ตุลาคม 2561
วันแก้ไข : 4 พฤษภาคม 2562
วันตอบรับ : 4 มิถุนายน 2562

กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ส.ด.,
ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, วท.ม.,
เสาวลักษณ์ คงสนิท, วท.บ.
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้

วิธีการ: การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลือกสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้จำนวน 3 แห่ง จากทั้งหมด 5 แห่ง ข้อมูลเก็บรวบรวมจากผู้สูงอายุตามเกณฑ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 161 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์แบบมีคำโครงสร้าง สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายขั้นตอน

ผล: สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวก และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสุขและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราที่สำคัญ โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความแข็งแรงในชีวิตกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ ร้อยละ 34.0

สรุป: การเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตให้กับผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรส่งเสริมความสุข การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม สุขภาพกายของผู้สูงอายุ และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความแข็งแรงในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย ผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา

ติดต่อผู้พิมพ์: กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ; e-mail: kanni43@gmail.com

Original Article

Predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing home in Southern Thailand

Received : 2 October 2018

Revised : 4 May 2019

Accepted: 4 June 2019

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen, Dr.P.H.

Paiboon Chaosuansreecharoen, M.Sc.

Saowaluk Khongsanit, B.Sc.

Sirindhorn College of Public Health, Trang

Abstract

Objectives: To examine the correlating and predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing homes in Southern Thailand.

Methods: This study was a cross-sectional analytical study with the key informants being the 161 elderly residents of nursing homes in Southern Thailand. Simple random sampling procedure with lottery method was used to select three elderly nursing homes in Southern Thailand. Information was collected from all eligible elderly residents using a study-specific questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, i.e. percentage, mean and standard deviation and inferential statistics, including Pearson's correlation and Stepwise multiple regression.

Results: Of the variables collected, physical health, self-esteem, social relationship and happiness were positively correlated with resilience among the participants while depression was negatively correlated. The respondents' happiness and depression were significant predicting factors for resilience. Together, these two factors predicted 34% of the variation in resilience in this group of participants.

Conclusion: It might be possible to enhance the resilience in the elderly residents of nursing homes in order to promote happiness, self-esteem, social relationship and physical health that will lead to the reduction in the prevalence of depression.

Key words: correlating factors, nursing home, predicting factors, resilience, elderly

Corresponding author: Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen; e-mail: kanni43@gmail.com

บทนำ

ความแข็งแรงในชีวิต หรือ “resilience” หรือที่กรมสุขภาพจิต ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” หรือ “Resilience Quotient”¹ หมายถึง ความสามารถหรือศักยภาพทางอารมณ์หรือจิตใจของบุคคลในการยืนหยัดอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้าย การบาดเจ็บ การสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต และสามารถพาตัวเองข้ามผ่านอุปสรรคเหล่านี้ได้ในเวลาอันรวดเร็ว โดยใช้ทักษะการป้องกันตนเองและการรับมือมากกว่าการยอมรับผลของความยุ่งยากที่เกิดขึ้นนั้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เติบโต และเข้าใจชีวิตมากขึ้น ตลอดจนชีวิตมีความสุขมากขึ้น²⁻⁴ ดังนั้นความแข็งแรงในชีวิตถือว่าเป็นคุณสมบัติของแต่ละช่วงวัยในการปรับตัว และกระบวนการความยืดหยุ่น การควบคุม และการเปิดเผยของแต่ละบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลง ภาวะเสี่ยง ความเครียด หรือสถานการณ์อันเลวร้าย ไปสู่ภาวะปกติสุขของชีวิต⁵⁻⁷ ความแข็งแรงในชีวิตไม่ได้ลดลงตามอายุ โดยผู้สูงอายุควรมีความแข็งแรงในชีวิตอย่างน้อยก็เท่ากับช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ ของบุคคลนั้น ๆ⁸⁻¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีส่วนสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หมายถึงผู้สูงอายุที่ความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ^{9,11-12} นอกจากนี้ความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹²⁻¹⁴ ความสุข¹⁵ สุขภาพกาย^{9,12,16} และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ^{7,15-17} หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะมีการเห็น

คุณค่าในตนเองและความสุขอยู่ในระดับสูง และมีความสุขกายและความสัมพันธ์สังคมที่ดี

ส่วนใหญ่งานวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้นการศึกษาความแข็งแรงในชีวิตของเด็ก วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุมิค่อยชำน้อยมาก¹⁸ โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งมักเป็นการศึกษาถึงสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และพบว่าสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านกายภาพเป็นสำคัญ สถานสงเคราะห์ฯ จึงไม่อาจตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ และทำให้ผู้สูงอายุขาดความเป็นตัวของตัวเองเนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของสถานสงเคราะห์ นอกจากนี้วิถีการดำเนินชีวิตในสถานสงเคราะห์ทำให้ผู้สูงอายุเฉื่อยชายอมจำนนและทำตามกฎเกณฑ์ของสถานสงเคราะห์แต่โดยดี มีผลทำให้ผู้สูงอายุบางคนปลีกตัวออกไปไม่ยอมร่วมกิจกรรมของสถานสงเคราะห์ ทั้งยังทิ้งทักษะที่ตนเองมีอยู่ไปโดยไม่ได้ใช้ประโยชน์จนกระทั่งเหี่ยวเฉาลงไปในที่สุด เรียกว่าสภาพทางร่างกายจิตใจของผู้สูงอายุจะเสื่อมโทรมลงเรื่อย ๆ เพราะไม่ได้ทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือแม้การตัดสินใจที่ง่ายที่สุดก็ไม่ได้ทำ¹⁹ และการศึกษาของธนัญพร พรหมจันทร์และศิริลักษณ์ ศุภปิติพร²⁰ ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสุขของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.3 ส่วนด้านภาวะสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 35.9 ของกลุ่มตัวอย่างมีความว้าเหวในระดับปานกลาง และร้อยละ 48.5 มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

นอกจากนั้นการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคกลาง ในขณะที่พื้นที่ภาคใต้มีสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ จากภูมิอากาศและภูมิประเทศที่เหมาะสมกับการปลูกยางพาราและปาล์มน้ำมัน และในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ราคายางพาราและปาล์มน้ำมันมีแนวโน้มลดลงตามราคาในตลาดโลก ตลอดจนสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ภาคใต้มีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่ลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น ๆ มีผลกระทบทำให้เกิดการย้ายถิ่นของประชากร การว่างงาน หนุ่มสาววัยแรงงานออกไปทำงานอยู่ต่างประเทศ ครอบครัวหย่าร้าง เด็กและเยาวชนเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ และผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ผลที่ตามมาคือค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ของภาคใต้ต่ำกว่าภาพรวมของประเทศ คือ 65.2 (ภาพรวมประเทศมีค่าเฉลี่ยดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ 69.6) โดยมีดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ที่ต่ำ คือ มิติที่อยู่อาศัย มิติการศึกษา มิติความมั่นคงส่วนบุคคล มิติการสนับสนุนทางสังคม มิติทางสังคมและวัฒนธรรม จึงส่งผลต่อความสุขของคนในภาคใต้ลดลง ประชาชนในภาคใต้มีคะแนนความสุขมวลรวม 5.09 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน²¹

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 5 แห่งตั้งกระจายทั่วพื้นที่ภาคใต้

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระยะที่ 1 ของโครงการวิจัยการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ โดยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) สถานที่ศึกษาคือสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ ภาคใต้ตอนบนคือสถานสงเคราะห์คนชรabanอู่ทอง-พนักงัก จังหวัดชุมพร ภาคใต้ฝั่งอันดามันคือสถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง จังหวัดตรัง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต และภาคใต้ตอนล่างคือศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จังหวัดสงขลา สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) ตามภูมิศาสตร์ที่ตั้งของสถานสงเคราะห์ ได้สถานตัวอย่าง 3 แห่ง คือ สถานสงเคราะห์คนชรabanอู่ทอง-พนักงัก จังหวัดชุมพร ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา และกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทุกคนในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก 1) ไม่มีปัญหาทางสมองหรือความจำเสื่อม ประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini Mental State Examination: MMSE)²² 2) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติทางกายที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของสถานสงเคราะห์ และ 2) ลากลับ

บ้านระหว่างที่ผู้วิจัยนัดหมายไปเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานสงเคราะห์ คือ ผู้สูงอายุจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักษิณ จังหวัดยะลา จำนวน 71 คน ผู้สูงอายุจาก ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านภูเก็ท จังหวัดภูเก็ต 30 คน และผู้สูงอายุจากสถานสงเคราะห์ คนชวบ้านอุทอง-พังกัด จังหวัดชุมพร จำนวน 60 คน รวมทั้งสิ้น 161 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ได้รับการฝึกอบรมจำนวน 2 ชั่วโมง ได้แก่ 1) แบบสอบถามสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่ออกแบบโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด ภูมิลำเนาเดิม อาชีพในอดีต สถานภาพสมรสปัจจุบัน ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งของรายได้ในปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา บุตรหลานหรือญาติที่ให้การดูแลในปัจจุบัน ระยะเวลาของการมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และความถี่ของญาติที่มาเยี่ยม 2) แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบโครงสร้างแนวคำถามของการศึกษาของ Maneerat และคณะ²³ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน โดยเป็นแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะยืนหยัดและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้ และเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ 3) แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย จำนวน 3 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินของลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์²⁴ เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-9 คะแนน 4) แบบประเมินความซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) จำนวน 30 ข้อ ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง²⁵ ประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน 5) แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับครอบครัว เพื่อนและบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน 6) แบบประเมินความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Scale) จากแบบทดสอบ Rubin's Self Esteem Scale²⁶ จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินตนเองเกี่ยวกับการยอมรับ การเคารพนับถือในตนเอง มีความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญมองเห็นคุณค่าในทางบวก เห็นว่าตนเป็นคนมีค่า และตัดสินใจมีความมั่งคั่งในตนเอง ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10-20 คะแนน และ 7) แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (Thai Happiness Indicators หรือ THI-15) ฉบับสั้น 15 ข้อ ฉบับมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁷ ประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง และปัจจัยที่ทำให้สุข-ทุกข์ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-45 คะแนน

การตรวจความตรงของเนื้อหา (content validity) ของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในส่วนที่ปรับปรุงและพัฒนาขึ้นใหม่โดยผู้วิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา หรือมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิตและวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content

Validity Index: CVI)²⁸ เกณฑ์คุณภาพเครื่องมือ ค่า CVI คือ 0.8 ขึ้นไป โดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีค่า CVI = 0.95 แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต มีค่า CVI = 0.9 แบบสัมภาษณ์สุขภาพกายมีค่า CVI = 1 และแบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่า CVI = 1 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของ Cronbach พบค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต = 0.86 แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย = 0.70 แบบสัมภาษณ์สุขภาพจิต = 0.70 แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม = 0.71 แบบสัมภาษณ์การเห็นคุณค่าในตนเอง = 0.91 และแบบสัมภาษณ์ความสุข = 0.77

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อจัดหมวดหมู่ และอธิบายลักษณะพื้นฐานทั่วไปของประชากร โดยใช้สถิติ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติอนุมาน (inference statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ กับสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) จากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อคัดเลือกตัวแปรที่ดีที่สุด หรือ Best fit model โดยใช้ตัวแปรทุกตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อมูลตามข้อตกลงของการเลือกใช้สถิติ ดังนี้²⁹ 1) มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) 2) ข้อมูลจะต้องไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง (autocorrelation) 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) และ 4) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity)

ผล

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงร้อยละ 56.5 อายุเฉลี่ย 74.69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 95 ปี การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 59 อาชีพในอดีตส่วนใหญ่คือรับจ้างร้อยละ 38.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือหม้ายร้อยละ 62.1 ศาสนาที่นับถือส่วนใหญ่คือศาสนาพุทธร้อยละ 95.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,023.53 บาท รายได้ต่ำสุด 700 บาท รายได้สูงสุด 3,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่า รายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 95.7 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 52.8 โรคประจำส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.6 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 95.7 ไม่ดื่มสุราร้อยละ 98.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลให้การดูแลถึงร้อยละ 82.6 ความถี่ของญาติที่มาเยี่ยมส่วนใหญ่ไม่เคยมีญาติมาเยี่ยมถึงร้อยละ 81.4 และระยะเวลาเฉลี่ยที่มาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราคือ 4.59 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี และระยะเวลาสูงสุดคือ 20 ปี แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 161)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	70	43.5
หญิง	91	56.5
อายุ (ปี) $\bar{X} = 74.69$, S.D. = 7.13, Min = 60, Max = 95		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	41	25.5
ประถมศึกษา	95	59.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	8.7
ตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	6	3.7
ไม่ระบุระดับการศึกษา	5	3.1
อาชีพในอดีต		
ไม่ประกอบอาชีพ	31	19.3
พ่อบ้านแม่บ้าน	11	6.8
รับราชการ	7	4.3
รับจ้าง	62	38.5
เกษตรกรกรรม	22	12.7
ค้าขาย	23	14.8
ไม่ระบุอาชีพ	5	3.1
สถานภาพสมรส		
โสด	50	31.1
สมรสอยู่ด้วยกันในสถานสงเคราะห์	3	1.9
สมรสไม่ได้อยู่ด้วยกันในสถานสงเคราะห์	8	5.0
หม้าย/หย่า	100	62.1
ศาสนา		
พุทธ	154	95.7
อิสลาม	5	3.1
คริสต์	1	0.6
ไม่ระบุศาสนา	1	0.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n = 161)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	154	95.7
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	5	3.1
เพียงพอเหลือเก็บ	1	0.6
ไม่ระบุ	1	0.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) $\bar{X} = 1,023.53$, S.D. = 747.94, Min = 700, Max = 3,000		
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	76	47.2
มี	85	52.8
โรคประจำตัว (n = 85)		
ความดันโลหิตสูง	32	37.6
เบาหวาน	12	14.1
เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	7	8.2
โรคอื่น ๆ	34	40.0
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	154	95.7
สูบ	5	3.1
ไม่ระบุ	2	1.2
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	159	98.8
ดื่ม	2	1.2
บุคคลที่ให้การดูแลในปัจจุบัน		
ไม่มี	133	82.6
มี (ลูก หลาน พี่น้อง)	28	17.4
ความถี่ในการมาเยี่ยมของญาติ		
1 เดือน	14	8.7
2-3 ปี	16	9.9
ไม่เคยมีใครมาเยี่ยม	131	81.4
ระยะเวลาการมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ (ปี) $\bar{X} = 4.59$, S.D. = 3.47, Min = 1, Max 20		

หมายเหตุ: $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Min = ค่าต่ำสุด Max = ค่าสูงสุด

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความแข็งแรง ปานกลาง ร้อยละ 30.4 (ตารางที่ 2) ในชีวิตอยู่ในระดับสูงร้อยละ 68.4 รองลงมาอยู่ในระดับ

ตารางที่ 2 ระดับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้

ความแข็งแรงในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66)	2	1.2
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33)	49	30.4
สูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00)	110	68.4

สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า $r = 0.14, 0.22, 0.23$ และ 0.52 ตามลำดับ ขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า $r = -0.45$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ปัจจัย	$\bar{X}$	S.D.	r	p-value
สุขภาพกาย (3–9 คะแนน)	2.56	0.36	0.14	.04
ภาวะซึมเศร้า (0–30 คะแนน)	9.12	5.05	- 0.45	<.001
ความสัมพันธ์ทางสังคม (0–10 คะแนน)	6.93	2.08	0.22	.002
การเห็นคุณค่าในตนเอง (10–20 คะแนน)	17.43	2.09	0.23	.002
ความสุข (0–45 คะแนน)	22.35	4.36	0.52	<.001

หมายเหตุ: $\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) ดังตารางที่ 3 เพื่อคัดสรรปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ หรือ best fit model จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปรพบว่าตัวแปรทำนายจำนวน 2 ตัวแปร คือ ความสุขและภาวะซึมเศร้าที่สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

คนชราในพื้นที่ภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และร่วมกันอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ได้ร้อยละ 34.0 โดยเขียนสมการถดถอยพหุคูณจากคะแนนดิบ ดังนี้

$$Y = 1.94 + 0.03X_1 - 0.02X_2$$

เมื่อ Y = ความแข็งแกร่งในชีวิต X_1 = ความสุข และ X_2 = ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) ในการทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้

ตัวแปรอิสระ	B	SE _b	Beta	t	Sig	R ² change
ความสุข	0.03	0.005	0.42	6.11	<.001	0.27
ภาวะซึมเศร้า	-0.02	0.005	-0.30	-4.43	<.001	0.08
ค่าคงที่	1.94	0.14		13.63	<.001	

$$F = 19.64^* R = 0.59 R^2 = 0.35 R^2_{adj} = 0.34 SE_{est} = 0.27$$

หมายเหตุ: R = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ R^2 = ค่าอำนาจในการพยากรณ์ R^2_{adj} = ค่าอำนาจในการพยากรณ์ที่ปรับแก้ B = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ Beta = ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน SE_b = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ SE_{est} = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการพยากรณ์

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราพบว่า ความสุขเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ($r = 0.52$) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ความสุขเป็นปัจจัยทำนายสำคัญอันดับแรกส่งผลต่อความแข็งแกร่งใน

ชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตได้ร้อยละ 27 (R^2 change = 0.27) ตัวแปรความสุข มีค่า B = 0.03 หมายความว่าเมื่อคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.03 หน่วย ดังนั้น ยิ่งผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง ก็ยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตมากขึ้น การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดดัชนีความสุขคนไทยที่อภิชัย มงคล และคณะ²⁷ ได้พัฒนาขึ้น

เพื่อประเมินภาวะความสุขของบุคคลภายใต้บริบทของสังคมไทย และมีการให้นิยามความสุขในเบื้องต้นว่ามีความหมายเช่นเดียวกับสุขภาพจิตซึ่งหมายถึงสภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา^{9,15,30} พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสุขหรือสภาพชีวิตที่เป็นสุข สุขภาพจิตที่ดี มีความคิดและอารมณ์เชิงบวก จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง MacLeod et al¹⁹ อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข แสดงถึงลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ราคาพืชเศรษฐกิจที่สำคัญในภาคใต้มีราคาตกต่ำ คือ ยางพาราและปาล์มน้ำมัน และสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของพื้นที่ภาคใต้ คือการย้ายถิ่นของประชากร การว่างงาน หนุ่มสาววัยแรงงานออกไปทำงานอยู่ต่างประเทศ ครอบครัวหย่าร้าง และค่าดัชนีความมั่นคงของมนุษย์ที่ต่ำ ได้แก่ มิติที่อยู่อาศัย มิติการศึกษา มิติความมั่นคงส่วนบุคคล มิติการสนับสนุนทางสังคม และมิติทางสังคมและวัฒนธรรม สถานการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ภาคใต้ต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบกับผลการสำรวจความสุขของคนในพื้นที่ภาคใต้ลดลง โดยคะแนนความสุขมวลรวมเท่ากับ 5.09 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน²¹ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ที่ดำเนินการ

โดยคณะผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ส่วนใหญ่มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 85.1 และมีความสุขเท่ากับคนทั่วไปเพียงร้อยละ 14.9³¹ ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนการเสริมสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ในภาคใต้

ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลในลำดับรองลงมาที่ส่งผลต่อความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ ภาวะซึมเศร้า โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 (R^2 change = 0.08) ซึ่งตัวแปรภาวะซึมเศร้า มีค่า $B = -0.02$ หมายความว่าเมื่อคะแนนความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจะลดลง 0.02 หน่วย ดังนั้น ยิ่งผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตลดลง สอดคล้องกับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ค่า $r = -0.45$ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,11,12} พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความซึมเศร้า จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตในระดับสูง

สำหรับวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression) เป็นวิธีที่เหมาะสมในการพิจารณาคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดและได้โมเดลที่ประหยัดที่สุด ซึ่งการคัดสรรปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราครั้งนี้ จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร พบว่ามีตัวแปรทำนายจำนวน 2 ตัวแปร คือ

ความสุข และภาวะซึมเศร้าที่สามารถอธิบายการผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในพื้นที่ภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงแม้โมเดลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัวแปรนี้ จะมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 34.0 อย่างไรก็ตามถือว่าเป็นเรื่องปกติสำหรับการทำนายพฤติกรรมมนุษย์ในสาขาจิตวิทยา โดยทั่วไปค่า adjusted R-squared ที่ได้จะมีค่าต่ำกว่าร้อยละ 50.0 เนื่องด้วยมนุษย์เป็นสิ่งที่ยากจะคาดเดาได้เมื่อเทียบกับกระบวนการทางกายภาพ³²

ส่วนปัจจัยการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ค่า $r = 0.23, 0.22$ และ 0.14 ตามลำดับ สอดคล้องกับที่ MacLeod et al¹⁵ อธิบายลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุจะมีลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกายที่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา¹²⁻¹⁴ พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยอธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเอง คือ ผู้สูงอายุที่มีความสำเร็จในการยอมรับกับความแก่ชรา การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง สำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมาก^{7,13,16,33,34} ที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุกับการที่

ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคม มีเครือข่ายทางสังคม และมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมที่อยู่อาศัย ยิ่งผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมภายนอก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจะยิ่งได้รับการพัฒนา ส่วนสุขภาพกายพบว่าผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{9,13,16,34} ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกละอายใจตนเองมีสุขภาพกายและสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ผู้สูงอายุนั้นจะสามารถจัดการกับสภาวะยากลำบากในชีวิตได้อย่างดี นั่นคือลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิต

สรุป

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสำคัญอย่างมากกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ บทบาททางสังคม และการสูญเสีย ดังนั้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกละอายใจตนเองมีความสุข และสภาพชีวิตที่เป็นสุข การลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง คือการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความสำเร็จในการยอมรับกับความแก่ชรา การเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการสูญเสียที่เกิดขึ้น การส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแรงสนับสนุนทางสังคม มีเครือข่ายทางสังคม และมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมที่อยู่อาศัย และส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ความรู้เดิม: ผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงในชีวิตจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ดี

ความรู้ใหม่: สุขภาพกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความสุข เป็นปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: การเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรส่งเสริมความสุข การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกาย และลดภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด, สายศิริ ด้านวัฒนธรรม. พลังสุขภาพจิต [Resilience Quotient]. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2552. Thai.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์, ทศนา ทวีคุณ, โสภณ แสงอ่อน. ความแข็งแรงในชีวิต: แนวคิด การประเมิน และการประยุกต์ใช้ [A resilience: concept evaluation and apply]. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง จำกัด; 2558. Thai.
- American Psychological Association. Road to resilience [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 2016 [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Richardson GE, Neiger BL, Jensen S, Kumpfer KL. The resiliency model. Health Education. 1990;21:33-9. Doi:10.1080/00970050.1990.10614589.
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. Cien Saude Colet. 2015;20:1475-95. Doi:10.1590/1413-81232015205.00502014.
- Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. J Pers Soc Psychol. 2006;91:730-49. Doi:10.1037/0022-3514.91.4.730.
- Hardy SE, Concato J, Gill TH. Resilience of community-dwelling older persons. J Am Geriatr Soc. 2004;52: 257-62.
- Demakakos P, Netuveli G, Cable N, Blane D. Resilience in older age: a depression-related approach. In: Banks J, Breeze E, Lessof C, Nazroo J, editors. Living in the 21st century: older people in England. The 2006 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 3) [Internet]. London: The Institute for Fiscal Studies; p.186-221. [cited 2016 Jan 20]. Available from: <http://www.elsa-project.ac.uk/uploads/elsa/report08/ch6.pdf>
- Gooding PA, Hurst A, Johnson J, Tarrier N. Psychological resilience in young and older adults, Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27:262-70. Doi:10.1002/gps.2712.
- Nygren B, Al  x L, Jons  n E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. Aging Ment Health. 2005;9:354-62.
- Smith PR. Resilience: resistance factor for depressive symptom. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2009;16: 829-37. Doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x.
- Gallacher J, Mitchell C, Heslop L, Christopher G. Resilience to health related adversity in older people. Qual Ageing Older Adults. 2012;13:197-204. Emerald Quality in Ageing and Older Adults [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 15]. Available from: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/Doi:10.1108/14717791211264188>.
- Windle G, Markland DA, Woods RT. Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. Aging Mental Health. 2008;12:285-2. Doi:10.1080/13607860802120763.
- Bennett KM. How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? Ageing Soc. 2010;30:369-82. Doi:10.1017/S0144686X09990572.
- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. Geriatr Nurs. 2016;37:266-72. Doi:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014.

16. Centre for Policy on Ageing (CPA). Resilience in Older Age [Internet]. London: Centre for Policy on Ageing; 2004 [Update 2017; cited 2017 Apr 10]. Available from: <http://www.cpa.org.uk/information/reviews/CPA-Rapid-Review-Resilience-and-recovery.pdf>
17. Moyle W, Clarke C, Gracia N, Reed J, Cook G, Klein B, et al. Older people maintaining mental health well-being through resilience: an appreciative inquiry study in four countries. *J Nurs Healthc Chronic Illn*. 2010;2: 113-21. Doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01050.x.
18. Shen K, Zeng Y. The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demogr Res*. 2010;23:105-16. Doi:10.4054/DemRes.2010.23.5.
19. จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สิ้นธนา และณภัท ศิริสัมพันธ์. รายงานวิจัยเรื่องการประเมินสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง [An Evaluation of Governmental Homes for the Aged: Case Studies of the Three Homes for the Aged]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543. Thai.
20. ธัญพร พรหมจันทร์ และศิริลักษณ์ ศุภชาติพร. ภาวะซึมเศร้า ความว้าเหว และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและที่พักผู้สูงอายุของเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร [Depression loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkake Home and private homes for the aged in Bangkok]. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*. 2557;58:545-61. Thai.
21. สำนักมาตรฐานการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ทางสังคมของพื้นที่ระดับภาค: กรณีพื้นที่ภาคใต้ [Social situation of regional level: A case of southern area] [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ม.ค. 2559]. จาก: https://www.m-society.go.th/article_attach/9009/11575.pdf. Thai.
22. อมรากุล อินโอชานนท์, กาญจนา วนิชรมณีย์, ชิตชนก โอภาสวัฒนา. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [Handbook of dementia care for health personnel in Health Promotion Hospital]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.39-43. Thai.
23. Maneerat S, Isaramalai S-A, Boonyasopun U. A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *International Journal of Behavioral Science*. 2011;6:26-40.
24. ถัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ [Factors influencing loneliness of the elderly in social welfare development center for older persons] [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558. Thai.
25. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai Geriatric Depression Scale]. *สารศิริราช*. 2537;46:1-9. Thai.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดกิจกรรม "ฝึกคิดแก้ปัญหาพัฒนา EQ" สำหรับศูนย์เพื่อนใจในวัยรุ่น [Handbook of "Problem solving to develop EQ" For TO BE NUMBER ONE Friend Corner]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547. 29-33. Thai.
27. อภิชัย มงคล, วัชนิ หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิต สุวรรณชีพ. ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย [Happiness and mental health in the context of the Thai society]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2554;46:227-32. Thai.
28. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29:489-97.
29. กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล [Data analysis with SPSS for windows]. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554. 369-73. Thai.
30. Resnick BA, Inguito PL. The Resilience Scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Arch Psychiatr Nurs*. 2012;25:11-20. Doi:10.1016/j.apnu.2010.05.001.
31. กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนิท. การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้ [Development of resilience-enhancing program for elderly nursing home residents of southern area]. ตีพิมพ์: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง; 2561. Thai.

32. Multiple regression analysis: Use adjusted R-Squared and predicted R-Squared to include the correct number of variables [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 3]. Available from: <http://blog.minitab.com/blog/adventures-in-statistics-2/multiple-regression-analysis-use-adjusted-r-squared-and-predicted-r-squared-to-include-the-correct-number-of-variables>
33. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*. 2010;50:36-47. Doi:10.1093/geront/gnp067.
34. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online J Rural Nurs Health Care*. 2010;10:45-54. Doi:10.14574/ojrnhc.v10i2.55.