

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน

Perceived social support of community-dwelling rural elderly in northern Thailand

พยาม การดี, พย.ม., พรรณพิมล สุขวงศ์, พย.ม. และดาว เวียงคำ, ศ.ด.

Phayam Kande, M.N.S., Panpimol Sukwong M.N.S. and Dao Weiangkham, Dr.P.H.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

School of Nursing, University of Phayao

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดพะเยา และจังหวัดลำพูน

วัสดุวิธีการ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพ เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง อายุระหว่าง 60–89 ปี อาศัยอยู่ในเขตชนบทภาคเหนือตอนบนคือ จังหวัดพะเยาและจังหวัดลำพูน จำนวน 98 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล ทั้งด้านความต้องการและการตอบสนอง พบแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่ง คือ ครอบครัวคือศูนย์รวมความรัก วัตถุประสงค์กลางพักใจ และโรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ

สรุป มุมมองตามการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การรับรู้ ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม

Abstract

Objectives To explore social support perceived by community-dwelling rural elderly in Phayao and Lamphun provinces.

Materials and method This qualitative descriptive study was employed purposive sampling to recruit 98 elderly people, who aged 60-89 years and lived in rural areas of two provinces of northern Thailand i.e. Phayao and Lamphun. In-depth interviews and focus groups were used as the methods of data collection. Data were analyzed using content analysis.

Results Participants perceived that social support specifically related to psychological/mental needs and responses. The participants also described main sources of social support. These were identified as three subthemes: family as a center of love, temple as a center of mind, and hospital as a center of support.

Conclusion Perceived social support of elderly and relevant factors are important for developing model of elderly care in community and hospital so as to enhance potential and quality of life in this population.

Key words: elderly, perceived, social support

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในภาคเหนือมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ๒๕๕๗ พบร้อยละ 18.6 และดัชนีการสูงอายุ 104.6¹ ในขณะที่การสูงวัยของประชากรไทย พบผู้สูงอายुर้อยละ 15.3 ดัชนีการสูงวัย 83.1¹ ภาคเหนือจึงถือเป็นพื้นที่ ที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงสุด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่ายและเรื้อรัง ซับซ้อนและหลายระบบ กลุ่มอาการของโรคที่พบมากที่สุด 5 ลำดับคือ โรคระบบไหลเวียนและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคระบบกระดูกและข้อ โรคหัวใจ และอัมพฤกษ์อัมพาต^{1, 2} ด้านสุขภาพจิต กลุ่มอาการของโรคที่พบมากที่สุด 3 ลำดับ คือ กลุ่มโรคจิต โรควิตก

กังวล และโรคซึมเศร้า³ ปัญหาที่รุนแรงและสำคัญ คือ อัตราการฆ่าตัวตาย ซึ่งจังหวัดทางภาคเหนือหลายจังหวัดยังคงมีสถิติอยู่ในอันดับต้นของประเทศ อัตราการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มอายุ พบสูงถึงร้อยละ 12.4⁴ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ภาระพึ่งพิงของประชากรสูงอายุภาคเหนือเพิ่มสูงขึ้นกว่าภูมิภาคอื่น⁵

ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย มีเอกลักษณ์วัฒนธรรมที่เรียกว่า ล้านนา และชนเผ่าที่โดดเด่น⁵ คนล้านนา มีความเชื่อพื้นฐานสำคัญที่ใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจอยู่สองอย่าง คือ การนับถือผี และความศรัทธาที่มีต่อพระพุทธศาสนา ภาพที่เกิดขึ้นในสังคมนี้จึงเป็นลักษณะการนับถือผีปะปนไปกับพระพุทธศาสนา ดังสะท้อนปรากฏในวัฒนธรรม

ประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ^{6, 7} และปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนในเขตชนบทโดยเฉพาะกลุ่มของผู้สูงอายุ นอกจากนี้สภาพสังคม วัฒนธรรมและประเพณีท้องถิ่นทางภาคเหนือยังเสริมสร้าง หล่อหลอมให้บุคลิกภาพของชาวล้านนาเป็นผู้มีความสุขุม นุ่มนวล รักความสงบ ถ้อยทีถ้อยอาศัย⁸ ส่วนด้านการแสดงออกทางความคิดและความรู้สึก มักแสดงออกอย่างอ้อมค้อม โดยเฉพาะความรู้สึกไม่พึงพอใจจะมีลักษณะกระทบกระเทียบและเปรี้ยวเปรย⁷

กลไกการเผชิญกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอย่างเพียงพอจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย⁹ House¹⁰ ได้อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของบุคคลซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านต่างๆ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (emotional support) 2) ด้านสิ่งของหรือให้บริการ (instrumental support) 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) ด้านการประเมินและการสะท้อนคิด (appraisal support) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของสุขภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุทั้งที่สุขภาพดีและมีความเจ็บป่วย

งานวิจัยจำนวนมากแสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ¹¹⁻¹⁶ ในบริบทวัฒนธรรมสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบท มีการศึกษาที่พบว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญ คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อน¹⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แต่

การศึกษานี้พบว่า การให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของครอบครัวไม่สัมพันธ์กับการรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ¹⁸ การศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนจะเกิดผลต่อการช่วยเหลือ การดูแล หรือความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุต้องผ่านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว แม้จะให้เพียงพอก็อาจไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ความชุกของปัญหา รวมถึงผลกระทบอย่างใดก็ได้ รายละเอียดเกี่ยวกับ ความหมาย การรับรู้ และความรู้สึกในจิตใจของผู้สูงอายุในเขตชนบทยังมีจำกัด ดังนั้น เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่ความเข้าใจถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิตให้มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ทั้งที่บ้าน ชุมชนและโรงพยาบาล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดพะเยาและจังหวัดลำพูน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย ประสิทธิภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย¹⁹ โดยเป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative description research) ซึ่งดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนกันยายน ๒๕๕๗ – เดือนมกราคม ๒๕๕๘ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่

ในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน ผู้วิจัยเลือกจังหวัด ลำพูนและจังหวัดพะเยา เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีสถิติ อัตราการฆ่าตัวตายสูงและอัตราการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำ 31.98 และ 32.79 ตามลำดับ⁴ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ คือ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในเขตชนบทของ อ.เชียงคำ และ อ.แม่ใจ จ.พะเยา และ อ.บ้านธิ และอ.ป่าซาง จ.ลำพูน 3) มีสภาวะจิตใจปกติ คัดเลือกโดยคัดกรอง ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย²⁰ 4) สามารถพูดคุยสื่อสารด้วยภาษาถิ่นเหนือหรือภาษาไทยกลางได้ 5) เป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถ กำหนดจำนวนที่แน่นอนไว้ก่อนได้ เนื่องจากการ วิจัยเชิงคุณภาพจะยุติการเลือกผู้ให้ข้อมูลเมื่อได้ ข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturated) ซึ่งจำนวนผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 40-200 คน^{21, 22} ผู้วิจัยเน้น กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและครอบคลุม ทุกกลุ่ม ทั้งการศึกษาอายุ เพศ สถานภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงผู้ที่มีการประสบความสำเร็จในชีวิต มีบทบาททางสังคม และผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือ ผ่านวิกฤตในชีวิต ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูล ผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และเทคนิค การบอกต่อ (snowball sampling) เพื่อเชิญเข้าร่วม การวิจัย ผู้สูงอายุจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย การรับรองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้ง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) บันทึกภาคสนามและเครื่องบันทึกเสียง ผู้วิจัย

ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้วิธีการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มตามแนว คำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการ ศึกษา ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น ช่วยเล่าประสบการณ์ ตัวอย่าง ช่วงที่ท่านมีความสุข/สุขภาพแข็งแรง? ท่าน ทำอย่างไรให้สิ่งนั้นคงอยู่หรือเกิดอย่างต่อเนื่อง? เกี่ยวข้องกับใครบ้าง? ช่วยเล่าประสบการณ์ตัวอย่าง ช่วงที่ท่านไม่สบายใจ/เจ็บป่วย? ท่านเป็นอย่างไร? ใครสามารถช่วยท่านได้บ้าง? ช่วยเหลืออย่างไร? และท่านอยาก/ต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไร? ชีวิต ประจำวันท่านเป็นอย่างไร? มีคนว่ากล่าวตักเตือน ท่านหรือไม่? อย่างไร? ช่วยเล่าประสบการณ์ของ ท่าน เป็นต้น และผ่านการตรวจสอบความชัดเจนและ ความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านระเบียบวิธี วิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและนำไปใช้กับผู้ ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนและ การสื่อความหมายก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยซึ่งได้ ผ่านการเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพและการ พัฒนาองค์ความรู้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการในการ วิจัยเชิงคุณภาพอีกทั้งผู้วิจัยมีถิ่นกำเนิดและอาศัยอยู่ ในเขตภาคเหนือตอนบนสามารถใช้ภาษาท้องถิ่นใน การสื่อสารได้เป็นอย่างดี วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูล อำเภอละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน โดยผู้วิจัยใช้ คำถามที่สร้างขึ้นและมีผู้สังเกตการณ์ 1 คน ซึ่งไม่มี ส่วนร่วมในการสนทนา สังเกตปฏิบัติการของกลุ่ม สภาพแวดล้อมและบันทึกการสนทนาและปฏิบัติการ

ที่เกิดขึ้นร่วมกับมีการใช้เครื่องบันทึกเสียง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก หลังการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยใช้คำถามตามประเด็นที่สร้างขึ้น และสัมภาษณ์โดยลื่นไหลไปตามข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่า ผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกทางความคิด สภาพแวดล้อม โดยขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงและภาพพร้อมกับจดบันทึก จำนวน 2 ครั้ง ทั้ง 98 คน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที จนกระทั่งข้อมูลมีการอิ่มตัวและไม่ปรากฏข้อมูลใหม่ สถานที่ที่ใช้สัมภาษณ์ ใช้อาคารอเนกประสงค์ของหมู่บ้าน หรือที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หรือบ้านของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินไปพร้อมกันกับการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)²³ โดยการถอดข้อมูลจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นอ่านบทพรรณอย่างละเอียดในข้อมูลที่ได้เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาทั้งหมด จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูล แยกแยะเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถจัดกลุ่มสาระหรือประเด็นแนวคิด และนำกลุ่มคำ ข้อความ ประโยคนั้นมาตีความให้ความหมาย นำข้อมูลที่ได้เข้าๆ ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลมีความอิ่มตัวมาจำแนกเป็นหัวข้อ โดยพิจารณาจากคำถามการวิจัยและความครอบคลุม ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อความตามลักษณะที่ปรากฏ และนำเสนอผลการวิจัยโดยอธิบายในแต่ละประเด็นพร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบ

มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ โดยมีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) โดยตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลและจากเอกสาร ส่วนด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายวิธีได้แก่ การ

สังเกต การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม และในด้านผู้วิจัย โดยการนำทีมผู้วิจัยมาวิเคราะห์ข้อมูลเดียวกันและนำผลการวิเคราะห์โดยภาพรวมให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบให้ข้อคิดเห็น การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 57 02 04 0010

ผล

การศึกษารั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 98 ราย เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทของ 2 จังหวัด คือ จังหวัดลำพูน 46 คนและจังหวัดพะเยา 52 คน เป็นเพศชายร้อยละ 48.98 (48 ราย) และเพศหญิงร้อยละ 51.02 (50 ราย) มีอายุระหว่าง 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 70 ปี 8 เดือน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 50 (49 ราย) รองลงมาช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 35.71 (35 ราย) และช่วงอายุ 80-89 ปี ร้อยละ 14.29 (14 ราย) ตามลำดับ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้ายร้อยละ 53.06 (52 ราย) รองลงมาสถานภาพคู่ร้อยละ 41.84 (41 ราย) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 60.2 (59 ราย) รองลงมาคือ ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.76 (37 ราย) และระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 2.04 (2 ราย) ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.45 (22 ราย) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.37 (18 ราย) และพบน้อยที่สุดคือ โรคเมเร็ง ร้อยละ 2.04 (2 ราย)

ข้อค้นพบจากการศึกษาตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคมพบความหมายสะท้อนการรับรู้ที่สำคัญเน้นไปทางจิตใจ คือ “เรื่องของจิตใจต้องใช้ใจดูแล” ซึ่งรับรู้ในความต้องการตอบสนองในด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ได้แก่ความรัก ความเอาใจใส่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ในด้านการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ความปลอดภัย ซึ่งได้พบสาระสำคัญ 3 ประเด็น พร้อมประเด็นย่อย ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ครอบครัว คือ ศูนย์รวมความรัก ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ตนเองตามการรับรู้ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ครอบครัวถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมหน่วยแรกและสำคัญที่จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสามารถอธิบายได้ 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1.1 ลูกคือชีวิต เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับรู้และมองถึงที่พึ่งของชีวิตของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นทั้งความหวัง กำลังใจ ความภาคภูมิใจ ความคิด และการตัดสินใจ ที่ผู้สูงอายุจะยกทุกสิ่งของตนฝากไว้ที่ลูกเป็นตัวแทนและในขณะเดียวกันสิ่งที่อยากได้รับการตอบสนองจากลูก คือ ความรัก ความเคารพ ความเอาใจใส่ ความมั่นคง ที่จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ต่ออย่างมีความสุขและพร้อมจากไปอย่างสงบ สะท้อนดังตัวอย่างคำพูดดังต่อไปนี้

“ลูกคือที่พึ่งของยาย เป็นที่ปรึกษา เป็นหูเป็นตา เป็นคนตัดสินใจทุกอย่าง เราแก่แล้วคิดไม่ออก บอกไม่ถูกก็ต้องฝากลูกเป็นตัวแทนเรา...”

“เรารักเขา รักตั้งแต่เกิด จนหมดลมหายใจ แม้เขาจะอยู่ไกล เขาไม่เคยทิ้ง มาหา ไทมา ...ตา

ก็สุขใจละ ฝากผีฝากไข้และฝากชีวิตไว้กับเขา...”

“การอยู่กับลูกกับเต้า การรับรู้ว่าเขาสบายใจ เขามีความมั่นคง มีหน้าที่การงาน เราก็ภาคภูมิใจ ยายเจ็บป่วย เขาไม่เคยทิ้งขว้าง...”

1.2 หลานคือจิตใจ เป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้และเป็นที่พึ่งพาในส่วนของการได้รับการตอบสนองทางอารมณ์และการช่วยเหลือในชีวิตที่เหลืออยู่ หลานคือบุคคลที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความสุข มีความหวังในการเฝ้ามองการเจริญเติบโต การได้ผูกพันโดยการเลี้ยงดูและดูแลได้ อย่างเต็มที่โดยที่ไม่ต้องกังวลเรื่องงาน การประกอบอาชีพเหมือนตอนเลี้ยงลูก ผู้สูงอายุจึงมีเวลาเต็มที่ในการอยู่กับหลาน ผู้สูงอายุมองว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตที่เหลืออยู่มีชีวิตชีวาและมีความหมาย แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ได้มีหลานสายตรงหรือได้เลี้ยงดูโดยตรง แต่หลานคือตัวแทนของลูกที่มีทั้งความรัก ความผูกพัน สะท้อนตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ยายมีหลานอายุ 3 ขวบ หลานทำให้ยายมีความสุข ยายช่วยเลี้ยงดูมาตั้งแต่เกิด เขาทำให้ยายยิ้ม หัวเราะ หายเครียด เพลินไปกับเขา...เขาทำให้ยายอยากแข็งแรงและอยากหายความเจ็บป่วย...เพื่อดูเขาตอนเรียนหนังสือ และได้ทำงานที่ดี...”

“หลานตาเป็นหนุ่มเป็นวัยรุ่น ตาช่วยดูแลช่วยดักเตือน เขาก็เชื่อฟัง ตายู่กับเขามากกว่าพ่อแม่เขานึก พ่อแม่เขาไปหาเงิน หลานจึงเป็นทั้งเพื่อนทั้งลูกและเป็นหลาน ไปไหนก็พาไป...ตอนนี้รักเขามาก เป็นที่พึ่งได้ ใช้งานได้...”

“บางครั้งเหนื่อย ทุกข์กับการเลี้ยงหลาน ต้องพูด ต้องตาม เขาชน แต่ตรงกันข้าม รักไม่มีที่สิ้นสุด บางครั้งเขาไปโรงเรียนก็เหงา...หลานทำให้เรามีความสุข ทำให้ชีวิตมีหน้าที่ มีคุณค่าอีกครั้ง

ตาอยากมีชีวิตอยู่ต่อ อยากแข็งแรงเพื่อดูเขาเติบโตต่อไป...”

1.3 คู่ครองคือกัลยาณมิตร เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมในคู่ครองของตน โดยข้ามผ่านความล้มพินิจในฐานะคู่สามี ภรรยา การดำเนินชีวิตจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณครองคือมิตรแท้ เพื่อนแท้ เพื่อนตาย ที่จะเคียงคู่อยู่ใกล้ๆ และพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ด้วยความจริงใจ รู้สึกอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย เป็นที่รับฟัง เป็นที่ปรึกษา และที่พึ่งทางใจ สะท้อนตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“อยู่ด้วยกันมา เหมือนเป็นคู่บุญ คู่กรรม ร่วมทุกข์ ร่วมสุข ตั้งแต่ไม่มีบ้าน ไม่มีลูก มาตอนนี้ก็คือเพื่อนที่ดี อยู่คู่กันมาแม้บางครั้งผิดเถียงกัน เข้าใจไม่ตรงกัน เราไม่เคยทิ้งกัน”

“บางครั้งไม่ได้อยู่กับลูกกับหลาน แต่อยู่กับตาแก่ตลอด ก็อุ่นใจ พูดคุยกันได้ยินบ้าง ไม่ได้ยินบ้างแต่ก็เข้าใจ เราเข้าใจกันที่สุดแล้ว ช่วยเหลือกันไปอยู่เป็นคู่กันไป เรารู้ว่าแกอยู่ข้างๆ ก็อุ่นใจแล้ว...”

แม้ว่าบางส่วนคู่ครองได้เสียชีวิตไปแล้ว แต่ความรักและที่พึ่งทางใจในฐานะคู่ชีวิต ยังคงระลึกถึงและพูดถึง อย่างด้วยความซาบซึ้งภาคภูมิใจ นำสิ่งที่เคยพูดคุย เคยร่วมคิดร่วมสร้างกันมา มาเป็นที่พึ่งเป็นแนวทางในการดูแลตนเองและเลี้ยงดูลูกหลาน สะท้อนดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ตาตายไป 25 ปีที่แล้ว ตายตอนยายอายุ 42 ยายก็ไม่เคยแต่งงานใหม่ ยายก็อยู่กับลูกกับหลาน อยู่กับสิ่งที่เราได้ร่วมกันสร้างมา มันคือเป็นตัวแทนของตา ยังคงเป็นที่พึ่ง เป็นกำลังใจ ยังประทับใจในการดูแลกันมา...”

“ยายแกไม่ค่อยสบาย เจ็บออกๆ แอดๆ มาตลอด เป็นหลายโรค ตาก็ดูแล พูดคุยไป อยู่เป็น

คู่กันไป จนไปอยู่โรงพยาบาลและจากไปแล้ว...ก็ยังคงคิดถึง คอยเอาสิ่งที่เราพูดคุย สิ่งที่เคยคิดร่วมกันมา สอนลูกสอนหลาน เอาความหวัง ความฝันของยาย มาสอนลูกหลานเสมอ...”

ประเด็นที่ 2 วัดคือศูนย์กลางพักใจ ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุทั้งหมดรับรู้และถือเป็นสิ่งที่สำคัญวัดเป็นสถานที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำกิจกรรมตามหลักศาสนาที่ตนเองยึดถือ ศรัทธา ถือเป็นแรงที่จะนำมาซึ่งการปรับปรุงจิตใจ มีจิตใจที่เป็นสุข รู้จักปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ สะท้อนให้เห็นการรับรู้ “คำสอนหลักธรรมคือสติและสมาธิ” ที่จะนำไปสู่การรู้จักการปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ สะท้อนดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ความสุขสงบของตา คือการไปวัด อย่างวันไหนวันพระ ก็ต้องเตรียมตัว การเตรียมตัวไปวัดก็ต้องทำตามหลักธรรม ใส่ชุดขาวไปฟังเทศน์ การฟังเทศน์คือความสุข สงบใจ ที่ได้ฟังเรื่องของธรรมะของพระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าท่านสอนให้คนเป็นคนดี ให้คนพบความสงบสุขอย่างแท้จริง...”

“การไปวัดช่วยได้หลายๆ อย่าง วัดเป็นที่ร่มเย็น ถ้าเราไปแล้ว เราเครียดมาจากบ้าน มาจากที่อื่น ใจไม่สงบ ถ้าเราไปถึงวัด เราก็ร่มเย็น สบายใจเหมือนเดิมนสติให้เราหยุดไตร่ตรองพิจารณาเรื่องต่างๆ ทำให้เราสงบ บางครั้งเหมือนสิ่งที่บำรุง ปรับใจให้เราอยู่ได้ อดภัยได้ ปล่อยวางได้...”

“การไปวัด ไปทำบุญทำทาน ไหว้พระสงฆ์ เอาคำสอนของพระพุทธเจ้า พระธรรมมาเป็นที่พึ่งอย่างแรกก็คือความสงบสุข เป็นที่พึ่งของจิตใจ หากใจเราสงบ เราก็ปลงต่อทุกสิ่งทุกอย่างได้ ไม่ทุกข์มากละ...”

ประเด็นที่ 3 โรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุรับรู้ความเสื่อมถอยของร่างกายและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของตนเอง ที่ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุคือโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องไปโรงพยาบาลในรูปแบบของการรักษาที่ต่อเนื่องการไปตามนัดของการรักษา การไปนอนพักที่โรงพยาบาลเป็นครั้งคราวจากความเจ็บป่วยและส่วนน้อยที่ยังคงมีสุขภาพดี แต่ก็รับรู้ว่ามีอายุมากขึ้น นอกจากบ้าน สถานที่ที่ต้องไปคือโรงพยาบาล สะท้อนให้เห็นแรงสนับสนุนการเป็นศูนย์กลางความช่วยเหลือ ประกอบด้วย 2 ประเด็นดังต่อไปนี้

3.1 หมอและพยาบาล คือครูและผู้รักษา การรับรู้ของผู้สูงอายุ คือ เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขคือหมอและพยาบาล รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในด้านข้อมูลการเจ็บป่วย อาการและโรค รวมถึงความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่างๆ ที่ต้องเชื่อฟัง ต้องปฏิบัติตามเพื่อพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น สะท้อนดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ไปหาหมอเราก่อนใจว่าปลอดภัย สุดแล้วแต่หมอจะดูแล หมอบอกนะ เราต้องทำตามหมอมอว่าเรียนมา เราต้องถาม ต้องขอข้อมูลและทำตาม หากไม่เชื่อหมอ ไม่ทำตามก็เป็นหนักขึ้น ขึ้นตอนก็จะมากกว่าเดิม...”

“ตาเป็นเบาหวาน ต้องไปหาหมอดำเนินการหมอจะพาไปห้องอบรม การดูแลตนเอง การกินได้ กินไม่ได้ การใช้ชีวิต เราก็คงทำตาม หากไม่ทำก็เป็นอย่างหมอมว่า ต้องกลับไปรักษาบ่อยขึ้น หรือต้องไปนอนค้างโรงพยาบาล...”

3.2 ผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลคือ เพื่อน การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยเมื่อต้องเข้ารับบริการหรือการรักษาในโรงพยาบาลคือ ความต้องการ ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ความรู้สึกร่วมกันเกิดขึ้นเมื่อไปพบเจอผู้ที่มีอาการ การเจ็บป่วยหรือลักษณะการรักษาที่คล้ายคลึงกัน ก็ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ รู้สึกอุ่นใจ มีกำลังใจ ไม่แปลกแยกและผิดปกติ นำไปสู่การยอมรับกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่จะได้รับมากขึ้น มีเพื่อนผู้ป่วยทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และสามารถยอมรับความเป็นจริงของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งความเจ็บป่วย การรักษาที่ดีขึ้นหรือแม้กระทั่งเห็นผู้ที่เสียชีวิต การรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ สามารถยอมรับความจริงและเผชิญกับ ความเจ็บป่วยได้เป็นเรื่องธรรมดาเช่นเดียวกับคนอื่น สะท้อนดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“อยู่บ้านเราเหมือนไม่มีใครเจ็บไข้ได้ป่วย เราคิดว่าเราเจ็บป่วยอยู่คนเดียว พอไปโรงพยาบาลคนเจ็บป่วยเต็มไปหมด เป็นเหมือนเรา เจ็บป่วยหนักกว่าเราก็มีย เรามีเพื่อน ไม่โดดเดี่ยว ไม่กลัวอะไร เป็นเรื่องธรรมดา ถึงที่สุดแล้ว จะหายหรือจะตายก็เป็นเรื่องธรรมดา...”

“ยายไปโรงพยาบาล จนหมอเขารู้จัก โรคอย่างยายมีคนเป็นกันเยอะ เป็นเหมือนกันหมด ไปรู้จักกันที่โรงพยาบาล คนบ้านนั้น บ้านนี้ เขาเล่าให้ฟังว่าเป็นอย่างไร ได้พูดคุยกัน รู้สึกแบ่งเบาคลายความเจ็บป่วย เราไม่ได้เจ็บป่วยอยู่คนเดียว อุ่นใจ มีเพื่อน บางคนก็หายได้ออกจากโรงพยาบาล บางคนก็อยู่จนพูดไม่ได้ ไม่ได้กลับบ้าน หมอรักษาไม่ได้ก็หมดกรรม ตายไป เป็นธรรมดา...”

นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นที่ผู้สูงอายุบางส่วนได้กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ คือ เพื่อนบ้านซึ่งรับรู้ทั้งทางบวกและทางลบ อธิบายว่าเหมือนพี่น้องที่คอยพูดคุยและสอบถามสุขภาพชีวิตประจำวัน ส่วนทางด้านลบ คือ รับรู้ว่าต่างคนต่างอยู่และต่างต้องดูแลตนเอง ส่วนการมีชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านรับรู้ว่าเป็นแหล่งที่พบปะพูดคุยทำกิจกรรมร่วมกันแต่บางส่วนก็เห็นว่าขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยและความสูงอายุ การมีส่วนร่วมและการรับรู้ก็จะลดลงตามไปด้วย แต่เนื่องจากประเด็นเหล่านี้มีข้อมูลเพียงบางส่วนและมีการกระจายของข้อมูลจึงไม่สามารถสรุปเป็นข้อค้นพบและสร้างประเด็นสาระในผลการวิจัยครั้งนี้

วิจารณ์

แรงสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งประโยชน์ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตและเผชิญกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมได้ ซึ่งข้อค้นพบตามการรับรู้คือ “เรื่องของจิตใจต้องใช้ใจดูแล” โดยเน้นไปในรูปแบบการตอบสนองความต้องการทางจิตใจ อารมณ์ เป็นสำคัญ แม้ว่าส่วนหนึ่งพบด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ เพื่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ แต่นำมาซึ่งความปลอดภัย ความอุ่นใจและความมั่นคงในการมีชีวิตที่ยืนยาว ซึ่งได้สะท้อนตามการรับรู้ใน 3 ประเด็น ได้แก่ ครอบครัว คือศูนย์รวมความรัก วัดคือศูนย์กลางพักใจ และโรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ ซึ่งแสดงให้เห็นระบบและกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย อธิบายได้ว่า ชุมชนชนบทจะมีความผูกพันกับศูนย์กลางสถานที่สำคัญของชุมชน ได้แก่ บ้าน

วัด โรงพยาบาล เนื่องจากสถานที่เหล่านี้เป็นศูนย์รวมและศูนย์กลางของการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ จึงรับรู้และคุ้นเคยกับสถานที่เหล่านี้เป็นอย่างดี จึงรับรู้ว่าทั้ง 3 แห่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของตน แต่ความต้องการในการตอบสนองและแรงสนับสนุนจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด

ประเด็นแรก บ้านหรือครอบครัวคือศูนย์รวมของความรัก ความต้องการของผู้สูงอายุจากครอบครัว คือความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่ และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ลิ้ประเสริฐ²⁴ และการศึกษาของพรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ¹⁸ พบว่าผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับปานกลางถึงสูง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง²⁴ การรับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต¹⁸ การศึกษาในต่างประเทศก็พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมรวมถึงแรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความผาสุกในชีวิต²⁵ สุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสัมพันธ์ในทางลบกับภาวะซึมเศร้า²⁶ สัมพันธ์ทางบวกกับลักษณะครอบครัวสมาชิกและความสัมพันธ์ในครอบครัว²⁷

ส่วนในประเด็นของ วัดคือ ศูนย์กลางพักใจ คือเป็นแรงที่ให้ความสงบสุข ให้สติและสมาธิในการคิดการพิจารณาในการดำรงชีวิตช่วงบั้นปลายสามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ศูนย์รวมทางจิตใจที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องและสะสมมาถึงบั้นปลายของชีวิตในการคิดและพิจารณาผ่านหลักคิด

ทางพระพุทธศาสนา การใช้สติและสมาธิในการคิด การพิจารณา ทบทวน และการใช้ความสงบของจิตใจ ซึ่งแหล่งที่จะให้สิ่งเหล่านี้ได้ดีที่สุดคือ วัด แหล่งรวมจิตใจและพิธีกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ลิ้มประเสริฐ²² ที่ศึกษาแรงงานนอกระบบทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับในชุมชน ในจังหวัดแพร่ ที่พบว่า ผู้สูงอายุนำเอาหลักธรรมของพระพุทธศาสนา มาเป็นเครื่องช่วยจรรโลงจิตใจให้มีความสุข และการจัดการความเครียดส่วนใหญ่ นอกจากนี้ในส่วน ของศาสนายังมีความเชื่อมโยงและผสมผสานกับ วัฒนธรรมล้านนาและการนับถือผีของชาวชนบททาง ภาคเหนือ จนเกิดเป็นประเพณี พิธีกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการรับรู้แรงงานนอกระบบทางสังคมในการสร้าง ขวัญและกำลังใจเกิดความเป็นสิริมงคลและมีชีวิต อย่างสุขสบาย²⁸

ประเด็นสุดท้าย โรงพยาบาลคือศูนย์รวม ความช่วยเหลือเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุเนื่องจากเป็น แหล่งและสถานที่ ที่มีบุคลากรสามารถให้ความช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและ ถือเป็นที่พึ่งสำคัญเมื่อตนเองและลูกหลานไม่สามารถ ช่วยเหลือได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งบุคคลที่มีการ เปลี่ยนบทบาทอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านหรือเกิด ภาวะวิกฤติ การประคับประคองหรือสนับสนุนบุคคล นั้นให้เกิดความปลอดภัย มีคุณค่าหรือรู้สึกเป็นส่วน หนึ่งของสังคม จากการได้รับการดูแลเห็นอกเห็นใจ บุคคลนั้นจะสามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์นั้นๆ ได้²⁹ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าแรงงานนอกระบบทางสังคม จากเครือข่ายทางสังคมโดยเฉพาะสถานบริการและ โรงพยาบาล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุ ที่มีความเจ็บป่วยปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้ ตามศักยภาพ^{30, 31}

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากงาน วิจัยนี้ ศึกษาผู้สูงอายุในภาพรวม ช่วงอายุ 60-89 ปี ไม่แยกในแต่ละช่วงอายุซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน และศึกษาเพียง 2 จังหวัดของภาคเหนือตอนบน อาจ เทียบเคียงในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้ แต่ไม่สามารถ อ้างอิงไปสู่พื้นที่หรือบริบทอื่นได้ และสาระสำคัญของ แรงงานนอกระบบทางสังคมมีทั้งหมด 4 ด้าน¹⁰ แต่ผลการ ศึกษาที่ได้ยังไม่ครอบคลุมในด้านการประเมินและ การสะท้อนคิด อาจเนื่องจากเป็นประเด็นที่เข้าใจยาก สำหรับผู้สูงอายุประกอบกับสังคมชนบทภาคเหนือมี ลักษณะการให้คุณค่าของความสูงอายุและการนับถือ อาวุโส จึงควรเป็นประเด็นที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาต่อไปอาจเพิ่มการศึกษา ในบริบทและพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างของสังคม วัฒนธรรมเพื่อความชัดเจนขององค์ความรู้ในสังคม สูงอายุ และศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม ในการส่งเสริมแรงงานนอกระบบทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อก่อให้เกิดความเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

สรุป

การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงงานนอกระบบทาง สังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องการการตอบสนอง ด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ พบแรงงานนอกระบบทางสังคม มาจาก 3 แหล่ง คือ ครอบครัวคือศูนย์รวมความรัก วัดคือศูนย์กลางพักใจ โรงพยาบาลคือศูนย์รวมความ ช่วยเหลือ มุมมองตามการรับรู้และปัจจัยที่เกี่ยวข้องนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล เพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

References

1. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai population aging. Retrieved from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-480.pdf>. [27 April 2015]
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2013. Bangkok: Amarin; 2014.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The mental health of patient 2013. Retrieved from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> [10 March 2016]
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2013. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2013.
5. Office of the National Economics and Social Development Board. Annual report 2014. Retrieved from <http://www.oppo.opp.go.th/info/Aged%20IPSR%2010-1-57.pdf>. [27 May 2015]
6. Jongjitngam S. Lanna art & culture. Bangkok: Museum-press Publishing; 2012.
7. Dumrikul S. Lanna: Environment social and culture. Bangkok; Saengaroon print and pack; 1999.
8. Phanichphant V. Lanna culture. Chiang Mai: Silkworm books; 2005.
9. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social supports and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000. p.137.
10. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
11. Kulvai O, Kaewkingkaew S, Seeherunwong A. The relationship between hardiness, social support and self-care agencies among the elderly. J Psychiatr Nurs and Mental Health (Thai). 2010;24:36-49.
12. Sirotamarat P, Surinya T. Loneliness, self efficacy, social support and psychological well-being of the elderly at Amphoe Mueang, Nonthaburi province. Bulletin of Suan Prung 2010;26:50-61.
13. Nidanunchai S, Suntithirasak M. Social support and environment that affect the care of the elderly in Samut Prakan province. J Nurs Division 2010;37:64-72.
14. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social network types among older adults: a Multidimensional Approach. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2007;62:322-30.
15. Fiori KL, Jager J. The impact of social support networks on mental and physical health in the transition to older adulthood: A longitudinal, pattern-centered approach. Int J Behav Dev 2011;36:117-29.
16. Feng D, Ji L, Xu L. Mediating effect of social support on the association between functional disability and psychological distress in older adults in rural China: Does age make a difference?. PLoS ONE 2014;9: e100945. doi:10.1371/journal.pone.0100945.
17. Malathum P. A model of factors contributing to perceived abilities for health-promoting self-care of community-dwelling Thai older adults. [thesis].Texas: The University of Texas at Austin; 2001.
18. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. Rama Nurs J 2009;15:431-48.
19. Kande P, Sukwong P, Weiangkham D. Experience in self-care regarding mental health care among the elderly in rural areas of upper northern Thailand. Phayao: University of Phayao; 2015.
20. Ukranan P, Mongkol A, Huttapanom W, Kittiwattanachod S, Sriwised S, Romsai P et al. Development and psychometric property testing of Thai geriatric mental health assessment. J Psychaitr Assoc Thai 2015;60:35-48.

21. Chirawatkul S. Qualitative study in nursing. Bangkok: Witthayaphat; 2012.
22. Oumtanee A. Qualitative research in nursing. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010.
23. Junthawanit S. Qualitative research. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2005.
24. Leepraseat L. Social support received by the elderly in Nakae community Huay-Or Subdistrict, Long District, Phare Province [independent study]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2006.
25. Phillips DR, Siu OL, Cheng KHC. Informal social support and older persons psychological well-being in Hong Kong. *J Cross Cult Gerontol* 2008;23:39-55.
26. Tajvar M, Fletcher A, Grundy E, Arab M. Review article social support and health of older people in middle eastern countries: a systematic review. *Australas J ageing*. 2013;32:71-78. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2012.00639.
27. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Gonzales FT, Stankunas M, Lindert J, et al., Social support, scio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS ONE* 2013;8: e54856. doi:10.1371/journal.pone.0054856.
28. Taoprasert Y. Maintaining a healthy lifestyle in folk medicine Lanna. Chiang Mai: Vanida Press; 2003.
29. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. Social relationships and health. New York: Oxford University Press; 2000.
30. Siripitayakunkit A. Social support: an important factor to care for persons with diabetes mellitus. *Rama Nurs J* 2010;16:309-22.
31. Rodklom W, Wattanasupt N, Suphunnakul P, Suwanpratest O. Social support and health belief in self-care behavior among essential hypertension patients receiving services at Promphiram Hospital, Phitsanulok Province. *J Nurs Health Sci* 2012;6:76-88.