



ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น*

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ ปร.ด.**

อัมพรพรรณ ชีรานูตร ปร.ด.***

(วันรับบทความ: 5 กรกฎาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 13 สิงหาคม พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 16 สิงหาคม พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่เพียงลำพัง อาศัยในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 400 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (TMHI-15) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.92; 0.94; 0.93 และ 0.97 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.75 มีคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าระดับเกณฑ์ปกติ ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ วิธีการจัดการปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ($r = .16; r = .15; r = .13; r = .12; r = .35; r = .43; r = .57; p < .05$) ตามลำดับ หน่วยงานภาครัฐและองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรออกแบบในการช่วยเหลือการจัดระบบสวัสดิการและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ชุมชนเขตเมือง

*ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีงบประมาณพ.ศ. 2563

**อาจารย์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: sariju@kku.ac.th Tel: 088-3296104



Mental Health Status and Factors related on Mental Health Status of the Older Adults Living Alone in Mueang District, Khon Kaen Province*

Sarinrut Juntapim PhD**

Ampornpun Theranut PhD***

(Received Date: July 5, 2021, Revised Date: August 13, 2021, Accepted Date: August 16 August, 2021)

Abstract

This descriptive research aimed to examine mental health status and factors related to mental health conditions among the elderly in urban communities. The study sample consisted of elderly people aged 60 years and over living alone in Muang district. Khon Kaen Province, 400 people selected according to the specified qualifications Data was collected between August and December 2020. The tools used for data collection consisted of general questionnaire. problem management questionnaire Family relationship assessment form Social Support Assessment and the short 15-item Thai Geriatric Mental Health Indicators had an alpha coefficient. Cronbach were 0.92; 0.94; 0.93 and 0.97, respectively, data were analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient statistics.

The results showed that most of the sample group, 57.75 percent, had a score of mental health status below the norm. (Mental Health Score = 42.03, SD = 4.26) Gender factor Education level, income, health status, coping patterns were positively correlated with mental health status of the elderly alone ($r=.16$; $r=.15$; $r=.13$; $r=.12$; $r=.35$; $p < .05$ respectively) Social support and family relationships were positively correlated with mental health status of the elderly alone at moderate level ($r=.43$; $r=.57$; $p < .05$, respectively). Government agencies and other relevant organizations should be designed to assist in the provision of welfare and social support for the older adults living alone.

Keywords: mental health status, older adults living alone, urban community

*Received financial supported by the Young Researcher Development Project of Khon Kaen University

**Lecturer Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Associate Professor, Faculty of Nursing , Khon Kaen University

**Corresponding Authors E-mail: sariju@kku.ac.th Tel: 088-3296104



บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ทั้งนี้เป็นผลจากระบบบริการทางด้านสาธารณสุขและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น มีอายุยืนยาวมากขึ้นและมีอัตราการตายลดลง ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น¹ ซึ่งจากการคาดคะเนขององค์การสหประชาชาติรายงานว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกถึง 1,963 ล้านคน^{2,3} ทั้งนี้จากการสำรวจในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 10.78 ล้านคนหรือร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2563 โดยสถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นท้าทายคือ พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังคนเดียวในครัวเรือนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพียงลำพังร้อยละ 3.6 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3 และในปี 2550 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพียงลำพังร้อยละ 7.7 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีสัดส่วนสูงขึ้น ในปี 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 6 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 16 ในปี 2564 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 9 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19^{4,5}

ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังนั้นพบว่าต้องรับภาระดูแลสภาพความเป็นอยู่และดูแลสุขภาพที่เสื่อมลงและมีโรคต่างๆ ตามวัยด้วยตัวเองเพียงลำพัง ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งและกลุ่มที่ไม่ได้เตรียมความพร้อมในการอยู่ตามลำพัง⁷ ซึ่งผลกระทบของการอยู่ตามลำพังนั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีทั้งต่อด้านจิตใจ คือทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ หมดหวังในชีวิต⁶ ในด้านร่างกายก็พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นั้นมีโรคประจำตัว ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่มักมีความไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดอุบัติเหตุแก่ตัวผู้สูงอายุได้ และด้านความมั่นคงในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังอาจได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจหากไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมมาก่อน เพราะต้องเผชิญปัญหาค่าใช้จ่ายเพียงลำพัง⁷ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนี้

ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางในการดำรงชีวิต หากผู้สูงอายุผู้นั้นไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมให้กับตนเองไว้ล่วงหน้า จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁸⁻¹⁰

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน^{11,12} พบว่าเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าเพศหญิง¹³ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า^{14,15} ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ รายได้และความพอเพียงของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹⁶⁻¹⁸ อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคม โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญอันดับแรกคือ ครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ผู้สูงอายุจะต้องการช่วยเหลือจากครอบครัวก่อนแล้วจึงไปหาเพื่อนและเพื่อนบ้าน ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องในด้านต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจและอารมณ์มั่นคง มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม¹⁹ ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นส่วนใหญ่พบว่าเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว หรือบุตรหลานและญาติพี่น้อง แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ในชุมชนเขตเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

จังหวัดขอนแก่นมีประชากรทั้งหมดจำนวน 1,805,910 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 287,373 คน ร้อยละ 15.91 ประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.79 ในปี 2558 เป็น 15.91 ในปี 2563 โดยพบว่าจากรายงานสถานการณ์



ผู้สูงอายุจำนวนมากในเขตอำเภอเมือง พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน มีแนวโน้มสูงขึ้น ทั้งนี้จากประชาชนในเขตเมืองต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันในด้านต่างๆ มากขึ้นในการประกอบอาชีพ และวิถีในการดำเนินชีวิตอีกทั้งโครงสร้างของสังคมและครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของคนในครอบครัวห่างเหินเพราะการออกไปประกอบอาชีพของวัยทำงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล ทั้งให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนั้น พบว่าก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ อารมณ์และสังคมมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ คือ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่หมดหวังในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้าและนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่สำคัญที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ วิธีการเผชิญความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปสู่แนวทางการป้องกัน ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ได้แก่ ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน¹⁴ กล่าวได้ว่าความเครียดเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนและสิ่งแวดล้อมซึ่งอิทธิพลซึ่งกันและกันที่เกิดขึ้น

ตลอดเวลาเป็นภาวะที่บุคคลประเมินเหตุการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนและต้องการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อที่จะจัดการกับความเครียด/ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert¹⁵ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ตามแนวคิดของ ฟรายด์แมน (Friedman)¹⁶ ซึ่งหมายถึง การคงไว้การติดต่อสื่อสาร ความรักใคร่ห่วงใยซึ่งกันและกัน เป็นอีกปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่เพียงลำพัง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นคัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจากสูตร¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน เมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้วจากนั้นนำไปทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิเป็นระดับตำบล หมู่บ้าน และครอบครัว จากนั้นจึงทำการสุ่มจากแต่ละชั้นขึ้นมาทำการศึกษา โดยใช้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มขึ้นมาโดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นโดยอาศัยอยู่เพียงลำพังเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องในการรับรู้คิดและสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตเวช หมายถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 หรือ DSM-5 เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือ โรค Organic Brain



Syndrome โรค Dementia เป็นต้นซึ่งจะมีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (demographic data questionnaire) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และภาวะสุขภาพ

2. แบบสอบถามวิธีการจัดการปัญหา (ways of coping questionnaire, WOC) สร้างและพัฒนาโดย Folkman และ Lazarus²⁰ แปลเป็นไทยโดย สิริลักษณ์ วรธนพงษ์¹⁸ เป็นข้อคำถามที่ใช้ในการจัดการปัญหา 50 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน เครื่องมือชุดนี้เป็นการประเมินด้านการเผชิญความเครียด/การจัดการปัญหา โดยจะประกอบไปด้วยวิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหาและแบบจัดการกับอารมณ์/ปรับอารมณ์และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert¹⁵ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม 2) การรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น 4) การส่งเสริมให้รู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่าในตนเอง 5) การทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และ 6) การได้รับการชี้แนะ ซึ่งมีลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณ ค่า 7 ระดับ ได้แก่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) เฉยๆ (4 คะแนน) ค่อนข้างเห็นด้วย (5 คะแนน) เห็นด้วย (6 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7 คะแนน) มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คะแนนรวม 15-45 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนนรวม 46-75 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนรวม 76-105 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

4. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบสัมพันธภาพที่ดัดแปลงจากแบบสัมพันธภาพที่สร้างขึ้นโดย ฟรอมแมน เช่นเนตรแสง ตามแนวคิดของฟรอมแมน (Friedman, 1981)¹⁶ โดยปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อสัมพันธภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ 1) การมีความรักความห่วงใยซึ่งกันและกัน 2) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว 3) การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน 4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และ 5) การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 2 ระดับ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

5. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Indicators :TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต¹⁸ สำหรับแบบประเมินนี้ เป็นแบบประเมินที่ผ่านการศึกษาในขั้นตอนที่สมบูรณ์และเผยแพร่ในระดับประเทศที่กำหนด ผู้วิจัยกำหนดให้ เป็นตัวแปรตามของการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งหมด 15 ข้อ คำถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ 4) ปัจจัยสนับสนุนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน เมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้วและรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไรสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ เกณฑ์ที่ใช้เปรียบเทียบกับครั้งนี้ คือ ระดับค่าสุขภาพจิตของคนปกติส่วนใหญ่สามารถแบ่งออก 3 ระดับ ได้แก่ 1) 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (good) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าคนปกติส่วนใหญ่ 2) 43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคน



ทั่วไป (Fair) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ 3) 42 คะแนน หรือน้อยกว่าหมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ต่ำกว่า/น้อยกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ ในกรณีที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 20 ราย มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนนาคเท่ากับ 0.97

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE 632190 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ขั้นตอนการเก็บข้อมูลจนถึงขั้นตอน นำเสนอหรืออภิปรายข้อมูลในรายการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรี จังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบขอคำยินยอมการเป็นอาสาสมัครเมื่อผู้ปวยลงนามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้ผู้ปวยตอบโดยใช้เวลาในการตอบประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยจะลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่และร้อยละ หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพ การจัดการความเครียด/การเผชิญปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69 โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 70-74 ปีมากที่สุด ร้อยละ 31.30 มีสถานภาพสมรสหม้ายมากที่สุด ร้อยละ 57.30 รองลงมาสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 16.30 สถานภาพสมรส (แต่อยู่ลำพัง) ร้อยละ 15.50 และสถานภาพสมรส หย่า/แยก ร้อยละ 11 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาประถมศึกษาศึกษามากที่สุด ร้อยละ 70 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 17 ระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 7 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 4.80 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 1.30 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 64.80 รองลงมารายได้อยู่ในช่วง 3,001- 5,000 บาท ร้อยละ 15.30 และรายได้มากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 20 ตามลำดับ ส่วนภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.50 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 35.50

คะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 57.75 รองลงมา มีระดับคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 33.25 และ มีคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 9 ตามลำดับ ในส่วนระดับคะแนนวิธีการจัดการปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ร้อยละ 61.50 รองลงมามีวิธีการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ร้อยละ 38.50 ส่วนคะแนนการสนับสนุนทางสังคมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.00 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.25 และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 6.75 ตามลำดับ ส่วนคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.50 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.75 และระดับสูง ร้อยละ 5.75 ตามลำดับ

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ รูปแบบการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ($r=.16$; $r=.15$; $r=.13$; $r=.12$; $r=.35$; $p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังระดับปานกลาง ($r=.43$; $r=.57$; $p < .05$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล วิธีการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ต่อภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ภาวะสุขภาพจิต Mental Health	r^2	p
เพศ	.16	54.73	.002 [*]
ระดับการศึกษา	.15	130.19	.003 [*]
รายได้	.13	66.12	.012 [*]
ภาวะสุขภาพ	.12	53.67	.014 [*]
วิธีการเผชิญปัญหา	.35	48.32	.000 [*]
การสนับสนุนทางสังคม	.43	73.59	.000 [*]
สัมพันธภาพในครอบครัว	.57	127.98	.000 [*]

$p < 0.05$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่อยู่เพียงลำพังมีระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวต้องเผชิญกับความรู้สึกเหงา ความซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม และความรู้สึกของความล่อแหลมทางเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนอย่างมีนัยสำคัญมากกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่คนเดียว¹⁹⁻²³ ซึ่งผลการศึกษบางชิ้นยังแสดงให้เห็นว่าในหมู่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ผู้หญิงมีสุขภาพทางสังคมหรืออารมณ์ที่ต่ำกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกของความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปต้องเผชิญกับความท้าทายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจที่มักเกี่ยวข้องกัน กระบวนการชรา ปัญหาสุขภาพจิตที่น่าสับสนในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีวภาพ²⁴⁻²⁵ แต่พบว่าผลการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศเนื่องจากความแตกต่างด้านบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในแถบประเทศฝั่งตะวันตกมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ รอบตัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ส่วนหนึ่งมาจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการวางแผนชีวิตในเรื่องการเงิน การดูแลสุขภาพ รวมถึงโอกาสและความพร้อมในการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานภาครัฐ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล วิธีการเผชิญปัญหา สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ²⁶⁻²⁹ ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา โดยอธิบายได้ว่าการอยู่คนเดียวเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของความทุกข์ทางจิตใจในผู้หญิงสูงอายุและอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยบทบาททางเพศและสังคมวัฒนธรรมในบริบทของชุมชนเขตเมือง แม้ว่าผู้หญิงมักจะเปิดรับความสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าผู้ชาย แต่การอยู่คนเดียวมีแนวโน้มที่จะสร้างความเครียดมากขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้หญิง ซึ่งผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในเขตเมืองที่คนส่วนใหญ่จะต่างคนต่างอยู่และแทบจะไม่เชื่อมโยงและแบ่งปันความคิดกับผู้อื่นซึ่งนำไปสู่โอกาสสูงที่จะประสบกับปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุของชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ใช้ชีวิตเพียงลำพัง ขาดผู้ดูแล มีวิถีชีวิตที่ต่างคนต่างอยู่ เนื่องจากลักษณะความเป็นอยู่ที่ต้องดิ้นรน แข่งขันกันในการทำมาหาเลี้ยงชีพ โดยผู้สูงอายุหลายคนยังต้องทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมีน้อย โดยวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนชนบทจะได้รับความช่วยเหลือความเกื้อกูลในการดูแลจากเพื่อนบ้านมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนเขตเมือง



การศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษา รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ของภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่าการศึกษช่วยให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁴⁻²⁸ นั่นคือผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดลงและน้อยกว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ เนื่องจากการศึกษาช่วยเสริมสร้าง ความรู้ ทักษะการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพนั้นอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสุขภาพเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย นอกจากนี้ยังพบว่าความเพียงพอของรายได้มีสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งอธิบายได้ว่ารายได้ที่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต รู้สึกมั่นคงในชีวิต จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเพิ่ม ขึ้นจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลง และผู้สูงอายุที่ยากจนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ยากจนจนถึง 1.5 เท่า³⁰

ส่วนปัจจัยด้านวิธีการเผชิญปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่ามีอัตราการเกิดการซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการอยู่คนเดียวถือเป็นเหตุการณ์ที่ตึงเครียดที่สุดในชีวิตในภายหลัง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเป็นฝ่ายและการกีดกันทางสังคม สถานการณ์เหล่านี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงลบในสภาพแวดล้อมทางสังคมของบุคคล การแยกตัวทางสังคม และความเหงา ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่ขาดการติดต่อสื่อสารบุคคลในครอบครัว หรือไร้ญาติพี่น้องดูแลเอาใจใส่ นั้นส่งผลต่อความรู้สึกที่โดดเดี่ยว อ้างว้าง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คิดทางลบต่อตนเอง ต่อสภาพแวดล้อม และต่ออนาคตของตนเอง นอกจากนี้ ความเครียดและความวิตกกังวลในระยะยาวยังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ปัญหาสุขภาพจิตและการใช้ชีวิตในภาวะเครียดอาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย การนอนหลับ และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

ปีที่ 39 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2564

ข้อเสนอแนะ

1. วิธีการจัดการกับปัญหา ควรมีการออกแบบวิธีการส่งเสริมวิธีการจัดการกับปัญหาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนากระบวนการจัดระบบสวัสดิการและให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง รวมทั้งการนำไปสู่การออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกายและสังคม
3. การศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังในเชิงคุณภาพ เพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมมิติทางสังคมวัฒนธรรมซึ่งจะเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโครงการนักวิจัยใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ ลุล่วงตามวัตถุประสงค์

References

1. World Health Organisation. Aging and life-course [Internet]. 2018 [cited 2018 December 20]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en.com>.
2. World Health Organisation. The mental health of older adults [Internet]. 2018 [cited 2018 December 20]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
3. Statistical Office of Thailand. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand [Internet]. [cited 2018 December 20]. Available from: [http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20 Report_080618.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf)
4. National Statistical Office Office of the Prime Minister. Thailand's key statistical data collection [Internet]. 2020 [cited 2017 December 20]. Available from: <http://www.nso.go.th>.



5. Williams L, Zhang R, Packard KC. Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: the importance of marital status, child proximity, and gender. *SSM Popul Health* 2017; 3: 20-36.
6. Collin AL, Goldman N, Rodriguez G. Is positive well-being protective of mobility limitation among older adults? *J Gerontol Psychol Sci* 2008, 63: 321-327.
7. Chuanwan S. The situation in aging living alone. Bangkok: The Situation in Aging Report. 2018.
8. Lazarus RS, Folkman S. The Concept of coping, In Monat A, Lazarus RS. editors. *Stress and Coping an Anthology*. (3rd ed.). New York: Columbia University Press 1991.
9. Elliott S, Painter J, Hudson S. Living alone and fall risk factors in community-dwelling middle age and older adults. *Journal of Community Health* 2019; 34(4): 301-310.
10. Weinert C. Measuring social support: PRQ2000. Measurement of nursing outcome (pp. 161-172). New York: Springer; 2003.
11. Mongkol A, Yongyut Y, Tangseree T, Hatpana W, RomSai P, Jutha W. Development and testing of Thai mental health indicators. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2009; 54(3): 299-316.
12. Lee M, Kim K. Prevalence and risk factors for self-neglect among older adults living alone in South Korea. *International Journal Aging Human Development* 2014; 78(2) : 115-131.
13. Pattra S, Pattra M, Chusak T. The mental health of elderly in Chaiyaphum province case study: Naphai sub-district, Muang Chaiyaphum district, Chaiyaphum province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology* 2019; 14(2): 88-101.
14. Meemon N, Paek SC. Factors associated with unmet need for healthcare among older adults in Thailand. *Asia-Pacific Social Science Review* 2019; 19(2): 180-191.
15. Mouodi S, Bijani A, Hosseini SR, Hajian-Tilaki, K. Gender differences in the health status of elderly living alone compared to those who are not alone: evidence of the AHAP study, North of Iran. *Caspian Journal of Internal Medicine* 2016; 7(2): 126-132.
16. L Pao-Chen, W Hsiu-Hung. Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference. *Aging & Mental Health* 2011; 15(8): 1038-1044.
17. Friedman MM. *Family nursing: theory and assessment*. (2nd ed.). New York: Appleton-Century Crofts; 1986.
18. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principle and Method*. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Company, USA; 2004.
19. Wee LE, Yong YZ, Chng MX. Individual and area-level socioeconomic status and their association with depression amongst community-dwelling older adults in Singapore. *Aging Ment Health* 2014; 18 (3): 628-640.
20. Razak MG, Kabila A, Samuel AG. How do lifestyle choices affect the link between living alone and psychological distress in older age? The result from the AgeHeaPsyWel- HeaSeeB Study. *BMC Public Health* 2020;20(859):1-9.
21. Doubova SV, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health* 2010; 10(1): 104-114.
22. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L. Living alone and cognitive function in later life. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2019; 81(7): 143-154.
23. George LK. Still happy after all these years:



- Research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal Gerontology Social Science* 2010; 65: 229-331.
24. Gyasib RM, Yeboah AA, Mensah CM, Ouedraogo R, Addae EA. Neighborhood, social isolation and mental health outcome among older people in Ghana. *Journal Affect Disorder* 2019; 159: 154- 163.
25. Jacob L, Haro JM, Koyanagi A. Relationship between living alone and common mental disorders in the 1993, 2000 and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *PLoS One* 2019; 4(5): 11-15.
26. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people : Are older people living alone an 'at-risk' group?. *British Journal of General Practice* 2007; 57(537): 271-276.
27. Somboonsit C. Relationship between demographic factors in activities in everyday life with satisfaction in the life of the older adults [Thesis]. Bangkok: Mahidol University, 2009.
28. Kullanit A, Taneepanichskul N. Transportation barriers on healthcare utilization among elderly population living in Mahasarakham Province, Thailand. *Journal of Health Research* 2017; 31(2): S233-S238.
29. Stone J, Evandrou M, Falkingham J. The transition to living alone and psychological distress in later life. *Age Ageing* 2013; 42: 366-372.
30. Tong HM, Lai DW, Zeng Q. Effects of social exclusion on depressive symptoms: older adults Chinese living alone in Shanghai, China. *Journal Cross Cultural Gerontology* 2011; 26(4): 349-364.