

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ* Predictive Factors of Resilience among Elderly

ฉัตรฤดี ภาระญาติ** พย. ม. Chutrudee Parayat, M.N.S.

วารี กังใจ*** พย.ด. Waree Kangchai, D.N.S.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์*** Ph.D. Sirilak Somanusorn, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงในกรุงเทพมหานคร จำนวน 94 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิต เท่ากับ .84, .89, .70 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.29$, $SD = 14.98$) การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนปัจจัยด้านเพศ ความเพียงพอของรายได้ และขวัญและกำลังใจ ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ ดังนี้

$$\hat{Y} = 61.059 + 0.750_{(\text{การสนับสนุนทางสังคม})} + 1.943_{(\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ})}$$

รับรู้ภาวะสุขภาพ)

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้การพยาบาลหรือจัดกิจกรรม

การพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ

Abstract

This research was a predictive correlation study aimed at determining the predictive factors of resilience among community-dwelling older adults. The participants were 94 community dwellers aged 60 and older residing in Bangkok. They were selected using a stratified random sampling technique. Research instruments included the Personal information, the Perceived health status scale, the Morale scale, the Personal resource questionnaire 2000 and the Resilience scale. The Perceived health status scale, the Morale scale, the Personal resource questionnaire 2000 and the Resilience scale were reliability of Cronbach's alpha coefficient at .84, .89, .70, and .74 respectively. Percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis were employed for data analyses.

The results showed that half of these older adults perceived their resilience at a high

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

level and its mean score was at a moderate level ($M = 144.29$, $SD = 14.98$). Social support and perceived health status together could predict resilience with 30.9 % ($R^2 = .309$, $p < .01$). The gender, the adequacy of income and morale could not predict resilience. The regression equation could be written as follows.

$$\hat{Y} = 61.059 + 0.750_{(\text{social support})} + 1.943_{(\text{perceived}}$$

health status)

From the study findings, it is suggested that in designing proper nursing intervention to promote resilience among older adults, nurses and health team personnel should enhance their social support and perception towards health.

Keywords: Resilience, elderly, social support, perceived health status

ความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่มีการเสื่อมถอยลง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต โดยพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีข้อจำกัด และการเสื่อมถอยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้ (Linton & Lach, 2007) 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และเกิดความหวาดหวั่น (Miller, 2009) 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการเกษียณอายุการทำงานทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ อำนาจ บทบาท และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีความก้าวหน้าและใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจถูกมองว่าด้อยคุณค่า และไร้ความสามารถ เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุเหมือนในอดีต (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Miller, 2009)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นหาก

ผู้สูงอายุไม่ยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และเกิดความรู้สึกสูญเสียหลายด้าน ซึ่งความรู้สึกสูญเสียดังกล่าวทำให้เกิดความทุกข์ใจ ครอบคลุมการดำเนินชีวิต บั่นทอนคุณภาพชีวิต และส่งผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Hengudomsab, 2007; Maneerat, Isaramalai, & Boonyasopun, 2011) ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วย ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความสุข และมีคุณภาพชีวิต (Hengudomsab, 2007)

พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Grotberg, 2003; Wagnild & Young, 1993) ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตได้มีนักวิชาการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาหลากหลายกลุ่มอายุ สำหรับผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ได้รับการยอมรับ และถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษามากที่สุด ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Wells, 2010) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Wagnild, 2009) การมีความเข้มแข็งในการมองโลก การมองโลกในแง่ดี การมีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา (Lee, Brown, Mitchell, & Schiraldi, 2008) การมีขวัญและกำลังใจ และการมีความพึงพอใจในชีวิต ในประเด็นของปัจจัยด้านเพศ และความเพียงพอของรายได้ยังไม่สามารถสรุปได้ (Wagnild, 2003) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษานักวิชาการ วารสารแพทยศาสตร์ (2554) พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ Choowattanapakorn, Alex, Lundman,

Norberg and Nygren (2010) ศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่าผู้สูงอายุไทยและสวีเดนมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูงไม่แตกต่างกัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อยและยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในประเด็นนี้ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทำการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากสถิติผู้สูงอายุมีอัตราการเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทุกปี รวมทั้งจากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 54.72) มีความวิตกกังวล เครียด สิ้นหวัง และซึมเศร้า (ร้อยละ 61.32) และไม่มีความสุข (ร้อยละ 32.41) (ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) จึงอาจกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ พยาบาลและบุคคลกรทางด้านสุขภาพสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิต และสามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยความพึงพอใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสุขลดภาวะพึ่งพา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ซึ่งให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและความอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

ส่วนปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาจาก การทบทวนงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ไปศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Choowattanakorn et al., 2010; Wells, 2010) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Wagnlid, 2009) การมีความเข้มแข็งในการมองโลก การมองโลกในแง่ดี การมีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา (Lee et al., 2008) การมีขวัญและกำลังใจ และการมีความพึงพอใจในชีวิต (Wagnlid, 2003) ในประเด็นของปัจจัยด้านเพศและความเพียงพอของรายได้ ยังไม่สามารถสรุปได้ (Wagnlid, 2003; Wells, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดดังกล่าว และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ใน ปี พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 รายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตดุสิต คลองเตย บางเขน ปิงกลุ่ม

บางกอกน้อย และราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานครใน ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ คือ แบ่งกรุงเทพมหานครออกเป็น 6 กลุ่ม ตามพื้นที่และการบริหารงานของกรุงเทพมหานคร (สำนักยุทธศาสตร์ และการประเมินผล, 2556) จากนั้นสุ่มเขตเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่มโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ได้เขตที่เป็นตัวแทนของกลุ่มมา 6 เขต ประกอบด้วย เขตดุสิต คลองเตย บางเขน ปิงกุ่ม บางกอกน้อย และราษฎร์บูรณะ และทำการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขของแต่ละเขตที่เป็นแทน ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละเขตจนได้จำนวนครบ 100 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ และไม่เป็น ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (bed-ridden)
2. การรับรู้ปกติ
3. สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณจากสูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) คือ $n \geq 50 + 8M$ ซึ่ง M หมายถึงจำนวนตัวแปรอิสระ ในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระจำนวน 5 ตัวแปร เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ราย ผู้วิจัยจึง กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 100 ราย หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า มีค่าผิดปกติ (outliers) จำนวน 6 ราย จึงตัดจำนวนมีค่าผิดปกติออก เพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้หลัก และความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของสุพรรณิธีระเจตกุล (2539) ที่สร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะ

สุขภาพของ Speake, Cowart and Pellet (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 (สุพรรณิธีระเจตกุล, 2539) ซึ่งมีลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี/แยกว่า ปานกลาง/เท่ากัน ดี/ดีกว่า และดีมาก/ดีกว่ามาก ให้คะแนน 1-4 คะแนน ตามลำดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับต่ำ (3-6 คะแนน) การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) และการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับสูง (10-12 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของ นางเยาว์ ชัยทอง (2542) ที่สร้างตามแบบวัดขวัญและกำลังใจของศูนย์ผู้สูงอายุพิลาเดลเฟีย (The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) ฉบับปรับปรุงของ Lawton (1975) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) การปราศจากความเตื่อร้อนและความทุกข์ใจ มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงลบจำนวน 6 ข้อ 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และ 3) การปราศจากความเหงาและว่าเหว มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก 2 ข้อ และมีข้อความเชิงลบ 4 ข้อ โดยมีความเที่ยงเท่ากับ .93 (นางเยาว์ ชัยทอง, 2542) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บ่อยๆ และตลอดเวลา โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน 4-1 คะแนน ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1-4 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวมตั้งแต่ 61.0 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ขวัญและกำลังใจระดับสูง คะแนนรวมระหว่าง 50.0 – 60.9 คะแนน หมายถึง ขวัญและกำลังใจระดับปานกลาง และคะแนนรวมน้อยกว่า 50.0 คะแนน หมายถึง ขวัญและกำลังใจระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม 2) การรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น 4) การส่งเสริมให้รู้สึกเชื่อมั่น

และมีคุณค่าในตนเอง 5) การทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และ 6) การได้รับการชี้แนะ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 (Piboon, 2011) ซึ่งมีลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (3 คะแนน) เฉยๆ (4 คะแนน) ค่อนข้างเห็นด้วย (5 คะแนน) เห็นด้วย (6 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7 คะแนน) มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 15-45 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนนรวม 46-75 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนรวม 76-105 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความยืดหยุ่นของ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Scale) ของ Wagnlid and Young (1993) มีข้อความทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 (Choowattanapakorn et al., 2010) มีลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) เฉยๆ (4 คะแนน) เห็นด้วยเล็กน้อย (5 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (6 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (7 คะแนน) และมีเกณฑ์การแบ่งระดับของพลังสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนรวม 147-175 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง คะแนนรวม 121-146 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง และคะแนนรวมน้อยกว่า 121 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือการวิจัยมาตรฐาน โดยไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง ดังนั้น จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่เขตมีนบุรีกรุงเทพมหานคร จากนั้น นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .84, .89, .70 และ .74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขของเขตที่เป็นตัวแทน ประกอบด้วย เขตดุสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราชบุรีบูรณะ เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขของเขตที่เป็นตัวแทน เพื่อขอรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบผู้สูงอายุที่บ้านของผู้สูงอายุ ตามรายชื่อที่สุ่มและในบางรายผู้วิจัยได้ขออนุญาตหมายผู้สูงอายุให้มาพบที่ศูนย์บริการสาธารณสุข จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุลงนามเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยอ่านข้อความ และคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อพร้อมทั้งบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุ ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และ

อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลใดๆ ต่อการให้บริการและการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนนของพลังสุขภาพจิตด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression

analysis) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.9) มีอายุเฉลี่ย 69.67 ปี (SD = 6.43) โดยส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.0) ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.8) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 31.9) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) มีแหล่งรายได้หลักมาจากบุตรหลานมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 77.7)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M = 8.11, SD = 1.83) ขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับปานกลาง (M = 59.03, SD = 5.69) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (M = 89.96, SD = 8.67) และมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (M = 144.29, SD = 14.98) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเต็ม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	Range		M	SD	ระดับ
	Possible	Actual			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3-12	4-12	8.11	1.83	ปานกลาง
ขวัญและกำลังใจ	17-68	44-68	59.03	5.69	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	15-105	67-105	89.96	8.67	สูง
พลังสุขภาพจิต	25-175	109-174	144.29	14.98	ปานกลาง

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 30.9 ($R^2 = .309$) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากที่สุด (Beta = .434) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

(Beta = .238) (ตารางที่ 2) สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยดังนี้

$$\hat{Y} = 61.059 + 0.750_{\text{(การสนับสนุนทางสังคม)}} + 1.943_{\text{(การรับรู้ภาวะสุขภาพ)}}$$

จากสมการแสดงให้เห็นว่า เมื่อการรับรู้ภาวะสุขภาพคงที่แล้ว คะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น

1 คะแนน จะทำให้คะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.750 คะแนน และเมื่อให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมที่แล้ว คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น

1 คะแนน จะทำให้คะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1.943 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 94)

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.750	.158	.434	4.733	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.943	.749	.238	2.595	.011
Constant (a)	61.059	13.703	-	4.456	< .001

R = .556, R² = .309, R² adj = .294, F (2, 91) = 20.388, Sig of F < .01

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50.0) และมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (M = 144.29, SD = 14.98) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.0) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 77.7) สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2554 ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี (ร้อยละ 51.6) และส่วนใหญ่มีรายได้ถึงร้อยละ 80.95 (ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554) ซึ่งในวัยผู้สูงอายุตอนต้นนั้นถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง และมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้น การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอทำให้ได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากรายได้มีความสำคัญทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอในด้านเศรษฐกิจจะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ตามที่ต้องการ มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น (Wagnlid, 2003) ความเพียงพอ

ของรายได้จึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านความเชื่อมั่นในตนเอง และการรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnlid (2003) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูง พบว่า สองในสามของผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ผลการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับ Wells (2010) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมือง และชุมชนเมือง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (M = 147.00, SD = 21.00)

2. การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 (R² = .309, p < .01) สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล โดยการสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งต้องอาศัยการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Resnick, 2011; Resnick, Gwyther, & Roberto, 2011) เมื่อบุคคลรับรู้ ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะ

เกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังเปรียบเสมือนมีกันชนหรือตัวปรับสมดุลของผลกระทบต่างๆ จากสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดที่รบกวนความผาสุกในชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผลกระทบของปัญหาต่างๆ ลดลง โดยมีเครือข่ายทางสังคมคอยให้ความช่วยเหลือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือทำให้บุคคลไม่จดจ่ออยู่กับปัญหาใน (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2008) เรื่องพลังสุขภาพจิตในมารดาวัยสูงอายุและบุตรสาวชาวเกาหลีใต้ที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า วัฒนธรรมของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในมารดาวัยสูงอายุ ($r = .313, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wells (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมือง และชุมชนเมือง ของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .21, p < .01$) และเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิด ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง (Speake, Cowart, & Pellet, 1989) ในวัยของผู้สูงอายุภาวะสุขภาพจะมีลักษณะแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วยต่างๆ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากสภาพการทำงานโดยภาพรวมภายใต้ความเสื่อมตามวัยสูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถเป็นผู้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะเชื่อมั่นว่าตนเองยังคงมีความสามารถในการทำงาน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ และจะพยายาม

แสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านของความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความเพียรพยายาม และอดทนในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับ Wagnlid (2003) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ ($r = .31, r = .37, p < .001$) สอดคล้องกับ Choowattanapakorn et al. (2010) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน และสอดคล้องกับ Wells (2010) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมือง และชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .42, p < .01$ ตามลำดับ)

3. ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยด้านเพศไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ อาจเนื่องจาก พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อสถานการณ์ความยากลำบากต่างๆ โดยพลังสุขภาพจิตจะคงอยู่หรือเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวให้ผ่านสถานการณ์ความยากลำบากได้สำเร็จ (Wells, 2010) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอาจมีประสบการณ์การปรับตัวที่ไม่แตกต่างกันในสิ่งแวดล้อมที่คล้ายกัน ดังนั้น เพศจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Wagnlid (2009) ที่รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) พบว่า จากงานวิจัยทั้งหมด 12 ฉบับ มีงานวิจัย 10 ฉบับที่ระบุว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน และผู้สูงอายุไทย ส่วนความเพียงพอของรายได้ และขวัญและกำลังใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .33,$

$p < .01$ ตามลำดับ) จึงไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ อาจเนื่องมาจากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ไม่เพียงพอ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลในการจัดกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่สามารถจัดการและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 30.9 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ

2. ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย และในกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน และความดันโลหิต เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปมาส่งเสริมและวางแผนการพยาบาลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพลังสุขภาพจิต

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

นงเยาว์ ชัยทอง. (2542). *การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเคียนซา จังหวัด*

สุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิรัชพร ประภาพักตร์ (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2554*. เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/11400/15721.pdf

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

สุพรรณิธี ธีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอดงละครจังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล. (2556). *สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2556*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.

Choowattanapakorn, T., Alex, L., Lundman, B., Norberg, A., & Nygren, B. (2010). Resilience among women and men aged 60 years and over in Sweden and in Thailand. *Nursing and Health Sciences, 12*, 329–335.

Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb

- (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp.3-20). New York: Oxford University Press.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger.
- Hengudomsu, P. (2007). Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(1), 115-123.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia geriatric center morale: A revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.
- Lee, H., Brown, S. L., Mitchell, M. M., & Rchiraldi, G. R. (2008). Correlates of resilience in the face of adversity for Korean women immigrating to the US. *Immigrant Minority Health*, 10, 415-422.
- Linton, A. D., & Lach, H. W. (2007). *Matterson & McConnell's gerontological nursing: Concept and practice* (3rd ed.). St Louis: Saunders Elsevier.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Maneerat, S., Isaramalai, S., & Boonyasopun, U. (2011). A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *International Journal of Behavioral Science*, 6(1), 24-40.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Piboon, K., (2011). *A causal model of depression among older adults in Chonburi province*. Doctor of Philosophy in Nursing (International program), Faculty of Nursing, Burapha University.
- Resnick, B. (2011). Resilience in older adults. In M. L. Wykle, & S. H. Gueldner (Eds.), *Aging well: Gerontological education for nurses and other health professionals* (pp. 563-575). New York: Jones & Bartlett Learning.
- Resnick, B., Gwyther, L. P., & Roberto, K. A. (Eds.). (2011). *Resilience in aging concepts, research, and outcomes*. New York: Springer.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Pearson Education.
- Wagnlid, G. M. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 1, 42-47.
- Wagnlid, G. M. (2009). A review of the resilience scale. *Nursing Measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In O. Strickland & C. Dilorio (Eds.), *Measurement of nursing outcome* (pp. 161-172). New York: Springer.
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.