

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นั้ตรฤดี ภาระญาติ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

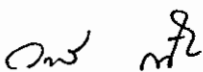
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

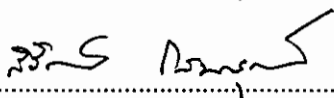
กรกฎาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

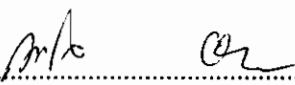
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

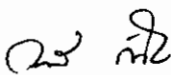
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

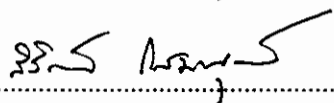

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

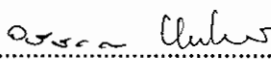

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

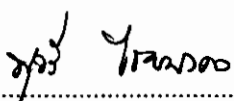

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชวิญใจ อำนางส์ตย์ชัย)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ชนัดดา แนบเกษร)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษา และแนะนำ แนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และให้ความเมตตา ประรณาดิแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้ผู้วิจัย มีกำลังใจ มีความมุ่งมั่น และตั้งใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้ความเมตตา แนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจ ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของ อาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำ วิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักอนามัย ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 6, 24, 30, 39, 41 และ 56 กรุงเทพมหานคร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของศูนย์บริการ สาธารณสุขทั้ง 6 แห่ง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ด้วยความรัก และ ห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณหัวหน้า พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ แผนกไอซียู โรงพยาบาลเดชา ที่มีส่วน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดทั้งเพื่อน รุ่นพี่ รุ่นน้อง ใน สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่คอยเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณา ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ คุณประโยชน์ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งทางธรรม ทางโลก ทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จ ในการศึกษาในครั้งนี้

54920223: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต/ ผู้สูงอายุ/ การสนับสนุนทางสังคม/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

นั้ตรฤดี ภาระญาติ: ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG ELDERLY) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วาริ กังใจ, พย.ด., สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, Ph.D. (Nursing). 72 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 94 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84, .89, .70 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50) และค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.29$, $SD = 14.98$) การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการพยาบาลโดยตระหนักถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิต

54920223: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: RESILIENCE / OLDER ADULTS/ SOCIAL SUPPORT/ PERCEIVED HEALTH STATUS

CHUTRUDEE PARAYAT: PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG ELDERLY. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., SIRILAK SOMANUSORN, Ph.D. (Nursing). 72 P. 2015.

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 Perceived Health Status Scale, the Morale Scale, the Personal Resource Questionnaire 2000 and the Resilience Scale, their reliabilities were .84, .89, .70, and .74 respectively. Percentage, mean, standard deviation, and multiple regression were employed for data analyses.

The results indicated that half of these older adults perceived their resilience at a high 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 % ($R^2 = .309$, $p < .01$).

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.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต.....	18
ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
4 ผลการวิจัย.....	41
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	45
สรุปผลการวิจัย.....	45
อภิปรายผลการวิจัย.....	45
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	49
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	49
บรรณานุกรม.....	50
ภาคผนวก.....	55
ภาคผนวก ก.....	56
ภาคผนวก ข.....	59
ภาคผนวก ค.....	65
ภาคผนวก ง.....	67
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	72

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้ และความเพียงพอของรายได้	41
4-2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต	43
4-3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ	43
4-4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ	44

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2-1 แบบจำลองกลไกของพลังสุขภาพจิต.....	21

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) อย่างเต็มตัวแล้ว จากข้อมูลสถิติประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 8,111,000 คน คิดเป็นร้อยละ 12.59 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 หรือเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว ซึ่งองค์การสหประชาชาติกำหนดให้ประเทศใดก็ตามที่มีสัดส่วนของประชากรผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แสดงว่าประเทศนั้นได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งเป็นผู้เกื้อหนุนและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนลดลง จากสถิติในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานเฉลี่ย 6 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนลดลงเหลือเพียง 2 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คนในปี พ.ศ. 2573 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555; สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ผู้สูงอายุไทยจะต้องมีความสามารถในการดำเนินชีวิต และมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น

นอกจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นแล้ว ในวัยผู้สูงอายุยังเป็นช่วงอายุที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในลักษณะที่มีการเสื่อมถอยลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมี 4 รูปแบบ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Linton & Lach, 2007; Miller, 2009) คือ 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายซึ่งเป็นสาเหตุให้มีข้อจำกัดและการเสื่อมถอยในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งมีการเสื่อมสภาพของอวัยวะในร่างกายส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าคนในวัยอื่น 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมครอบครัว อันเนื่องมาจากการสูญเสียคู่ชีวิต และการแยกไปสร้างครอบครัวหรือประกอบอาชีพในต่างถิ่นของบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้งขาดที่พึ่ง และเกิดความรู้สึกว่าเหว่ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ อันเนื่องมาจากการเกษียณอายุการทำงาน ซึ่งมีผลให้เกิดการสูญเสียแหล่งรายได้ อำนาจ บทบาทและความมีคุณค่าในตนเอง และ 4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ความก้าวหน้าและเทคโนโลยีมีมากขึ้น คนรุ่นใหม่ยึดถือด้านวัตถุนิยม

เป็นสำคัญ วัตถุประสงค์ของคนโดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่า ค่อยคุณค่า และไร้ความสามารถ เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และ ประสบการณ์จากผู้สูงอายุเหมือนในอดีต

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามปกติ หากผู้สูงอายุไม่ยอมรับ และปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และความรู้สึกสูญเสีย หลายด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ได้แก่ สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี สูญเสียความเป็นอิสระและ การพึ่งพาตนเอง ความรู้สึกสูญเสียทางด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า และ ความรู้สึกสูญเสียด้านอัตมโนทัศน์แห่งตน เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ความเชื่อมั่นในตนเอง ภาพลักษณ์ และความภาคภูมิใจลดลง ความสูญเสียดังกล่าวให้เกิดความทุกข์ใจ รบกวนการดำเนินชีวิต บั่นทอน คุณภาพชีวิต และมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับ ผู้สูงอายุทุกคน ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่จัดการกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง และ มีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิต แม้ว่า ต้องเผชิญกับความสูญเสียที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตก็ตาม (Hengudomsab, 2007)

พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี เมื่อต้อง เผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิตและสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้ พลังสุขภาพจิต มีลักษณะเป็นพลวัตที่พัฒนาให้เพิ่มขึ้น และบั่นทอนให้ลดลงได้ (Wagnild & Young, 1993; Luthar, Cicchetti, & Becker 2000; Grotberg, 2003) นักวิชาการได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้ในการ การศึกษาในหลากหลายกลุ่มอายุ สำหรับแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิดของ Wagnild and Young (1993) ได้รับการยอมรับและถูกนำไปประยุกต์ใช้มากที่สุด ซึ่งแนวคิดนี้พัฒนา มาจากการศึกษาความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพศหญิงที่เคยเผชิญกับความสูญเสียที่สำคัญในชีวิต จากการศึกษาของ Wagnild and Young (1990, 1993) พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบ และมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของ Wagnild and Young (1993) ไปศึกษาในผู้สูงอายุมากมาย ส่วนมากเป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัย สัมพันธ์ที่ช่วยส่งเสริมให้เป็นผู้มีพลังสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น Wagnild (2003) ศึกษาพลังสุขภาพจิต และการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (Successful aging) ของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างทาง ด้านรายได้ พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ในการดำเนินชีวิต โดยปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีขวัญและกำลังใจ การมีความพึงพอใจในชีวิต และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ส่วนรายได้ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน Lee, Brown, Mitchell, and Schiraldi (2008) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้มีพลังสุขภาพจิตในมารดาวัยสูงอายุชาวเกาหลีใต้ที่ย้ายมาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมารดาวัยสูงอายุเหล่านี้เป็นผู้ที่เคยเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต ผลการศึกษา พบว่า การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีหลักยึดเหนี่ยวทางด้านศาสนา และวัฒนธรรมทางสังคมที่มีการพึ่งพาอาศัยกันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และ Wells (2010) ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ชานเมือง และชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความแตกต่างกันเหล่านี้มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างกัน และพบว่า การมีเครือข่ายทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต

สำหรับในประเทศไทย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ อาทิ Choowattanapakorn, Alex, Lundman, Norberg, and Nygren (2010) ศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดนมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูงไม่แตกต่างกัน และพบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพ โสดและมีปัญหาด้านสุขภาพมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุชาวสวีเดน Maneerat, Isaramalai, and Boonyasopun (2011) พัฒนารอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย โดยใช้แนวคิดของ Grotberg (2003) เป็นพื้นฐานในออกแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษา พบว่า กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยมี 3 องค์ประกอบ คือ ฉันเป็น (I AM) ฉันมี (I HAVE) และฉันสามารถ (I CAN) และ วิรภัตรา ประภาพักตร์ (2554) ศึกษาพลังสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย และยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในประเด็นนี้ โดยคัดสรรปัจจัยที่นำมาศึกษา 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม

เพศ เป็นตัวกำหนดสถานภาพและบทบาททางสังคมของมนุษย์ เพศชายจะถูกกำหนดให้เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง เป็นผู้นำและมีเครือข่ายทางสังคมมากกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะสังคมไทย พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงถึงสองเท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) การเป็นผู้นำครอบครัวจึงทำให้ผู้สูงอายุเพศชายมีอัตมโนทัศน์ที่ดี มีความภาคภูมิใจ และมีความพึงพอใจในชีวิต เมื่อผู้สูงอายุเพศชายต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ จึงอาจมีผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิต และบทบาทในสังคม (กาญจนา ไทยเจริญ, 2543) ส่วน

ผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะถูกกำหนดให้เป็นผู้ที่มีความอ่อนแอ เป็นผู้ตาม และมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงดูเหมือนจะเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (อานนท์ อากาศิรม, 2525) ประกอบกับอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จึงมีโอกาสดูแลต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยหรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จากการทบทวนงานวิจัยของ Wagnlid (2009) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีงานวิจัย 2 ฉบับที่สรุปว่าเพศหญิงมีพลังสุขภาพจิตน้อยกว่าเพศชาย ส่วนการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน ดังนั้น อำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านเพศกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ความเพียงพอของรายได้ ถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการเกษียณอายุการทำงานจึงมีผลกระทบทำให้รายได้ลดลงหรือไม่ได้รับเลย การทำงานนอกจากจะเป็นองค์ประกอบหรือแหล่งที่มาของรายได้แล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงบทบาทและความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเอง ศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอย่างมีคุณค่า และไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน และสังคม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) จากงานวิจัยของ Wagnlid (2003) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างทางด้านรายได้ ผลการศึกษายังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน ส่วนการศึกษาของ Wells (2010) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ชานเมือง และชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายระหว่างรายได้กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมิลักษณะที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของต่างประเทศก็เป็นได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเชื่อ และความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นผู้ที่เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของ Wagnlid (2003) เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน ดังนั้น อำนาจในการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

สำหรับขวัญและกำลังใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ บุคคลที่มีขวัญและกำลังใจจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มองโลกในแง่ดี ยอมรับสถานภาพของตนเอง และประเมินสิ่งแวดล้อมในทางบวก ยินดีที่จะต่อสู้เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ตลอดจนมีความรู้สึกว่าการดำรงชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และสามารถยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ (Lawton, 1975) จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Wagnild & Young, 1993; Wagnlid, 2003)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญและผ่านพ้นสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตไปได้ (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) ซึ่งมีกลไกหลักสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก มีความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และ 2) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนมีกันชนหรือตัวปรับสมดุล (Buffer) ของผลกระทบต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จากงานวิจัยของ Wells (2010) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ชานเมือง และชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการมีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคม และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ และ Resnick (2011) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน และการมีเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นที่แสดงถึงจำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลมีจำนวนลดลง ร่วมกับผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อาจทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงทำการศึกษารั้งนี้ โดยเลือกศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีสถิติผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี รวมทั้งจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 54.72) มีความวิตกกังวล เครียด สิ้นหวัง และซึมเศร้า มากถึงร้อยละ 61.32 และยังพบว่า ผู้สูงอายุไม่มีอาชีพร้อยละ 32.41 จึงอาจมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ผลจากการศึกษารั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล หรือโปรแกรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยความพึงพอใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสุข ลดภาวะพึ่งพา และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

สมมติฐานการวิจัย

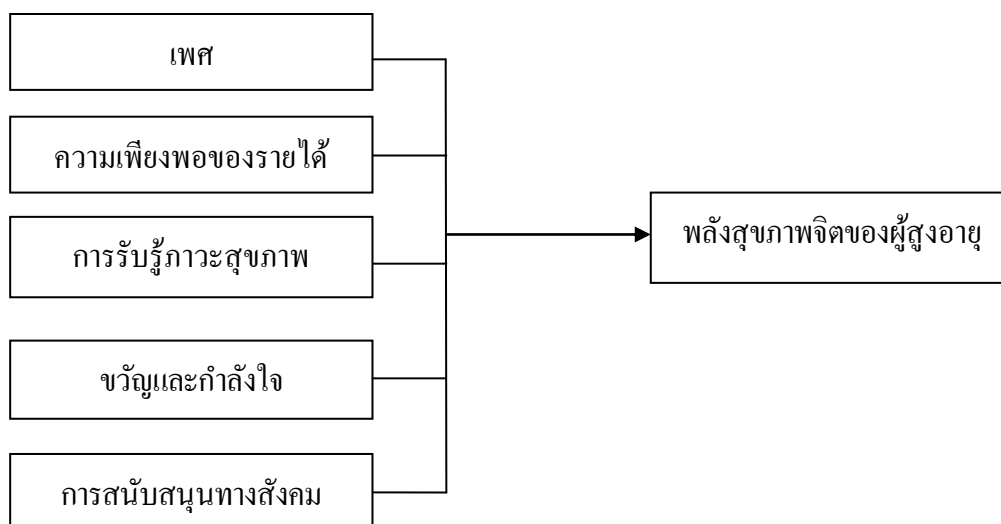
สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัวเพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต พลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnild and Young (1993) มีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและความอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

ปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำจากการทบทวนงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ไปศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีความเข้มแข็งในการมองโลก การมองโลกในแง่ดี การมีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา การมีขวัญและกำลังใจ และการมีความพึงพอใจในชีวิต ในประเด็นของปัจจัยด้านเพศและความเพียงพอของรายได้ยังไม่สามารถสรุปได้ (Wagnild, 2003, 2009; Choowattanapakorn et al., 2010; Wells, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามของกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 834,441 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตคูสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราชวัตรบูรณะ กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 100 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปตามปีปฏิทิน และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตคูสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราชวัตรบูรณะ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อรายได้ของตนเองที่ได้รับว่ามีความสมดุลกับค่าใช้จ่ายหรือไม่ แบ่งเป็น 1) รายได้เพียงพอ คือ มีรายได้และรายจ่ายสมดุลกัน หรือมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย 2) รายได้ไม่เพียงพอ คือ มีรายจ่ายมากกว่ารายได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อและความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง แบ่งเป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี วีระเจตกุล (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake, Cowart, and Pellet (1989)

ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตตนเอง ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการยอมรับในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ โดยมีองค์ประกอบ คือ 1) การปราศจากความเดือดร้อนและความทุกข์ใจ 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และ 3) การปราศจากความเหงาและความว้าเหว่ ประเมินโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของ นางเยาว์ ชัยทอง (2542) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดขวัญและกำลังใจของศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟีย (The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) ฉบับปรับปรุงของ Lawton (1975)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการสนับสนุน และความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ประกอบด้วย 6 รูปแบบ คือ 1) ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม 2) การรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น 4) การส่งเสริมให้รู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่าในตนเอง 5) การทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และ 6) การได้รับการชี้แนะ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert (2003)

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยแบบวัดความยืดหยุ่นของ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดพลังสุขภาพจิต (Resilience scale) ของ Wagnlid and Young (1993)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมและทบทวนจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต
3. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในลักษณะเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะของความสูงวัยที่แตกต่างกัน นอกจากความเสื่อมถอยลงของระบบต่าง ๆ ตามวัยแล้ว การให้ความหมายของผู้สูงอายุจึงมีการกำหนดเกณฑ์อายุร่วมด้วย

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปฏิทิน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) นอกจากนี้ ในบางประเทศที่มีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูง เช่น ประเทศในทวีปอเมริกาและยุโรป กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Miller, 2009)

สำหรับประเทศไทยความหมายของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ระบุให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีสัญชาติไทย และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) ผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้หลากหลายประเภท ดังต่อไปนี้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

1. จัดแบ่งตามวัยโดยใช้เกณฑ์อายุ (Living in an ageing world) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ วัยสูงอายุตอนต้น ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี และ วัยสูงอายุมาก ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป
2. จัดแบ่งตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรส่วนตัวได้ เช่น การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้าแปรงฟัน การจับถ้ำ การอาบน้ำ การแต่งตัว การขึ้นลงบันได และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่ซับซ้อนมากกว่ากิจวัตรส่วนตัว เช่น การซักผ้า การล้างจาน การจ่ายตลาด การบริหารเงิน การปรุงอาหาร การใช้โทรศัพท์ และการบริหารยา เป็นต้น

3. จัดแบ่งตามความต้องการความช่วยเหลือที่สังคมควรจัดให้ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคมและชุมชนได้

3.2 กลุ่มติดบ้าน คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ อาจมีโรคเรื้อรัง พังพาดตนเองได้บ้าง เมื่ออยู่ในบ้านทำกิจวัตรประจำวันได้ เมื่อออกนอกบ้านไม่สามารถไปมาได้อิสระต้องพึ่งพาผู้อื่น

3.3 กลุ่มติดเตียง คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เจ็บป่วย พิการหรือทุพพลภาพ

4. จัดแบ่งตามมิติของการให้บริการสุขภาพ เพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่ห่ออม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสัญชาติไทย และมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการเสื่อมสภาพทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่ ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีรายละเอียด ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ในวัยผู้สูงอายुर่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในร่างกายของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และสรีรวิทยาของผู้สูงอายุแจกแจงตามระบบ ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ เมื่ออายุมากขึ้น พบว่า เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่มีการทำงานลดลง และจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น เนื่องจากมีไขมันมาสะสมมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นผิวหนังจะบางลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมช้าลงทำให้การหายของแผลช้าลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง รวมทั้งการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง ทำให้การขับเหงื่อไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การระบายความร้อนได้ไม่ดี ผู้สูงอายุ

จึงมีโอกาสเกิดอาการเป็นลมแดด (Heat stroke) ได้มากกว่าวัยอื่น ๆ เซลล์สร้างเม็ดสี (Melanocytes) ที่ผลิตเมลานินมีจำนวนลดลงทำให้สีผิวจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Linton & Lach, 2007)

1.3 การเปลี่ยนแปลงระบบประสาท พบว่า ในวัยผู้สูงอายุความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความไวในการส่งสัญญาณประสาทลดลง รวมทั้งความจำ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ ๆ ลดลง และสารสื่อประสาทมีการเปลี่ยนแปลงโดยระดับของ Monoamine oxidase (MAO) มีปริมาณเพิ่มขึ้น ในขณะที่สารสื่อประสาทชนิด Serotonin, Dopamine และ Norepinephrine ลดลง จึงเป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้แบบแผนการนอนหลับในวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยผู้สูงอายุจะมีระยะของการนอนหลับในระดับ 3 และ 4 ลดลง ทำให้การนอนหลับไม่ลึกและจำนวนครั้งของการตื่นบ่อย มีผลทำให้เวลานอนลดลง ในระบบประสาทสัมผัส พบว่า การมองเห็นในวัยสูงอายุลดลง ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกลง เพราะไขมันของลูกตาลดลง กระจกตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวของการมองเห็นในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ดี มีผลทำให้ความสามารถในการมองเห็นและการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาน้อยลง จึงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย ส่วนการได้ยินในวัยสูงอายุจะลดลงและมีลักษณะหูตึง (Presbycusis) เกิดจากการเสื่อมของอวัยวะของหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerve) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้ ความสามารถในการดมกลิ่นของจมูกลดลง เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสื่อมลง เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง การรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขม และรสเค็มตามลำดับ

1.4 การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่า มวลของกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันเข้ามาแทนที่มากขึ้น ร่วมกับมีการสะสมของสาร Lipofuscin ทำให้กล้ามเนื้อห่อนยานและขาดความตึงตัว ในส่วนของกระดูกจะมีการเสื่อมลง ซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากการขาดฮอร์โมน Estrogen จากภาวะหมดประจำเดือน จึงมีผลทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกและเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ได้ บริเวณข้อ พบว่าข้อใหญ่ขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางลงและเสื่อมตามอายุ น้ำไขข้อลดลงเป็นสาเหตุให้กระดูกเคลื่อนมาสัมผัสกัน จึงอาจจะได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหว ทำให้ข้อมีการอักเสบและติดเชื้อง่าย ส่งผลให้เกิดอาการปวดตามข้อ ซึ่งพบมากในข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Linton & Lach, 2007; Miller, 2009)

1.5 การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันมาสะสมมากขึ้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังหัวใจ

ห้องล่างซ้าย (Left ventricle) จะหนาตัวมากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาตัวขึ้นจึงมีโอกาสเกิดภาวะ ลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลงทำให้ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) ลดลงร้อยละ 40 และลดลงร้อยละ 1 ต่อปี ร่วมกับกำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac reserve) ลดน้อยลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Linton & Lach, 2007) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงในทาง เสื่อมลงผนังหลอดเลือดฝอยหนาตัวขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดภาวะ หลอดเลือดแดงแข็งตัว

1.6 การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการ หายใจเข้าและหายใจออกลดลง กระดูกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวลดลงเพราะมีแคลเซียมมาเกาะ รูปร่าง ของทรวงอกเปลี่ยนเป็นรูปถัง (Barrel shape) มากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ ส่งผลให้ความสามารถ ขอบตามของปอด (Lung compliance) ลดลง ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศ (Ventilation) ของการหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลงและถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังของ ถุงลมแตกง่ายขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย ในส่วนของทางเดินหายใจ พบว่า การทำงานของเซลล์ขน (Cilia) ลดลง รีเฟร็กซ์และประสิทธิภาพการไอลดลง ความสามารถในการ กำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีสภาพลด น้อยลง จึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสำลักได้ง่ายขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1.7 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร ในวัยผู้สูงอายุพบการเปลี่ยนแปลง คือ ฟัน ไม่แข็งแรง ฟันผุหรือหลุดร่วงง่าย เคลือบฟันบางลง แดงง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอพกรันลง เซลล์สร้างฟันลดลงและมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น เป็นสาเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่ค่อย สะดวก รับประทานอาหารได้น้อย รวมทั้งต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ลง มีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันสะสม มากขึ้น การผลิตเอ็นไซม์ Ptyalin และน้ำลายลดลง ส่งผลให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากได้น้อยลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะอาหาร สามารถย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ส่งผลให้เกิดอาการแสบบริเวณยอดอกได้ รวมทั้งการ เคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เยื่อบุกระเพาะอาหารบริเวณ Antrum และ Fundus บางและฝ่อ ลีบลง ทำให้การผลิตน้ำย่อยลดลง ส่งผลให้การดูดซึมสารอาหารต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งการเคลื่อนไหว ของลำไส้เล็กน้อยลงและมีปริมาณเลือดมาเลี้ยงลดลง จึงทำให้การย่อยและดูดซึมสารอาหารในลำไส้ เล็กลดลง ส่วนลำไส้ใหญ่เกิดการหย่อนตัวร่วมกับร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง และผู้สูงอายุมีการดื่มน้ำ น้อย จึงมีผลให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย และในวัยผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักจะมี การหย่อนตัวทำให้ความสามารถในการกั้นอุจจาระลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Linton &

Lach, 2007)

1.8 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะ ขนาดและน้ำหนักของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลงร้อยละ 30-40 และหน่วยไตที่เหลืออยู่จะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับสารต่าง ๆ น้อยลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) จึงอาจเป็นสาเหตุให้ร่างกายของผู้สูงอายุสูญเสียน้ำและสารอิเล็กโตรลัยท์ได้ กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุอ่อนกำลังลง และการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับตัวรับการกระตุ้น (Stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง จึงทำให้มีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุจึงขับถ่ายปัสสาวะบ่อย

1.9 การเปลี่ยนแปลงระบบสืบพันธุ์ ในผู้สูงอายุเพศชายพบต่อมลูกหมากโตและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบากและต้องขับถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง อันจะมีลักษณะเทียวเล็กกลง ผลิตน้ำอสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง รังไข่จะมีลักษณะฝ่อเล็กกลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลงและมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น นอกจากนี้ ช่องคลอดมีเลือดมาเลี้ยงลดลงทำให้มีสีขาวซีด ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว มีผลให้ประสิทธิภาพการกลั้นปัสสาวะได้ลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1.10 การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ พบว่า ต่อมใต้สมองจะมีน้ำหนักลดลง และมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ ร่วมกับการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงที่ต่อมใต้สมองลดลง จึงทำให้การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลงและมีการผลิตฮอร์โมนในปริมาณที่ลดลง มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง ต่อมพาราไทรอยด์มีการทำงานลดลง แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ด้านการทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์มีปริมาณลดลงในวัยสูงอายุ จึงมีผลกระตุ้นให้มีการดึงแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุได้ ตับอ่อนมีการหลั่งอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ความทนต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ (Linton & Lach, 2007)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ก่อให้เกิดข้อจำกัดและการเสื่อมถอยลงในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งมีการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย และเกิดโรคเรื้อรังมากกว่าคนในวัยอื่น จากสถิติการเกิดโรคเรื้อรังและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุของ

ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังมากถึงร้อยละ 50 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.7) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.3) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 7.0) โรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ (ร้อยละ 2.5) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 1.6) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) การเจ็บป่วยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสูญเสียอิสระในการดำเนินชีวิต หวาดกลัวต่อการตาย และรบกวนการมีสัมพันธภาพทางสังคม และอาจจะมีผลกระทบอื่น ๆ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Miller, 2009)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะที่แตกต่างจากวัยอื่นคือ 1) กำลังสำรองลดลง 2) การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยซ้ำและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง 3) มีพยาธิสภาพหลายระบบ 4) มีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และ 5) มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเบี่ยงเบนของสุขภาพที่สมบูรณ์ในด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต และอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวัง และยังส่งผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกาลำบากมากขึ้น (Hengudomsab, 2007; Maneerat et al., 2011)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังนี้

2.1 การปลดเกษียณอายุการทำงาน (Retirement) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุต้องหยุดทำงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ เนื่องจากอายุครบกำหนดที่หน่วยงานกำหนดไว้ การปลดเกษียณอายุการทำงานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย 4 ด้าน คือ 1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม 2) สูญเสียการคบค้าสมาคมกับเพื่อนฝูง 3) สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี และ 4) แบบแผนการดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน

2.2 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานเมื่อโตเป็นหนุ่มสาวต้องแยกไปแต่งงานหรือประกอบอาชีพในต่างถิ่น รวมทั้งการสูญเสียคู่ชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความรู้สึกเหงา ต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง และอาจทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงดูตนเอง

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น ความก้าวหน้าและเทคโนโลยีมีมากขึ้น ค่าครองชีพเพิ่มขึ้น แต่รายได้ของผู้สูงอายุกลับลดลงเมื่อเทียบกับรายจ่าย บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุ

เปลี่ยนไป เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์จากผู้สูงอายุเหมือนในอดีต ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่าและไร้ความสามารถ

2.4 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ซึ่งในปัจจุบันวัฒนธรรมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยึดมั่นกับคตินิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมดั้งเดิม จึงอาจมีผลให้ผู้สูงอายุต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย ผู้สูงอายุจะกลายเป็นคนล้าสมัย จึงอาจจะมีความรู้สึกท้อแท้และแยกตัวออกจากครอบครัวมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม อาจมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุมากน้อยแตกต่างกัน ในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบภายในของบุคคล เช่น ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เจตคติที่มีต่อตนเอง และบุคคลอื่น ๆ ความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม อาจจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี ความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเอง เนื่องจากบกพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและการช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง
2. สูญเสียความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม เนื่องมาจากการย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ร่วมกับบุตรหลาน หรือต้องเข้าไปอยู่ในสถานพยาบาล
3. สูญเสียความสุขสบาย ในผู้สูงอายุบางรายที่มีการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรัง อาจมีความรู้สึกเจ็บปวดหรือทรมานจากโรคเรื้อรัง
4. สูญเสียทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้า
5. สูญเสียทางด้านอัตมโนทัศน์แห่งตน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจลดลง
6. สูญเสียบทบาทในสังคมและครอบครัว

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ มีผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้มาก การปรับตัวจึงเป็นกระบวนการที่จำเป็นในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่ได้อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาและทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุยากลำบากมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Hengudomsab, 2007; Maneerat et al., 2011)

3. ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theory)

ทฤษฎีทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ คือ แนวคิดพัฒนาการทางสังคมของ Erikson (Erikson's developmental tasks) ซึ่งอธิบายไว้ว่า ชีวิตของคนแต่ละขั้นตอนต้องฝ่าฟันอุปสรรคให้สำเร็จ เพื่อให้สามารถก้าวเข้าสู่ขั้นตอนต่อไปของชีวิต ซึ่งถือเป็นพันธกิจ (Tasks) ของบุคคลที่ต้องเผชิญในช่วงระยะพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่เกิดจนเป็นผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (ไวลาธรรม ทองเจริญ, 2554; Erikson, 1997) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นความไว้วางใจและกับความไม่ไว้วางใจ (Trust VS Mistrust) อยู่ในช่วงอายุ 0 - 1 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงที่มีความสำคัญและเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทางสังคมต่อไป โดยเด็กในวัยนี้จะต้องได้รับการเอาใจใส่ และต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในการดูแลทุกด้าน เมื่อเด็กได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิด จะเติบโตขึ้นเป็นผู้ที่มีความไว้วางใจสังคม เห็นความสำคัญในการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ในทางตรงกันข้าม หากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองแล้ว เด็กมีอาการหวาดกลัวไม่ไว้วางใจผู้ใด สังคม หรือสิ่งใด ๆ รวมทั้งไม่ไว้วางใจตนเองด้วย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นความเป็นตัวของตัวกับความไม่มั่นใจในตัวเอง (Autonomy VS Doubt) อยู่ในช่วงอายุ 2 - 3 ปี เป็นระยะที่กล้ามเนื้อของเด็กแข็งแรงมากขึ้น และอวัยวะต่าง ๆ ทำงานประสานงานกันดีขึ้น เด็กจึงเริ่มเรียนรู้ที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากได้รับการสนับสนุนและกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองตามสมควร เด็กจะมีพัฒนาตัวเองไปในลักษณะที่มีโอกาสเลือกเอง และอยู่ในระเบียบวินัยไปในตัว ในทางตรงกันข้าม ถ้าพ่อแม่เคร่งครัด ใจระเบียบ ให้เด็กอยู่ในระเบียบตลอดเวลา หรือเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป (Over protective) ไม่ยอมรับสิ่งที่เด็กทำขึ้นมาด้วยตนเอง เด็กจะพัฒนาตัวเองไปในรูปแบบที่ไม่มีความมั่นใจในตนเอง หรือไม่กล้าที่จะทำอะไรด้วยตนเองอยู่ตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นมีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด (Initiative VS Guilt) อยู่ในช่วงอายุ 3 - 5 ปี เด็กในช่วงนี้สามารถสร้างจินตนาการและมีความคิดริเริ่มเป็นของตนเอง การเล่นของเด็กจึงมีความสำคัญ เนื่องจากเด็กมีความอยากรู้อยากเห็น ชอบลองอะไรใหม่ ๆ ชอบเล่นตามความคิด และจินตนาการของตน ถ้าเด็กได้รับความรักความเข้าใจและได้รับการสนับสนุนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากพ่อและแม่ เด็กจะเกิดความมั่นใจในตนเอง กล้าซักถาม มีความคิดริเริ่มในการแก้ปัญหา และพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ ในทางตรงกันข้าม หากเด็กถูกขัดขวาง หรือถูกตอกย้ำในความผิดพลาดที่ได้กระทำลงไป เด็กจะเกิดความรู้สึกผิด และไม่กล้าคิดสร้างสรรค์อะไรใหม่ ๆ ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นความขยันหมั่นเพียรขัดแย้งกับความรู้สึกมีปมด้อย (Industry VS Inferiority) อยู่ในช่วงอายุ 6 - 11 ปี ระยะเวลาที่เด็กเรียนรู้ที่จะสร้างสรรค์ มีความคิด พยายามทำกิจกรรมที่อยากทำด้วยตนเอง และภาคภูมิใจในความสำเร็จของผลงานที่เกิดจากตนเอง ดังนั้น ผู้ใหญ่จึงควรให้กำลังใจ และชี้แนะให้เด็กสามารถบรรลุผลสำเร็จตามความมุ่งหวัง เด็กจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าขาดผู้ใหญ่คอยแนะนำ หรือการตั้งความหวังในตัวเด็กสูงเกินไป เด็กจะรู้สึกว่าคุณด้อย เป็นผู้ไร้ความสามารถ จนอาจก่อให้เกิดปมด้อยได้

ขั้นตอนที่ 5 ขั้นการรู้จักตนเองกับไม่รู้จักตนเอง (Identity VS Role confusion) อยู่ในช่วงอายุ 12 - 18 ปี ซึ่งเป็นระยะวัยรุ่นที่มีความวิกฤติมากที่สุด เนื่องจาก เป็นช่วงระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่ ถ้าเด็กไม่สามารถผ่านช่วงนี้ไปได้ด้วยดีจะทำให้เด็กกลายเป็นคนที่มีบุคลิกภาพสับสน

และมีบุคลิกภาพที่ไม่มั่นคงในตนเอง หากเด็กผ่านช่วงนี้ไปได้ จะเกิดความเข้าใจและรู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองต้องการอะไร มีความเชื่ออย่างไร และตนเองเป็นใคร

ขั้นตอนที่ 6 ชั้นความคุ้นเคยผูกพันกับความแยกตนเอง (Intimacy VS Isolation) อยู่ใน ช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น คือ อายุ 20 - 40 ปี เป็นวัยที่บุคคลเริ่มรู้จักตนเอง ค้นพบตนเอง มีการวางแผนชีวิต และพร้อมจะสร้างสัมพันธภาพกับเพศตรงข้าม ถือเป็นวัยแห่งการแต่งงาน และการมีชีวิตครอบครัว พัฒนาการในช่วงนี้จะบรรลุได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในตนเอง และความสำเร็จจากการผ่าน พัฒนาการในระยะแรก ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และให้ความนับถือซึ่งกันและกัน หากเป็นไปในทางตรงกันข้าม บุคคลจะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น กลายเป็นคนอ้างว้าง ว่าเหว รักตนเองแต่ไม่สามารถแสดงความรักต่อผู้อื่นได้

ขั้นตอนที่ 7 ชั้นห่างชนรุ่นหลังกับคิดถึงแต่ตนเอง (Generativity VS Stagnation) อยู่ใน ช่วงอายุ 40 - 60 ปี เป็นช่วงแห่งการเป็นพ่อแม่ และต้องแสดงความรับผิดชอบแบบผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ มีความมานะสร้างความมั่นคง อบรมสั่งสอนบุตรหลานให้เป็นคนดี และประสบความสำเร็จในชีวิต ในช่วงนี้บุคคลเริ่มสร้างสรรค์งานต่าง ๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น ไม่โลภหรือเห็นแก่ตนเอง บุคคลที่ไม่สามารถทำเช่นนี้ได้จะรู้สึกคิดถึงและหมกมุ่น อยู่กับตนเอง เป็นคนที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง มีชีวิตอย่างไร้ความสุข

ขั้นตอนที่ 8 ชั้นความรู้สึกมั่นคงทางใจกับความท้อแท้สิ้นหวัง (Integrity VS Despair) เป็นระยะบั้นปลายของชีวิต ในช่วงนี้จึงเป็นขั้นรวมของพัฒนาการทั้ง 7 ขั้นตอน ถ้าบุคคลยอมรับได้ว่าชีวิตที่ผ่านมาของตนเองประสบความสำเร็จ มีความสุข และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่าง สมบูรณ์แล้ว จะทำให้เกิดการยอมรับสภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ ในทางตรงข้าม หาก บุคคลมีปัญหาในการผ่านขั้นตอนสะสมมาเรื่อย ๆ จนถึงขั้นตอนที่ 8 จะเกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อ สภาพชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ชีวิตเต็มไปด้วยความผิดหวังและท้อแท้

ในวัยผู้สูงอายุนั้นพัฒนาการในขั้นที่ 8 ถือเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง มีความรู้สึกชื่นชมกับชีวิตในอดีต และมีการเตรียมตัวเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลง พยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง และหาจุดมุ่งหมายใหม่ในชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความหมาย สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับ สถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต และสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้ ได้ (Wagnild & Young, 1993; Luthar et al., 2000; Grotberg, 2003)

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังกล่าวข้างต้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามปกติ ผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบที่ทำให้เกิด ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และความรู้สึกสูญเสียหลายด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งส่งผลให้

เกิดความทุกข์ใจ กระทบการดำเนินชีวิต บั่นทอนคุณภาพชีวิต และมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่ผลกระทบเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่จัดการกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้ที่พึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิต (Hengudomsab, 2007)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยความรู้ที่พึงพอใจ มีความสุข และมีคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย และทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นแนวคิดที่ศึกษาถึงคุณลักษณะของบุคคลที่ส่งเสริมให้เกิดการฟื้นตัวและปรับตัวทางด้านบวกเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งปัจจุบันแนวคิดพลังสุขภาพจิตได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลากหลายสาขา รวมทั้งสาขาการพยาบาลที่มุ่งเน้นให้บุคคลตระหนักถึงความสามารถ และศักยภาพที่มีอยู่ในตัวบุคคล เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้

วิวัฒนาการของแนวคิดพลังสุขภาพจิต

แนวคิดพลังสุขภาพจิตไม่ได้มีรากฐานมาจากทฤษฎีใด แต่มีรากฐานมาจากปรากฏการณ์ที่แสดงถึงลักษณะของผู้รอดชีวิตหรือผู้ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นและวิวัฒนาการดังนี้

Werner and Smith (1977) นำเสนอสิ่งที่ค้นพบในการศึกษาที่ใช้ระยะเวลายาวนานมากกว่า 30 ปีของกลุ่มเด็กที่อาศัยอยู่ในชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงในชีวิต และการมีบิดาหรือมารดาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผลจากการศึกษา พบว่า เด็กจำนวน 72 คน จากจำนวน 200 คน มีการจัดการและการปรับตัวที่ดีถึงแม้จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง Werner and Smith จึงเชื่อว่าเด็กกลุ่มนี้มีคุณลักษณะของการเป็นผู้มีพลังสุขภาพจิตที่สนับสนุนให้เด็กสามารถเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ โดยจากการศึกษานี้ พบว่า เพศหญิง ความแข็งแรง ความรับผิดชอบต่อสังคม การปรับตัว ความอดทน การสื่อสารที่ดี ความเชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง และการได้รับการดูแลที่ดีจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก เช่น ครอบครัว และสังคม คุณลักษณะเหล่านี้สามารถช่วยให้เด็กประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยง หรือสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิตได้ (Werner, 1993)

Rutter (1985) นักจิตวิทยาชาวอังกฤษ ได้ศึกษาการดำรงชีวิตของกลุ่มเยาวชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองลอนดอนและเขตชนบท พบว่า หนึ่งในสี่ของเด็กกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต จึงทำให้สามารถก้าวผ่านสถานการณ์ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ไปได้ ซึ่งคุณลักษณะที่ค้นพบในการศึกษาครั้งนี้

คือ การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ดี เพศหญิง มีบรรยากาศในโรงเรียนที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เช่น บุคคลในครอบครัว และจากการศึกษานี้ พบว่า แนวคิดพลังสุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) หมายถึง คุณลักษณะ ตัวแปร หรือสิ่งที่เป็นอันตราย เมื่อปรากฏขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความอ่อนแอ หรือความผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งที่อยู่ทั้งภายในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล

2. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวให้ดีขึ้นหลังจากบุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือเป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยปกป้องมีอยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เช่น ครอบครัว และชุมชน โดยปัจจัยปกป้องสามารถเป็นตัวแปรที่ทำนายและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตได้

นอกจากนั้น Garmezy (1991) ได้นำเสนอผลการศึกษาที่ทำการศึกษาดังแต่ปี ค.ศ. 1971 ถึงปี ค.ศ. 1982 เกี่ยวกับความผิดปกติของเด็กที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษา พบว่ามีเด็กจำนวนมากที่ไม่เกิดความผิดปกติและสามารถเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ ซึ่ง Garmezy (1991) เชื่อว่าเด็กกลุ่มนี้มีคุณลักษณะของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต คือ การมีความหวัง และความคาดหวัง มีมุมมองชีวิตทางด้านบวก เชื่อมั่นในคุณค่าของตนเอง ควบคุมตนเองได้ดี มีทักษะที่ดีในการแก้ปัญหา มีทักษะในการคิดวิเคราะห์และมีอารมณ์ขัน

หลังจากนั้น Wagnild and Young (1993) ได้ศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 24 คน ที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต จากการศึกษา พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

ต่อมา Grotberg (2003) ได้นำข้อมูลจากการศึกษาคุณลักษณะของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตหรือปัจจัยปกป้องที่มีความหลากหลายในระยะแรก (Werner & Smith, 1977; Rutter, 1985; Garmezy, 1991) มาจัดแบ่งกลุ่มคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ฉันมี (I HAVE) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก (External support) ซึ่งเป็นสิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต

2. ฉันเป็น (I AM) หมายถึง การเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ซึ่งช่วยสนับสนุนให้จัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต

3. ฉันสามารถ (I CAN) หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (Interpersonal and problem solving skill)

ซึ่งแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (2003) ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้มากที่สุด ในการสร้างพลังสุขภาพจิตในวัยเด็กและเยาวชน เพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถที่จะเผชิญ และปรับตัวต่อสถานการณ์ความยากลำบาก ความเครียด หรือภาวะวิกฤต (Adversity) ที่เข้ามาคุกคามในชีวิตได้ โดยไม่เกิดผลกระทบต่อชีวิต

ความหมายของพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิตคำภาษาอังกฤษที่ใช้คือ Resilience ซึ่งมีรากฐานมาจากภาษาละตินคำว่า Salire หมายถึง การกระโดดขึ้น (To spring up) และคำว่า Resilire หมายถึง การสะท้อนกลับ (To spring back) (Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2007) ในระยะแรกของการศึกษาพลังสุขภาพจิตในประเทศไทยนั้น พบว่า ยังไม่มีการบัญญัติคำศัพท์ที่ใช้แทนคำว่า Resilience ที่ชัดเจน จึงมีการใช้คำที่หลากหลาย เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความหยุ่นตัวทางอารมณ์ ความสามารถในการยืนหยัด และความยืดหยุ่น เป็นต้น ต่อมากรมสุขภาพจิตจึงบัญญัติคำในภาษาไทยโดยให้ใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต ซึ่งหมายถึง ความสามารถเฉพาะของบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ เป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้สำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต (สุกรีรัตน์ เอกอัครวิน และเยาวนาฏ ผลิตินนท์เกียรติ, 2551; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีนักวิชาการให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ ดังนี้

Wagnild and Young (1993) ให้ความหมายว่าพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้น ๆ

Luthar et al. (2000) ให้ความหมายว่าพลังสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร (Dynamic process) ซึ่งทำให้เกิดการปรับตัวทางด้านบวก (Positive adaptation) ต่อสถานการณ์ความยากลำบากที่สำคัญในชีวิต

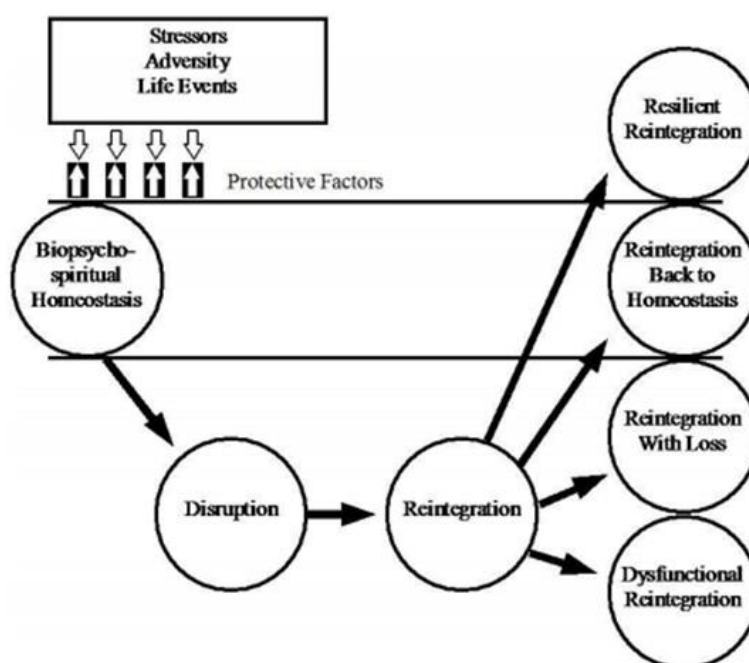
Grotberg (2003) ให้ความหมายว่าพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน โดยไม่เลือกว่าจะอยู่ในเชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรมใด เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้ในการจัดการเอาชนะสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เพื่อให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ด้านลบที่กำลังเผชิญอยู่ไปได้

นอกจากนั้น ยังมีนักวิชาการอีกมากมายที่ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) เนื่องจาก Wagnild and Young (1993) ได้ทำการศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง และให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบาก

กลไกของพลังสุขภาพจิต

สำหรับกลไกของพลังสุขภาพจิต Richardson, Neiger, Jensen, and Kumpfer (1990) ได้นำเสนอแบบจำลองกลไกของพลังสุขภาพจิตที่เรียกว่า Resiliency model อธิบายว่า เมื่อมีสถานการณ์ความยากลำบาก ความเครียด หรือภาวะวิกฤต (Adversity) เข้ามาคุกคามในชีวิต บุคคลจะต้องอาศัยปัจจัยปกป้อง (Protective factors) มาขัดขวาง หรือป้องกัน (Disruption) ผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากต่าง ๆ กระบวนการขัดขวางหรือการป้องกันจะเกิดขึ้นได้มากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยปกป้องของแต่ละบุคคล หลังจากเกิดกระบวนการขัดขวางหรือป้องกันแล้ว บุคคลจะมีการฟื้นฟูสภาพหรือการฟื้นฟู (Reintegration) เพื่อกลับคืนสู่สภาพสมดุลของชีวิต เรียกว่า ความสมดุลทางด้านชีวจิตวิญญาณ (Biopsychospiritual homeostasis) หมายถึง ความผสมผสานกลมกลืนกันระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งเมื่อบุคคลมีความสมดุลทางชีวจิตวิญญาณจะส่งผลให้มีการปรับตัวที่ดีต่อสถานการณ์ทั้งดีและร้าย (Richardson, 2002) การฟื้นฟูตามแบบจำลองพลังสุขภาพจิตของ Richardson et al. (1990) (ภาพที่ 2-1) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. การฟื้นฟูแบบผู้มีพลังสุขภาพจิต (Resilient reintegration)
2. การฟื้นฟูกลับสู่ภาวะสมดุลของชีวิต (Reintegration back to homeostasis)
3. การฟื้นฟูที่มีการสูญเสียเกิดขึ้น (Reintegration with loss)
4. ไม่เกิดการฟื้นฟู (Dysfunctional reintegration)



ภาพที่ 2-1 แบบจำลองกลไกของพลังสุขภาพจิต (Resiliency model) (Richardson, 2002)

โดย Richardson (2002) อธิบายไว้ว่า ปัจจัยปกป้องจะช่วยให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเสมือนกันชนหรือตัวปรับสมดุลของสถานการณ์ความยากลำบาก หรือปัจจัยเสี่ยงที่เข้ามาคุกคามในชีวิต เพื่อให้บุคคลสามารถฟื้นตัวแบบผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต มีการปรับตัว (Coping process) ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนามากขึ้น มีความรู้ มีความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าที่เคยทำมา (Richardson, 2002)

แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) เป็นแนวคิดที่ศึกษาในผู้สูงอายุ พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 24 คน ที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้ที่เคยผ่านสถานการณ์ความสูญเสียที่สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการสูญเสียบทบาทหน้าที่จากการเกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น จากการศึกษาดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ Wagnild and Young (1993) สรุปได้ว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง (Equanimity) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการพิจารณาหรือไตร่ตรองเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ และการตัดสินใจเลือกที่จะการปล่อยวางหรือรับเอาสิ่งต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้จะช่วยลดความรุนแรงในการตอบโต้ต่อผลกระทบของสถานการณ์ความยากลำบากที่เผชิญอยู่
2. การมีความเพียรและอดทน (Perseverance) หมายถึง ความพยายามของผู้สูงอายุที่จะดำเนินชีวิตต่อถึงแม้จะพบกับสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความท้อแท้ หรือหมดกำลังใจ รวมทั้งมีความอดทนและตั้งใจในการต่อสู้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ และสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบของสถานการณ์ความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต
3. การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถที่มีอยู่ของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง
4. การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Meaningfulness) หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุว่าชีวิตมีความหมาย มีจุดมุ่งหมาย และเชื่อว่าชีวิตต้องดำเนินต่อไป
5. การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง (Existential aloneness) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคลต้องมีทางเดินชีวิตของตนเองแต่ละคน บางสิ่งหรือบางสถานการณ์สามารถร่วมกันเผชิญเหตุการณ์ไปด้วยกันได้ แต่อาจจะมีสถานการณ์อื่น ๆ ที่ต้องเผชิญไปให้ได้ด้วยตนเอง

ประเภทของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Resnick (2011) พบว่าพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. พลังสุขภาพจิตทางด้านสุขภาพกาย (Health resilience) หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ถึงแม้ว่าต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ตัวอย่างของผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตทางด้านสุขภาพกาย คือ ผู้สูงอายุที่ยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ถึงแม้จะมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้น

2. พลังสุขภาพจิตทางด้านสุขภาพจิต (Psychological resilience) หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ทางด้านบวกภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต และความสามารถในการทนต่อภาวะเครียด โดยไม่เกิดความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

3. พลังสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์ (Emotional resilience) หมายถึง ความสามารถในการแบ่งแยกได้ระหว่างอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตทางด้านอารมณ์จะเป็นผู้ที่สามารถฟื้นตัวจากความทุกข์ทรมานเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียด หรือเกิดความยากลำบากในชีวิต เพื่อกลับมาสู่สภาพอารมณ์ที่เป็นปกติ

4. พลังสุขภาพจิตทางด้านกระบวนการจัดการและการรู้คิด (Dispositional or cognitive resilience) หมายถึง ความสามารถในการเอาชนะผลกระทบจากความเสื่อมถอยของกระบวนการจัดการและการรู้คิด ซึ่งในวัยผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางกระบวนการรับรู้ ความจำและการรู้คิด การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจจะมีผลให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ที่อ่อนแอ และการไร้สมรรถภาพในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตทางด้านกระบวนการจัดการและการรู้คิด มักจะเป็นผู้ที่สามารถอดทนและเอาชนะสถานการณ์ความทุกข์ยากเหล่านี้ไปได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และจากการนำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ไปศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน (Resnick, 2011; Resnick, Gwyther, & Roberto, 2011) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นที่คุ้นเคย ซึ่งถือเป็นเครือข่ายทางสังคม (Social network) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลมีผลต่อการดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำให้มีความสุข สนุกสนาน มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ และให้การ

สนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลจะช่วยให้คุณได้รับความช่วยเหลือและเสมือนมีกันชนช่วยรองรับหรือปรับสมดุล เพื่อป้องกันผลกระทบจากความเครียด ความวิตกกังวล หรือความซึมเศร้าที่อาจจะปรากฏขึ้นในวัยสูงอายุ นอกจากนั้น ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลจะช่วยให้คุณจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง (Strengthen) รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2008) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของมารดาวัยสูงอายุและบุตรสาวชาวเกาหลีใต้ที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นผู้ที่เคยเผชิญสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต ผลการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Cultural interdependency) มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของมารดาวัยสูงอายุชาวเกาหลีใต้ และการศึกษาของ Wells (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทซานเมือง และชุมชนเมือง รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ส่วนการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานะภาพโสดมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุสวีเดน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้อธิบายว่า ปรากฏการณ์นี้เกี่ยวข้องกับสังคม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย โดยในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนมากจะอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน ดังนั้นจึงมีบุคคลภายในครอบครัวคอยให้การสนับสนุน และช่วยเหลือ ส่วนผู้สูงอายุสวีเดนที่มีสถานะภาพโสดส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ตามลำพังหรืออาศัยอยู่ในบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ จึงอาจจะไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม จึงมีผลให้พลังสุขภาพจิตมีความแตกต่างกัน (Choowattanapakorn et al., 2010)

2. ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล (Strong internal resource) ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหา (Determination and problem solving)

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) คือ การเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ เมื่อบุคคลเชื่อว่ามีประสิทธิภาพที่จะพยายามแสดงความสามารถนั้นออกมาอย่างเต็มที่ มีความอดทน ไม่ท้อถอยง่ายจนกว่าจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถของตนเองมีแหล่งสนับสนุนที่ทำให้เกิดการพัฒนา ขึ้นมาได้จาก 4 แหล่ง คือ 1) จากประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง 2) จากการได้รับแรงสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจจากบุคคลที่เคารพและนับถือ 3) จากการเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น และ 4) จากการตอบรับที่ดีของสภาพร่างกาย ความรู้สึกและอารมณ์ทางด้านบวก

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) คือ การประเมินความมีคุณค่าของตนเอง บุคคลที่รู้สึกมีคุณค่า ยอมรับและชอบตนเองมีแนวโน้มจะเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต ซึ่งความสามารถ

ในการยอมรับตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมส่งผลให้เกิดการสูญเสียบทบาทต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตจะสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง และมองเห็นคุณค่าของตนเองในสิ่งที่ยังคงสามารถปฏิบัติได้

2.3 ความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา (Determination and problem solving) ถือเป็นส่วนหนึ่งของคุณลักษณะของบุคคล และเป็นส่วนที่สำคัญของพลังสุขภาพจิต ความสามารถในการตัดสินใจของบุคคลจะนำมาซึ่งความมั่นใจในการจัดการและสามารถนำแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอกมาช่วยในการจัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต ความสามารถในการตัดสินใจจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จ โดยจะช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาและมุ่งมั่นไปในผลลัพธ์ทางด้านบวกมากกว่าทางด้านลบ

3. ปัจจัยด้านการมองโลกในแง่ดี (Optimism) และการมีมุมมองในชีวิตทางด้านบวก (Positivism) อารมณ์ทางด้านบวกและการมีอารมณ์ขันเป็นวิธีในการช่วยกำจัดหรือลดล้างผลกระทบจากอารมณ์ทางด้านลบ จากการศึกษาของ Nygren et al. (2005) เรื่องความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) และความรู้สึกรู้จักตัวตน (Self-transcendence) ในผู้สูงอายุสวีเดนที่มีอายุตั้งแต่ 85-95 ปี พบว่า ตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และ Lee et al. (2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของมารดาวัยสูงอายุ และบุตรสาวชาวเกาหลีใต้ที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของมารดาวัยสูงอายุ และบุตรสาวชาวเกาหลีใต้

4. ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) ประกอบด้วย การมีปรัชญาและความเชื่อทางศาสนาที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเพื่อเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะทำให้บุคคลมีพลังงานในตนเอง มีกำลังใจ มีความหวัง และช่วยเพิ่มความรู้สึกรู้จักคุณค่าในตนเอง

นอกจากปัจจัยทั้ง 4 ประการดังกล่าว จากการทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Wagnlid, 2003, 2009; Wells, 2010; Choowattanapakorn et al., 2010) การมีขวัญและกำลังใจ และการมีความพึงพอใจในชีวิต (Wagnlid, 2003)

การประเมินพลังสุขภาพจิต (Measurement of resilience)

การประเมินพลังสุขภาพจิตนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบเพียงการประเมินโดยใช้แบบประเมิน ซึ่งแบบประเมินพลังสุขภาพจิตในปัจจุบันมีอยู่หลากหลาย เนื่องจากมีการนำแบบประเมินไปใช้ในหลากหลายสาขาวิชา และกลุ่มอายุ เช่น แบบประเมิน Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการ

รักษาทั่วไป รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิต แบบประเมิน Adolescent Resilience Scale (ARS) ใช้ในการประเมินพลังสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนของประเทศญี่ปุ่น แบบประเมิน Brief-Resilient Coping Scale (BRCS) ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตในวัยผู้ใหญ่ที่เป็นโรครูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนไทย (Resilience factors scale for Thai adolescents) เป็นต้น สำหรับการประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบประเมินที่ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Ahern, Kiehl, Sole, & Byers, 2006) ดังนี้

1. Thai Elderly Resilience scale (TER scale) เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย พัฒนาโดย Maneerat et al. (2011) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทย โดยนำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (2003) เป็นพื้นฐานในการศึกษาเบื้องต้น แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 2) ความมั่นใจในการดำรงชีวิต 3) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม 4) การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และ 5) ความสามารถในการลดความเครียดและการจัดการกับปัญหา

2. Resilience Scale (RS) พัฒนาโดย Wagnild and Young (1993) ซึ่งทำการศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิต และสร้างแบบประเมินพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ แบบประเมินฉบับนี้มีข้อคำถาม 25 ข้อ และมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ตามแนวคิดของ Wagnild and Young (1993) ดังกล่าวข้างต้น แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการบ่งบอกระดับของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จต่อการเผชิญกับผลกระทบจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน 24 คน ในระยะแรกแบบประเมินนี้มีคำถามทั้งหมด 50 ข้อ หลังจากนั้นมีการปรับข้อคำถามเหลือ 25 ข้อ เพื่อให้สะท้อนถึงองค์ประกอบทั้ง 5 ประการตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993)

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ 2 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) จากการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เช่น นักศึกษาระดับปริญญาตรี และปริญญาโท ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคสมองเสื่อม (Alzheimer's) มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก และผู้ที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ พบว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .73 - .91 ต่อมา Wagnild and Young (1993) นำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 810 คน พบว่า แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factors analysis) พบว่า ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยด้านความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล (Personal competence) ประกอบด้วย ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) ความเป็นอิสระ (Independence) ความสามารถในการตัดสินใจ (Determination) ความมั่นคง (Invincibility) ความรอบรู้ (Mastery) การมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (Resourcefulness) และความเพียรพยายาม (Perseverance)

2. ปัจจัยด้านการยอมรับในตนเองและชีวิต (Acceptance of self and life) ประกอบด้วย การปรับตัว (Adaptability) การรักษาสสมดุล (Balance) ความยืดหยุ่น (Flexibility) และการมีมุมมองที่สมดุลในชีวิต (Balanced perspective of life)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) มีนักวิจัยนำไปประยุกต์ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตในกลุ่มอายุผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งจากการทบทวนตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 12 ฉบับ ที่นำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตฉบับนี้ไปใช้ในการศึกษาพลังสุขภาพจิต (Wagnild, 2009) ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีรากฐานมาจากการศึกษาในวัยผู้สูงอายุ มีความน่าเชื่อถือ ได้รับความนิยมและมีการนำไปศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในหลายประเทศ

สำหรับในประเทศไทย แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ทศนา ชูวรรณปกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำจากการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 20 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .83 และนำไปใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย จำนวน 200 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 (Choowattanapakorn et al., 2010)

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) และการทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การมีความเข้มแข็งในการมองโลก การมองโลกในแง่ดี การมีแหล่งยึดเหนี่ยวทางศาสนา การมีความพึงพอใจในชีวิต และการมีขวัญและกำลังใจ ส่วนเพศและความเพียงพอของรายได้ยังไม่สามารถสรุปได้ (Wagnlid, 2009; Choowattanapakorn et al., 2010; Wells, 2010) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ

ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ที่มีความเข้มแข็ง เป็นผู้นำของครอบครัว รับผิดชอบในการตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ และมักจะเป็นผู้ได้รับการเคารพนับถือมากที่สุด ในครอบครัว ส่วนเพศหญิงมักจะถูกกำหนดให้เป็นผู้ที่อ่อนแอ เป็นผู้ตามและมีบทบาทหน้าที่ในการคอยดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเมื่อมีการเจ็บป่วย จากบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันจึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในชีวิตที่แตกต่าง และจากสถิติผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะมีอายุที่ยืนยาวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จึงทำให้ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย การสูญเสียคู่ชีวิตและเพื่อนมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีแหล่งของรายได้และมีช่องทางในการหารายได้ค่อนข้างน้อย เมื่อสูญเสียคู่ชีวิตซึ่งเป็นเสาหลักของครอบครัวจึงมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อการดำเนินชีวิต จากการศึกษาของ Smith and Baltes (1998 cited in Alex & Lundman, 2011) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่สูญเสียคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกว่าเหว และมีความทุกข์ทรมานที่ถดถอยลงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ดังนั้น ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงดูเหมือนเป็นผู้ที่มีความเปราะบาง อ่อนแอ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตและนำแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) ไปประยุกต์ใช้ พบว่า มีงานวิจัย 2 ฉบับที่สรุปผลการศึกษายว่า เพศหญิงมีพลังสุขภาพจิตน้อยกว่าเพศชาย แต่มีงานวิจัยอีก 10 ฉบับที่สรุปไว้ว่าไม่มีความแตกต่างกัน หรือไม่ได้มีการสรุปไว้ (Wagnlid, 2009) ส่วนงานวิจัยของ Choowattanapakorn et al. (2010) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน จากข้อมูลดังกล่าว จึงยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยด้านเพศกับพลังสุขภาพจิต ดังนั้น การศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านเพศกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

ความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมาก บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะส่งผลให้มีสภาพความเป็นอยู่ของชีวิตที่ขาดสน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงด้านการทำงาน และมีการเกษียณอายุการทำงานจึงทำให้รายได้ที่เคยได้รับลดลงหรือไม่ได้รับเลย การทำงานของผู้สูงอายุนับเป็นแหล่งที่มาของรายได้ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ศักยภาพในการดำรงชีวิต การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และการไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานหรือสังคม (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) ความเพียงพอของรายได้จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอในด้านเศรษฐกิจจะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพ

ได้ตามที่ต้องการ (Wagnlid, 2003) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอของรายได้จะมีศักยภาพในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น รายได้จึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านความเชื่อมั่นในตนเอง และการรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต จากการศึกษาของ Wagnlid (2003) เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างของรายได้ พบว่า ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของรายได้กับพลังสุขภาพจิต ส่วนการศึกษาของ Wells (2010) เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ชานเมือง และชนบทของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิต ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้จึงเป็นปัจจัยที่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ และความเข้าใจของบุคคลในการประเมินสุขภาพของตนเองโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิม บวกกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ คำสอน และคำแนะนำมาช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพ (Speake et al., 1989) ในผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วยต่าง ๆ มากขึ้นได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากสภาพการทำงานโดยภาพรวมภายใต้ความเสื่อมตามวัยสูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถเป็นผู้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ หากมีการรับรู้ในทางบวกว่าตนเองยังคงมีความสามารถในการทำงานหรือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และจะพยายามแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านของความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความเพียรพยายาม และอดทนในการดำเนินชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Wagnlid, 2003) และจากการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่อยู่ห่างไกลความเจริญ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Wagnlid, 2009) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญและเข้าถึงบริการสุขภาพได้ลำบาก หากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี มีการปรับตัว และสามารถจัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากที่ต้องเผชิญไปได้ ส่วนการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย และผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน แต่ไม่ใช่ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย (Choowattanapakorn et al., 2010) ดังนั้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่ควรนำมาศึกษาเพิ่มเติม

ขวัญและกำลังใจ

ขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความพึงพอใจในตนเอง ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งการยอมรับในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Lawton, 1975) ขวัญและกำลังใจเป็นมโนคติแบบหลายมิติ (Multidimensional concept) ประกอบด้วยคุณลักษณะหลากหลายประการ เช่น การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การมองโลกในแง่ดี ยอมรับสถานภาพของตนเอง และการประเมินสิ่งแวดล้อมในทางบวก การมีขวัญและกำลังใจในระดับสูงเป็นความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง รู้สึกว่าบรรลุเป้าหมายในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และเป็นบุคคลที่ดีพอ รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการของตนเองกับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม

Lawton (1975) ให้ความหมายของคำว่า Morale หรือขวัญและกำลังใจในผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกผาสุกของผู้สูงอายุ (Feeling of well-being) ซึ่งผู้ที่มีความผาสุกจะต้องเป็นผู้ที่ปราศจากความเครียด ความวิตกกังวลและอาการผิดปกติ มีความพึงพอใจในตนเอง มีความอดทน ยอมรับในสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ Lawton (1975) จึงกำหนดองค์ประกอบของขวัญและกำลังใจในผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ (นงเยาว์ ชัยทอง, 2542) ดังนี้

1. การปราศจากความเดือดร้อนและทุกข์ใจ (Agitation) หมายถึง การไม่มีความวิตกกังวล ไม่มีความรู้สึกหวาดกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในชีวิต
2. การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ (Attitude toward own aging) หมายถึง การยอมรับตนเองในฐานะการเป็นผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองเป็นผู้มีคุณค่าและมีประโยชน์
3. การปราศจากความเหงาและว้าเหว่ (Lonely dissatisfaction) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และมีการติดต่อกับบุคคลในสังคม

ดังนั้น บุคคลที่มีขวัญและกำลังใจจะรู้สึกสนุกสนานต่อการได้ตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว ยินดีที่จะต่อสู้เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ และรู้สึกว่า การดำรงชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย และสามารถยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ บุคคลที่มีขวัญและกำลังใจมักจะมองการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านบวกและด้านลบ เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงอย่างเข้าใจและมีความอดทน บุคคลเหล่านี้จึงมีลักษณะกระตือรือร้น มีการติดต่อกับสังคม และมองโลกในแง่ดี (Wagert et al., 2005) จากข้อมูลดังกล่าว ขวัญและกำลังใจจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) คือ 1) การเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบและมั่นคง เนื่องจากมีความสมดุลในการมองชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ 2) การมีความเพียรพยายามและอดทนในการต่อสู้เพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต 4) การมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์และเป็นส่วนหนึ่งในสังคม และ 5) สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ แม้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดจาก

การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อชีวิตได้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม ภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิต นักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 ลักษณะ คือ ความหมายในเชิงของบทบาทหน้าที่ (Functional) หมายถึง ความสัมพันธ์ในเชิงพฤติกรรมและการกระทำของบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้น ๆ และความหมายในเชิงโครงสร้าง (Structural) หมายถึง กลุ่มของเครือข่ายสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือสมาชิกในกลุ่ม Weiss (1974) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการผสมผสานความสัมพันธ์ทั้ง 6 รูปแบบ ดังนี้

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม (Attachment/ Intimacy) เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รัก ได้รับความเอาใจใส่ดูแลและเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนในด้านนี้จะเกิดความรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) เป็นการที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากคนในสังคม หากขาดการสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมได้

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น (Nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นสามารถพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนในด้านนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับจากบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมหรือแสดงบทบาททางสังคมแล้วได้รับการยอมรับ จะเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

5. การทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ (Availability of assistance)

6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of guidance) เป็นการได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ และคำแนะนำ ชี้แนะหรือให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญทั้งในรูปแบบช่วยเหลือ และการปกป้องดูแล ดังนั้น การสนับสนุนทาง

สังคมจึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีกลไกหลักสำคัญ 2 ประการที่ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญ และผ่านพ้นสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ ดังนี้ (Cohen et al., 2000)

1. ผลโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคม คือ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2. การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนกันชน หรือตัวปรับสมดุล (Buffer) ผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียด และรบกวนความผาสุกในชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้ผลกระทบของปัญหาต่าง ๆ ลดลง โดยเครือข่ายสังคมจะให้ความช่วยเหลือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือทำให้บุคคลไม่จดจ่ออยู่แต่ในปัญหานั้น ดังนั้น การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะมีผลให้บุคคลเกิดภาวะตึงเครียด หรือเกิดความยากลำบากในชีวิต โดยอาจจะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

จากการศึกษาของ Wells (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ชานเมือง และชุมชนเมือง รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพโสดมีระดับพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุสวีเดน ซึ่งคณะผู้วิจัยอธิบายว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีสถานภาพโสดส่วนมากจะอาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตรหลาน จึงมีบุคคลในครอบครัวคอยให้การสนับสนุน และคอยช่วยเหลือ ส่วนผู้สูงอายุสวีเดนที่มีสถานภาพโสดมักจะอาศัยอยู่ตามลำพังในบ้านพักของตนเอง หรือบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุจึงอาจจะไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้มีความแตกต่างกันของระดับพลังสุขภาพจิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อทำการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 834,441 คน (คำนวณจากสถิติผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานครย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2555 และพ.ศ. 2556 ซึ่งมีจำนวน 761,211 คน และ 796,983 คน ตามลำดับ และมีอัตราการเพิ่มประมาณร้อยละ 4.7 หรือประมาณ 35,700 คนต่อปี) (สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล, 2556)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตดุสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราชวัตรบูรณะ กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้มาจากการสุ่มจากประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพ และไม่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed-ridden) โดยใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่กรุงเทพมหานครประเมินไว้

2. การรับรู้ปกติ

3. สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Tabachnick and Fidell (2007) โดยคำนวณตามสูตร ดังนี้

$$n \geq 50 + 8M$$

กำหนดให้ n คือ จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

M คือ จำนวนตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ (M1) ความเพียงพอของรายได้ (M2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (M3) ขวัญและกำลังใจ (M4) และการสนับสนุนทางสังคม (M5)

แทนค่าในสูตร $n \geq 50 + 8 (5)$

$n \geq 50 + 40$

$n \geq 90$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 100 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กรุงเทพมหานครมีการจัดแบ่งพื้นที่และการบริหารงานออกเป็น 6 กลุ่ม ประกอบด้วย 50 เขต ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวิถีการดำรงชีวิตของประชาชน (สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล, 2556) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคมมาเป็นตัวแปรที่ร่วมในการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรแต่ละกลุ่ม และสามารถสรุปผลครอบคลุมไปยังประชากรในกรุงเทพมหานครได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบ่งพื้นที่ของกรุงเทพมหานครออกเป็น 6 กลุ่มตามพื้นที่และการบริหารงานของกรุงเทพมหานคร ดังนี้ (สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล, 2556)

1.1 กลุ่มกรุงเทพกลาง ประกอบด้วย 9 เขต คือ เขตวังทองหลาง เขตห้วยขวาง เขตดินแดง เขตพญาไท เขตราชเทวี เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตสัมพันธวงศ์ เขตพระนคร และเขตดุสิต

1.2 กลุ่มกรุงเทพใต้ ประกอบด้วย 10 เขต คือ เขตสวนหลวง เขตพระโขนง เขตบางนา เขตวัฒนา เขตคลองเตย เขตปทุมวัน เขตบางรัก เขตสาทร เขตยานนาวา และเขตบางคอแหลม

1.3 กลุ่มกรุงเทพเหนือ ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตบางซื่อ เขตจตุจักร เขตลาดพร้าว เขตบางเขน เขตหลักสี่ เขตดอนเมือง และเขตสายไหม

1.4 กลุ่มกรุงเทพตะวันออก ประกอบด้วย 9 เขต คือ เขตคลองสามวา เขตคันนายาว เขตบางกะปิ เขตบึงกุ่ม เขตประเวศ เขตมีนบุรี เขตลาดกระบัง เขตสะพานสูง และเขตหนองจอก

1.5 กลุ่มกรุงธนเหนือ ประกอบด้วย 8 เขต คือ เขตทวีวัฒนา เขตตลิ่งชัน เขตบางพลัด เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ เขตธนบุรี เขตจอมทอง และเขตคลองสาน

1.6 กลุ่มกรุงธนใต้ ประกอบด้วย 7 เขต คือ เขตหนองแขม เขตบางแค เขตภาษีเจริญ เขตบางบอน เขตบางขุนเทียน เขตทุ่งครุ และเขตราษฎร์บูรณะ

2. สุ่มเขตเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน ได้เขตที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม คือ เขตดุสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราษฎร์บูรณะ ตามลำดับ

3. กำหนดจำนวนตัวอย่างของเขตที่เป็นตัวแทนกลุ่ม ตามสัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ 1) เขตดุสิตจำนวนตัวอย่าง 17 คน 2) เขตคลองเตยจำนวนตัวอย่าง 13 คน

3) เขตบางเขนจำนวนตัวอย่าง 22 คน 4) เขตบึงกุ่มจำนวนตัวอย่าง 17 คน 5) เขตบางกอกน้อยจำนวนตัวอย่าง 20 คน และ 6) เขตราชบุรีบูรณะจำนวนตัวอย่าง 11 คน

4. สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้สูงอายุของแต่ละเขต ตามจำนวนที่ระบุไว้ในข้อ 3 ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จนได้จำนวนตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้หลัก และความเพียงพอของรายได้

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี ธีระเจตกุล (2539) ที่สร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น แบบสัมภาษณ์นี้มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาให้ค่าคะแนนและความหมายดังนี้

ดีมาก/ ดีกว่ามาก	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีมาก/ ดีกว่าผู้อื่นมาก ให้ 4 คะแนน
ดี/ ดีกว่า	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดี/ ดีกว่าผู้อื่น ให้ 3 คะแนน
ปานกลาง/ เท่ากัน	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าสุขภาพตนเองปานกลาง/ เท่ากับผู้อื่น ให้ 2 คะแนน
ไม่ดี/ แย่กว่า	หมายถึง	ผู้สูงอายุมีความเห็นว่าสุขภาพตนเองไม่ดี/ แย่กว่าผู้อื่น ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน คะแนนที่ต่ำแสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และคะแนนที่สูงแสดงว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

สุพรรณิ ชีระเจตกุล (2539) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และผู้สูงอายุ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวัดความคงที่ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ .92

3. แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของ นางเยาว์ ชัยทอง (2542) ที่สร้างตามแบบวัดขวัญและกำลังใจของศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟีย (The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) ฉบับปรับปรุงของ Lawton (1975) แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจมีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

- 1) การปราศจากความเดือยร้อนและความทุกข์ใจ มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงลบจำนวน 6 ข้อ
- 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และ
- 3) การปราศจากความเหงาและว้าเหว่ มีข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวก 2 ข้อ และมีข้อความเชิงลบ 4 ข้อ โดยมีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ตลอดเวลา	หมายถึง	ความรู้สึของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเป็นประจำทุกวัน ในหนึ่งสัปดาห์
บ่อย ๆ	หมายถึง	ความรู้สึของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นบ่อยมากเกือบทุกวัน ในหนึ่งสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ความรู้สึของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้งในหนึ่งสัปดาห์
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ผู้สูงอายุไม่มีความรู้สึที่นั้นเกิดขึ้นเลย

การให้คะแนนของแบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจของผู้สูงอายุซึ่งมีข้อคำถามเป็นทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนข้อความเชิงบวก ดังนี้

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน
บ่อย ๆ	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน

ส่วนข้อความเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	1 คะแนน
บ่อย ๆ	ให้คะแนนเท่ากับ	2 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	3 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	4 คะแนน

การแปลผล แบบสัมภาษณ์ขีวิตและกำลังใจของผู้สูงอายุแบ่งระดับขีวิตและกำลังใจ ออกเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนนรวมทั้ง 61.0 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง ขีวิตและกำลังใจระดับสูง
คะแนนรวมระหว่าง 50.0 – 60.9 คะแนน	หมายถึง ขีวิตและกำลังใจระดับปานกลาง
คะแนนรวมน้อยกว่า 50.0 คะแนน	หมายถึง ขีวิตและกำลังใจระดับต่ำ

นางเยาว์ ชัยทอง (2542) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มของผู้สูงอายุจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) แบบสัมภาษณ์นี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนม 2) การรู้สึกมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น 4) การส่งเสริมให้รู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่าในตนเอง 5) การทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ และ 6) การได้รับการชี้แนะ โดยมีลักษณะการประเมินแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยค่อนข้างไม่เห็นด้วย เฉย ๆ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 15-105 คะแนน แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 46-75 คะแนน	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 76-105 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง Piboon (2011) ได้นำเครื่องมือนี้ไปตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน จากการนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 40 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

5. แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความยืดหยุ่นของ ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience scale) ของ Wagnlid and Young (1993) แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งมืองค์ประกอบ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง มีลักษณะของการวัดแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ และมีคะแนนรวมทั้ง 25-175 คะแนน โดยแบ่งระดับของพลังสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 147-175 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับสูง
 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 121-146 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง
 คะแนนรวมน้อยกว่า 121 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงด้วยของเครื่องมือนี้ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 20 คน แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ.83 (Choowattanapakorn et al., 2010)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสม ถูกต้องและชัดเจน แล้วนำมาปรับแก้ไขตามคำแนะนำ สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้อัดแปลง ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน พบว่า แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความเที่ยงโดยวัดความคงที่ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ผลการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้เท่ากับ .84 ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89, .70 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. เล่าโครงการวิทยานิพนธ์ ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (ภาคผนวก ก)

2. ขณะทำการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่า การวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย

จะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตคูสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราษฎร์บูรณะ
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตคูสิต เขตคลองเตย เขตบางเขน เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราษฎร์บูรณะ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตติดต่อประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุข
3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ และนัดวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล โดยขอความช่วยเหลือจากพยาบาลให้ช่วยนัดผู้สูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มไว้
4. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่ชุมชนของผู้สูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มได้ จากนั้น ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัยแล้วสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อพร้อมทั้งบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบในแบบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที
5. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้หลัก และความเพียงพอรายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนของพลังสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่ามีค่าผิดปกติ (Outliers) จำนวน 6 คน จึงตัดจำนวนที่มีค่าผิดปกติออก เพื่อให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) คงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 94 คน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ (n = 94)

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	19.1
หญิง	76	80.9

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	48	51.0
70-79 ปี	40	42.6
80 ปีขึ้นไป	6	6.4
(Max = 89 , Min = 60 , M = 69.67, SD = 6.43)		
สถานภาพสมรส		
โสด	15	16.0
คู่	44	46.8
หม้าย	30	31.9
หย่าร้าง	5	5.3
ศาสนา		
พุทธ	88	93.6
อิสลาม	6	6.4
แหล่งของรายได้หลัก		
บำนาญ	12	12.8
การประกอบอาชีพ	22	23.4
บุตรหลาน	47	50.0
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	12	12.8
อื่น ๆ (พี่น้อง)	1	1.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	73	77.7
ไม่เพียงพอ	21	22.3

จากตารางที่ 4-1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.9) มีอายุเฉลี่ย 69.67 ปี (SD = 6.43) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.8) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 31.9) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) แหล่งรายได้หลักมาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 50) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 77.7)

ส่วนที่ 2 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต (n = 94)

ระดับของพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 121 คะแนน)	11	11.7
ปานกลาง (121-146 คะแนน)	36	38.3
สูง (147-175 คะแนน)	47	50.0
(M = 144.29, SD = 14.98)		

จากตารางที่ 4-2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (M = 144.29, SD = 14.98)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน แสดงไว้ในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับ พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 94)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. เพศ					
2. การมีรายได้เพียงพอ	-.13				
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.03	.30**			
4. ขวัญและกำลังใจ	-.06	.29**	.34**		
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.05	.24**	.31**	.43**	
6. พลังสุขภาพจิต	.07	.23*	.37**	.33**	.51**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 4-3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และขวัญและกำลังใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51, .37, .33$ ตามลำดับ) และการมีรายได้เพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .23$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติในด้านการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล (Independence of observation) Outliers, Linearity, Homoscedasticity และตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ ในส่วนของตัวแปรเพศและความเพียงพอของรายได้ มีการวัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ได้เปลี่ยนให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำไปวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิเคราะห์ที่แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.750	.158	.434	4.733	.000
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	1.943	.749	.238	2.595	.011
Constant (a)	61.059	13.703	-	4.456	.000

$R = .556, R^2 = .309, R^2 \text{ adj} = .294, F(2, 91) = 20.388 \text{ Sig of } F < .01$

จากตารางที่ 4-4 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .309$) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากที่สุด (Beta = .434, $p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .238, $p < .01$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 94 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ขวัญและกำลังใจ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.9) มีอายุเฉลี่ย 69.67 ปี (SD = 6.43) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 51) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.8) รองลงมา คือ สถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 31.9) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 93.6) มีแหล่งรายได้หลักมาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 50) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 77.7)

2. กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.29$, $SD = 14.98$)

3. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และขวัญและกำลังใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51, .37, .33$ ตามลำดับ) และการมีรายได้เพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .23$) ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4. การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .309$) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากที่สุด (Beta = .434, $p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .238, $p < .01$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. การศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50) และ

มีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 144.29$, $SD = 14.98$) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลังและมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงเป็นช่วงที่มีพลังกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉงอยู่ จึงสามารถสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากกว่าผู้สูงอายุในวัยอื่น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง และการมีความเพียรและอดทนในการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตในระดับสูง นอกจากนั้น ผลการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 77.7) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีรายได้เพียงพอทำให้ได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากรายได้มีความสำคัญทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีความเพียงพอในด้านเศรษฐกิจจะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ตามที่ต้องการ (Wagnlid, 2003) มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น ความเพียงพอของรายได้จึงมีผลต่อระดับพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านความเชื่อมั่นในตนเอง และการรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnlid (2003) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูง พบว่า สองในสามของผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

2. การศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .51$ และ $.37$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 ($R^2 = .309$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล การสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม (Social network) ซึ่งต้องอาศัยการมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Resnick, 2011; Resnick et al., 2011) เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังเปรียบเสมือนการมีกันชนหรือตัวปรับสมดุลของผลกระทบ

ต่าง ๆ จากสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดที่รบกวนความผาสุกในชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผลกระทบของปัญหาต่าง ๆ ลดลง โดยมีเครือข่ายทางสังคมคอยให้ความช่วยเหลือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือทำให้บุคคลไม่จดจ่ออยู่แต่ในปัญหานั้น (Cohen et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2008) เรื่องพลังสุขภาพจิตในมารดาวัยสูงอายุ และบุตรสาวชาวเกาหลีใต้ที่ย้ายถิ่นฐานมาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า วัฒนธรรมของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในมารดาวัยสูงอายุ ($r = .313, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wells (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมือง และชุมชนเมือง ของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .21, p < .01$) และเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิด ความเชื่อ และความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง (Speake et al., 1989) ในวัยของผู้สูงอายุภาวะสุขภาพจะมีลักษณะแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วยต่าง ๆ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากสภาพการทำงาน โดยภาพรวมภายใต้ความเสื่อมตามวัยสูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถเป็นผู้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะเชื่อมั่นว่าตนเองยังคงมีความสามารถในการทำงาน หรือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และจะพยายามแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnlid and Young (1993) ในด้านของความเชื่อมั่นในตนเอง การมี ความเพียรพยายาม และอดทนในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnlid (2003) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีรายได้สูง และรายได้ต่ำ ($r = .31, r = .37, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Choowattanapakorn et al. (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย และผู้สูงอายุสวีเดน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสวีเดน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wells (2010) เรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ชานเมือง และชุมชนเมืองของรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางร่างกาย และจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .01$ และ $r = .42, p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ อธิบายตามแบบจำลองกลไกพลังสุขภาพจิต (Resiliency model) ของ Richardson (2002) ได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผลกระทบเหล่านี้จะคุกคามและทำลายความสมดุลของชีวิตของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะเกิดการฟื้นตัว ซึ่งมี 4 รูปแบบ ได้แก่ การฟื้นตัวแบบผู้มีพลังสุขภาพจิต การฟื้นตัวกลับสู่ความสมดุลของชีวิต การฟื้นตัวที่มีการสูญเสียเกิดขึ้น และไม่เกิดการฟื้นตัว ผู้สูงอายุที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะเป็นบุคคลที่สามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้แบบผู้มีพลังสุขภาพจิต คือ มีกระบวนการปรับตัว (Coping process) ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนาขึ้น มีความรู้ มีความเข้าใจ และมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ถึงแม้ว่าต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย และทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตก็ตาม

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ความเพียงพอของรายได้ และขวัญและกำลังใจ ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิงในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างกันมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 80.9 ส่วนความเพียงพอของรายได้ และขวัญและกำลังใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ($r = .23, p < .05$ และ $r = .33, p < .01$ ตามลำดับ)

สรุป จากการวิจัยในครั้งนี้เห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 ซึ่งปัจจัยทั้งสองด้านมีความสำคัญสามารถส่งเสริมให้พัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะเป็นพลังของสังคม เพราะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งสามารถทำประโยชน์ต่อชุมชน และครอบครัวได้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตนั้นจะต้องอาศัยทั้งปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี โดยครอบครัว ชุมชน สังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และสหสาขาวิชาชีพต้องร่วมมือกันหาแนวทางส่งเสริม และป้องกันการเสื่อมถอยลงของปัจจัยเหล่านี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถจัดการและการปรับตัวได้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยความพึงพอใจ มีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความสุข ลดภาวะพึ่งพา และมีคุณภาพชีวิตในวัยผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตที่ยังไม่ได้ศึกษา ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการนำไปศึกษาในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่สามารถจัดการและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล คณะจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต และพัฒนารูปแบบการพยาบาล หรือโปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านความเข้มแข็งภายในของบุคคล และปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิตในวัยผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย และในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน และความดันโลหิต เพื่อนำข้อมูลมาส่งเสริม และวางแผนการพยาบาลให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการ และดูแลตนเองได้

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการพยาบาล โปรแกรมการพยาบาล หรือกิจกรรมที่สร้างเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต เพื่อช่วยพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: เจ. เอส.
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- นางเยาว์ ชัยทอง. (2542). *การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปัทมา ว่าพัฒนางศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2553). *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุ ในสายตาสังคมไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรัตน์ เอกอัสวิน และเขาวานาฏ ผลิตนันทเกียรติ. (2551). *ความสามารถยื่นหยัดเผชิญวิกฤติ*. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 16(3), 190-198.
- ศูนย์การเฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สำนักปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). *รายงานผลการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2554*. เข้าถึงได้จาก http://www.m-society.go.th/article_attach/11400/15721.pdf

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่น
ลำคาน” เตรียมพร้อมผู้สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ:
ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมพร อินทร์แก้ว, เขาวานาฏ ผลิตนนทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด และสายศิริ ด่านวัฒนะ (2552).
เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. นนทบุรี: ดินาคู.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัด
อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถานภาพของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศ
สถิติ.
- สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล. (2556). *สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2556*. กรุงเทพฯ:
คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี (บรรณาธิการ), (2552). *คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้าง
พลังสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บียอนด์ พับลิชชิง.
- อานนท์ อาภาภิรม. (2525). *สังคม วัฒนธรรมประเพณีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- Ahern, N. R., Kiehl, E. M., Sole, M. L., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring
resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Alex, L., & Lundman, B. (2011). Lack of resilience among very old men and women: A Qualitative
gender analysis. *International Journal*, 25(4), 302-316.
- Allen, R. S., Haley, P. P., Harris, G. M., Fowler, S. N., & Pruthi, R. (2011). Resilience: Definitions,
Ambiguities, and Applications. In B. Resnick, L.P. Gwyther, & K. A. Roberto (Eds.),
Resilience in aging concepts, research, and outcomes (pp. 1-13). New York: Springer.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- 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.
- Dye, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the concept. *Psychiatric Nursing, 10*(5), 276-282.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum, 42*(2), 73-82.
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton .
- Felten, S. B. (2000). Resilience in a multicultural sample of community-dwelling women older than age 85. *Clinical Nursing Research, 9*(2), 102-123.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcome associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34*, 416-430.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse, 25*, 124-135.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger.
- Hengudomsub, P. (2007). Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 2*(1), 115-123.
- Lawton, M. P. (1972). The dimensions of morale. In D. Kent, R. Kastenbaum, & S. Sherwood (eds.), *Research planning and action for the elderly: The power and potential of social science* (pp. 144-165). New York: Behavioral Publications.
- 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.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- 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.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307-321.
- Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S., & Kumpfer, K. (1990). The resilience model. *Health Education*, 21, 33-39.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factor and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- 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.
- Wagert, P. V., Ronnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J., Nygren, B., Lundman, B., Norberg, A., & Gustafson, Y. (2005). Morale in the oldest old: The Umea 85+ study. *Journal of Age and Ageing*, 34, 249-255.
- 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., Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Psychosocial Nursing*, 47(12), 28-33.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship*, 22, 252-255.

- 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.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationship. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). New Jersey: Prentice Hall.
- 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.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1977). *Kauai's children come of age*. Honolulu: University of Hawaii Press.
- Werner, E., (1993). Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

Predictive Factors of Resilience Among Elderly

ชื่อนิสิต นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ

รหัสประจำตัวนิสิต

54920223

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 06 - 02 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 100 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตคูสิต เขตคลองเตย เขตบึงกุ่ม เขตบางกอกน้อย และเขตราษฎร์บูรณะ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 21 มีนาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 21 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

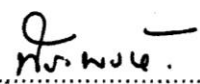
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร
หนังสือรับรองโครงการวิจัย**

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guidelines and ICH-GCP Guidelines

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
รหัสโครงการ : U67q/57
หัวหน้าโครงการ : นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ
สถาบันที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ลงชื่อ..... 

(นายพีระพงษ์ สายเชื้อ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

หมายเลขหนังสือรับรอง.....059.....

ให้ไว้ ณ วันที่..... 14 พฤศจิกายน 2557.....

หมดอายุ วันที่..... 13 พฤศจิกายน 2558.....

ประเภทของการรับรอง : ครั้งแรก แก้ไขโครงร่างการวิจัย ต่ออายุครั้งที่.....

กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้า 1 ปี 6 เดือน 3 เดือน

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของหนังสือรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุของท่าน คือ ปี (มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

2. เพศ

ชาย

หญิง

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หม้าย

หย่าร้าง

อื่น ๆ.....

4. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่น ๆ ระบุ.....

5. ท่านมีรายได้หลักจากแหล่งใดบ้าง

บำนาญ

การประกอบอาชีพ

บุตร-หลาน

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

อื่น ๆ.....

6. รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายของท่านหรือไม่

เพียงพอ

ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. ในความคิดเห็นของท่าน เมื่อ 6 เดือนย้อนหลัง สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ดีมาก
- ดี
- ปานกลาง
- ไม่ดี

2. ในความคิดเห็นของท่าน ในปัจจุบัน (6 เดือน - ปัจจุบัน) สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- ดีมาก
- ดี
- ปานกลาง
- ไม่ดี

3. ในความคิดเห็นของท่าน สุขภาพของท่านในขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่ากัน ๆ กันเป็นอย่างไร

- ดีกว่ามาก
- ดีกว่า
- เท่ากัน
- แย่กว่า

ส่วนที่ 3 ขวัญและกำลังใจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับขวัญและกำลังใจของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

ขวัญและกำลังใจ	ความรู้สึกของผู้สูงอายุ			
	ตลอด เวลา	บ่อย ๆ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย เลย
การปราศจากความเดือดร้อนความทุกข์ใจ				
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านขณะนี้มันแต่เรื่องเลวร้ายลง				
2. ท่านมีความรู้สึกกังวลจนนอนไม่หลับ				
3. เมื่อสูงอายุท่านมีความรู้สึกว่ามีหลายสิ่งหลายอย่างที่ทำให้ท่านรู้สึกหวาดกลัว				
4. ปัจจุบันท่านรู้สึกโกรธง่ายกว่าที่ท่านเคยเป็น				
.				
.				
.				
.				

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ							
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ท่านทราบเมื่อท่านทำงานได้ดี							
4. ท่านมีโอกาสมากที่จะได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่า							
.							
.							
.							
.							

ส่วนที่ 5 พลังสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับพลังสุขภาพจิตของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

พลังสุขภาพจิต	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่เห็น ด้วย เล็กน้อย	เฉยๆ	เห็น ด้วย เล็กน้อย	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. เมื่อใดที่ท่านวางแผนแล้วท่านจะลงมือทำตามแผนนั้น							
2. ท่านมักจัดการอะไรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเสมอ							
3. ท่านสามารถจัดการกับตนเองได้มากกว่าใคร ๆ							
4. การจดจ่ออยู่กับสิ่งต่าง ๆ เป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่าน							
.							
.							
.							
.							

ภาคผนวก ค

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ขวัญและกำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ขวัญและกำลังใจ และ การสนับสนุนทางสังคม (n = 94)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	8.11	1.83
ขวัญและกำลังใจ	59.03	5.67
การสนับสนุนทางสังคม	89.96	8.67

ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖ -
 ที่ ศธ ๖๖๐๗/
 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

วันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของดัชนีนิพนธ์ เรื่อง “A causal model of depression among older adults in Chonburi province” ของ คุณกาญจนา พิบูลย์ พ.ศ. ๒๕๕๔ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ) มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์อภรณ์ ตีนาน)

รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ รักษาการแทน
 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0514.10/35๐1

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น-40002

1๐ พฤศจิกายน 2557

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ 6607/1730 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2557

ตามหนังสือที่อ้างถึง ซึ่ง นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาตี นิสิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่อง “การได้รับการดูแลและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี” ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนางสาวนงเยาว์ ชัยทอง มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้ นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาตี ใช้เครื่องมือวิจัยจากวิทยานิพนธ์เรื่องดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี ตักตะวะศาสตร์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ (043) 202420 ต่อ 42423

โทรสาร (043) 202421



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๑๖๕๑

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๕ กันยายน ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์

ด้วย นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยของท่าน คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “RESILIENCE AMONG WOMEN AND MEN AGED 60 YEARS AND OVER IN SWEDEN AND IN THAILAND” ปี พ.ศ.๒๕๕๓ เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๕๑๐๘-๐๔๗๙

เรียนคณบดี

อันดี ในใจขอใช้เครื่องมือวิจัยของตน

ศน- รุจรรณ

๒๒ ต.ค. ๕๖



ที่ ศธ ๐๕๑๔.๑๐/๓๑๕๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๒๒ ตุลาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๖๔๒ ลงวันที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึง โดยนางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของ นางสาวสุพรรณิ วีระเจตกุล มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางสาวฉัตรฤดี ภาระญาติ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของเครื่องมืออย่างถูกต้อง จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี ตัตตะวะศาสตร์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรศัพท์ (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๐ ต่อ ๔๑๔๒๓

โทรสาร (๐๔๓) ๒๐๒๔๒๑