ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

นภัสกร จันทร์สอน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
พฤษภาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ นภัสกร จันทร์สอน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๒ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อคิดและข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความปราถนาดีและเอาใจใส่อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ชมนาด สุ่มเงิน ตลอดจนคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัยรวมทั้งให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองครักษ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้งสองแห่งทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและเพื่อดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ด้วยความรักและความห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด รวมทั้งเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล-ศาสตร์ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งทางโลก ทางธรรม ทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นภัสกร จันทร์สอน

57910183:สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต/ ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน/ การสนับสนุนทางสังคม/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การเผชิญปัญหา

นภัสกร จันทร์สอน: ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG ELDERLY WITH DIABETES) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารี กังใจ, พย.ด., สหัทยา รัตนจรณะ, Ph.D. 103 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากได้รับการสนับสนุนให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74, .79, .85, .87 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณาและสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (M = 147.16, SD = 12.32) การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436)

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี

57910183: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICALNURSING)

KEYWORDS: RESILIENCE/ OLDER ADULTSWITH DIABETES/ SOCIAL SUPPORT/ PERCEIVED HEALTHSTATUS/ COPING

NAPASSAKORN CHUNSORN: PREDICTIVE FACTORS OF RESILIENCE AMONG ELDERLY WITH DIABETES. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., SAHATTAYA RATTANAJARANA, Ph.D. 103 P. 2017.

Older adults with diabetes often face with physiological and psychological complications. If they are supported to have good resilience, their ability to adapt themselves to the illness and stressful situation will increase. Obviously, resilience related factors are critical for older adults with diabetes. The purpose of this predictive correlational study was to determine the predictive factors of resilience among older adults with diabetes. The participants were 108 male and female older adults aged 60 and older who had been diagnosed type 2 diabetes and received care at OPD, Banna Hospital, Nakhon Nayok province. They were selected by using simple random sampling technique. Demographic Questionnaire, Perceived Health Status Scale, Coping Scale, Instrumental Activity of Daily Living (Chula ADL Index) Questionnaire, Social Support Questionnaire, and the Resilience Scale were used to collect data. Cronbarch's alpha coefficients of these instruments were .74, .79, .85, .87 and .83 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The results indicated that the mean resilience score of the participants was at a high level (M = 147.16, SD = 12.32). Social support, perceived health status, and IADLs all together could predict 43.6% of the variance in resilience (R^2 = .436, p < .01).

These findings suggest that nurses and healthcare providers should develop nursing intervention to enhance social support, perception of health status, and functional activity in order to improve resilience in older adults with diabetes.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ	10
แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต	16
ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	47
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
4 ผลการวิจัย	51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล	57
อภิปรายผลการวิจัย	58
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	62
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	63
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก..	71
ภาคผนวก ก	72
ภาคผนวก ข	74
ภาคผนวก ค	88
ภาคผนวก ง	90
ภาคผนวก จ	92
ประวัติย่อของผู้วิจัย	103

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
4-1	จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	52
4-2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	54
4-3	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต	55
4-4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	56
ค-1	คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม	89

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 8

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานการเกิดโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.9 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.58 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธา และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนาในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานถึงร้อยละ 72.9 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา, 2558)

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง (Type 2 Diabetes Mellitus) (Touhy & Jett, 2012) สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยจากการเสื่อมสภาพของตับอ่อน ทำให้เซลล์เบต้า (Beta cell) และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนลดลง รวมทั้งภาวะที่ดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ไขมัน HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/ dL ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/ dL) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 mmHg ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27 kg/ m^2 (Kennedy-Malone, Fletcher, & Martin-Plank, 2014) รวมทั้งการได้รับยา เช่น ยาขับปัสสาวะซึ่งทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง ยาสเตียรอยด์ มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อาหารและสารพิษ เช่น สารเบื่อหนู ซึ่งจะทำลายเซลล์เบต้าของตับอ่อนโดยตรง นอกจากนั้น ความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ปัญหาและผลกระทบของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่สำคัญคือ ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่ตาและไต ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเป็นแผลที่เท้า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยเฉพาะอัตราการตัดขา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การมองเห็นลดลง และโรคไตวายระยะสุดท้ายพบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (CDC, 2012; Li, Burrows, Gregg, Albright, & Geiss, 2012) นอกจากนั้นโรคเบาหวานยังทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดอาการกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ

(Geriatric syndromes) เพิ่มมากขึ้น เช่น กระบวนการรู้คิดผิดปกติ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (Lu, Lin, & Kuo, 2009) นำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่วนผลกระทบด้านสังคม จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อีกทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกกลัว วิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ถดถอยออกจากสังคม บทบาทด้านสังคมลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและแผนการรักษา เป็นผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวและการดูแลรักษา (Kirkman et al., 2012) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (Celano, Beale, Moore, Wexler, & Huffman, 2013) และอาจส่งผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีจิตใจเข้มแข็ง สงบมั่นคง และมีพลังสุขภาพจิตสูงจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้ (Wagnild & Collins, 2009)

พลังสุขภาพจิต คือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในด้านบวก ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและบรรเทาผลกระทบจากภาวะเครียด และฟื้นฟูภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบากในชีวิต (Wagnild & Young, 1993) เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและสุขภาพกายมีสุขภาพดีขึ้นและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Edward, 2013) เป็นพลังแห่งชีวิตที่ช่วยให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคและเหตุการณ์วิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ ภาวะเจ็บป่วยที่ร้ายแรง โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลสามารถพัฒนาได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตเพื่อให้อยู่รอดอย่างปกติสุขและประสบผลสำเร็จในชีวิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551; Grotberg, 2003)

พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ จากการศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick, Gwyther, and Roberto (2011) และจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) พบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ประกอบด้วย ปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี การมีสติ ความเข้มแข็งอดทนด้านสุขภาพ (Health-related hardiness) ความภาคภูมิใจในตนอง สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Internal locus of control) ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) ความหวัง และการยอมรับต่อความเจ็บป่วย (Resnick et al., 2011; Stewart & Yuen, 2011) ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม วิธีการเผชิญปัญหา (Resnick et al., 2011; Stewart & Yuen, 2011; Yi-Frazier et al., 2009) การปฏิบัติกิจกรรม (Hicks & Conner, 2014; Resnick et al., 2011) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Hardy, Concato, & Gill, 2004) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Wagnild, 2003) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีอิทธิพลและมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น ส่งเสริมการปรับตัวต่อสภาวการณ์เจ็บป่วย และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีการศึกษา ดังเช่น จากการศึกษาของ DeNisco (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (M = 147.0, SD = 26.5) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำ การศึกษาของ Yi, Vitaliano, Smith, Yi, and Weinger (2008) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำจะมีภาวะคุกคามของโรครุนแรงขึ้น พลังสุขภาพจิตและภาวะคุกคามของโรคเบาหวานสามารถทำนายระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ที่ช่วงระยะเวลา 1 ปี และการศึกษาของ Yi-Frazier et al. (2009) พบว่า แบบแผนการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิต และจากการศึกษาของ Bahremand et al. (2015) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ซึ่งหากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยให้มีสุขภาพจิตดี

สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เช่น วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554) พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตและสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะทำนายพลังสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากแนวคิดของพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) และ จากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของบุคคลโดยสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Brook et al., 1979) เป็นความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง จากการศึกษาของ Wagnild (2003) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและรายได้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .31, p < .01$ และ $r = .37, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .01$, $R^2 = .309$, $p < .01$) ดังนั้น หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และมีพลังสุขภาพจิตที่สูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

การเผชิญปัญหา เป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล เพื่อจัดการกับปัญหาที่ได้ประเมินไว้ (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นปัจจัยปกป้องและช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังโดยผู้สูงอายุจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาในด้านบวกในการจัดการกับปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ความกระตือรือร้นในการแก้ปัญหา การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน การใช้หลักความเชื่อด้านศาสนา การมองโลกในแง่ดี เป็นต้น (Resnick et al., 2011) บุคคลที่มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Stewart and Yuen (2011) พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต นอกจากนั้น Yi-Frazier et al. (2009) พบว่า แบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .32, p < .01$, $r = .21, p < .05$ และ $r = .43, p < .01$ ตามลำดับ)

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนและจำเป็นสำหรับการดำเนิน

ชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สามารถพึ่งตนเองได้ ลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น (Resnick et al., 2011) จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ Hardy et al. (2004) พบว่า ความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.36, 95% CI = 1.05-1.69, $p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของพลังสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่ยากลำบาก เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Grotberg, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมของ Resnick et al. (2011) พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมจะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยที่การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับ Stewart and Yuen (2011) ที่ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตและเป็นปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ Well (2010) พบว่า การมีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($r = .21, p < .01$) และจากการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .51, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .309, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในต่างประเทศ (Bahremand et al., 2015; DeNisco, 2011; Yi et al., 2008; Yi-Frazier et al., 2009) แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ดังข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา ปี พ.ศ. 2558 พบว่า

มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 72.9 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 3.5 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา, 2558) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะด้านจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีภาวะเครียดและซึมเศร้าเพราะต้องเผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดูแลรักษา ส่งผลให้พบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิต และอาจมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถปรับตัวกับภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

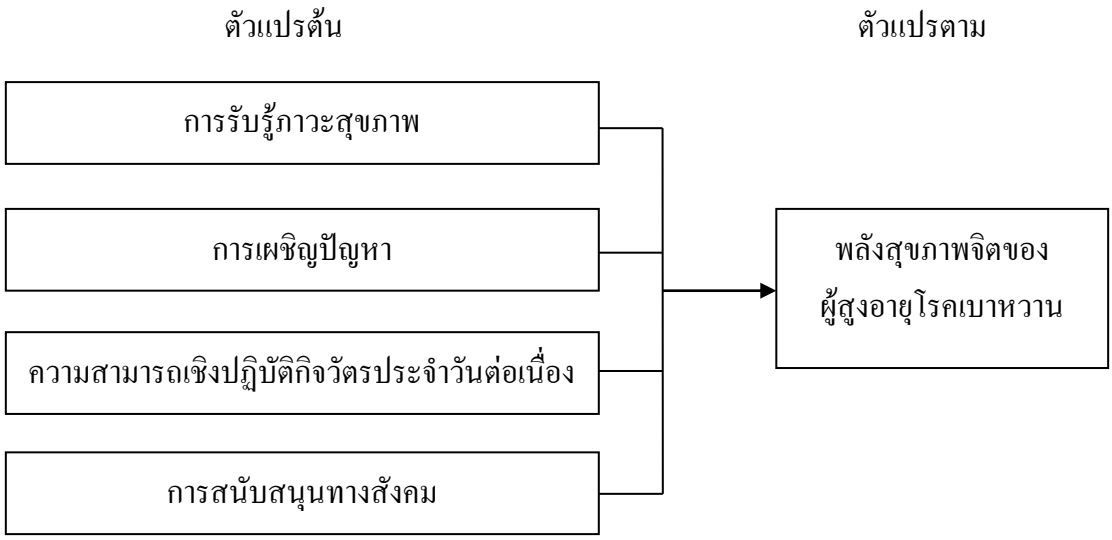
การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) และปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) และจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) ดังนี้

แนวคิดพลังสุขภาพจิต Wagnild and Young (1993) ได้อธิบายไว้ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในด้านบวก ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและบรรเทาผลกระทบจากภาวะเครียด และฟื้นฟูภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือ

ความยากลำบากในชีวิต ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง (Equanimity) 2) การมีความเพียรและอดทน (Perseverance) 3) การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) 4) การมีความหมายในชีวิต (Meaningfulness) และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง (Existential aloneness) โดยที่คุณลักษณะการมีความหมายในชีวิต เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นพื้นฐานของคุณลักษณะอื่น

ส่วนปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากแนวคิดของพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะของบุคคล (Personality trait) เช่น การมองโลกในแง่ดี การมีสติ และความเข็มแข็งอดทนด้านสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 3) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา (Coping styles) และ 4) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนั้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Wagnild, 2003) การเผชิญปัญหา (Stewart & Yuen, 2011; Yi-Frazier et al., 2009) การมีกิจกรรม (Hick & Conner, 2014) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Hardy et al., 2004) และการสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Well, 2010) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากร จำนวน 108 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ Brook et al. (1979)

การเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการที่ผู้สูงอายุคิดหรือแสดงออกเมื่อต้องเผชิญปัญหาขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา

2) การจัดการกับอารมณ์ และ 3) การเผชิญปัญหาทางอ้อม ประเมินโดยใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542)

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ของ Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, and Bunnag (1994) ซึ่งปรับปรุงพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) ศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟียของ Lawton and Brody (1969)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลในเครือข่ายสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางด้านประเมินค่า 3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่ปรับปรุงและพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

พลังสุขภาพจิต หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปรับตัวเมื่อเผชิญปัญหากับความยากลำบากในชีวิต ซึ่งมีคุณลักษณะ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การมีความหมายในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (Choowattanapakorn, Alex, Lundman, Norberg, & Nygren, 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience scale) ของ Wagnild and Young (1993)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต
3. ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากความผิดปกติที่เกี่ยวกับการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือการทำงานของอินซูลินลดลงหรือจากสาเหตุทั้งสองอย่าง ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติ (American Diabetes Association [ADA], 2010) ซึ่งเป็นสาเหตุนำไปสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการและเสียชีวิต แบ่งเป็นสองชนิด คือ เบาหวานชนิดที่หนึ่ง (Type 1 Diabetes Mellitus) หรือ Insulin-Dependent Diabetes Mellitus [IDDM] เกิดจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนถูกทำลาย นำไปสู่การขาดอินซูลินที่สมบูรณ์ (Kennedy-Malone et al., 2014) พบประมาณร้อยละ 5 ถึง 10 ของผู้ที่เป็นเบาหวาน และพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010) และเบาหวานชนิดที่สอง (Type 2 Diabetes Mellitus) หรือ Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus [NIDDM] เกิดจากร่างกายผลิตอินซูลินไม่เพียงพอและอินซูลินไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสเข้าเซลล์ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เรียกว่าเกิดการดื้ออินซูลิน (ชัชลิต รัตนสาร, 2556) ระดับอินซูลินใน NIDDM อาจปกติหรือต่ำกว่าปกติก็ได้ อาการมักเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ป่วยมักมีรูปร่างอ้วนหรือลงพุง และมักมีประวัติโรคเบาหวานในครอบครัวชัดเจน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งร้อยละ 90 ในผู้สูงอายุจะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง (Touhy & Jett, 2012)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวาน

เมื่ออายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย ในผู้สูงอายุจะพบว่า มีการเสื่อมสภาพของตับอ่อน ทำให้เบต้าเซลล์ (Beta cell) ทำงานลดลง การหลั่งฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Cornell, 2015) และภาวะที่ดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) รวมทั้งจากที่ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน การมีกิจวัตรประจำวัน

และการออกกำลังกายลดลง และมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานเพิ่มมากขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556; Eliopoulos, 2014)

นอกจากนั้น ความผิดปกติของการควบคุมเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ยังพบว่า ผู้ที่เริ่มเป็นเบาหวานในช่วงวัยกลางคน มักมีการสร้างกลูโคสจากตับเพิ่มมากขึ้น มีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น ส่วนผู้ที่เริ่มเป็นเบาหวานในผู้สูงอายุมักมีการสร้างน้ำตาลจากตับปกติ และในผู้สูงอายุที่มีรูปร่างผอมจะมีการตอบสนองต่อการได้รับกลูโคสลดลง และพบภาวะดื้อต่ออินซูลินน้อยกว่าผู้ป่วยที่เริ่มเป็นเบาหวานในช่วงวัยกลางคนหรือผู้ป่วยที่อ้วน และอาจพบระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารใกล้เคียงปกติแต่มีระดับน้ำตาลหลังอาหารสูงได้ ซึ่งควรเฝ้าระวังในการติดตามดูแลรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สถาบันเบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2035 บุคคลที่เป็นเบาหวานทั้งโลกจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 592 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับปี ค.ศ. 2013 ซึ่งมีเพียง 382 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2013) จากรายงานการเกิดโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.9 (CDC, 2014) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 336,265 ราย อัตราป่วย 523.24 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมากเป็นอันดับสองรองจากโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วยเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 2,128.04 ต่อประชากรแสนคน (173,467 ราย) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี อัตราป่วย 1,207.35 ต่อประชากรแสนคน (97,040 ราย) กลุ่มอายุ 40-49 ปี อัตราป่วย 463.44 ต่อประชากรแสนคน (49,221 ราย) กลุ่มอายุ 15-39 ปี อัตราป่วย 61.61 ต่อประชากรแสนคน (15,501 ราย) และกลุ่มอายุ ต่ำกว่า 15 ปี อัตราป่วย 8.29 ต่อประชากรแสนคน (1,019 ราย) (อมรา ทองหงษ์ และคณะ, 2555) และจากการสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีจำนวน 2,549 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานถึง 1,859 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.9 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา, 2558)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวาน ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ (ไขมัน HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/ dL ระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่าหรือเท่ากับ 250 mg/ dL) ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 mmHg ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 27 kg/ m^2 (Kennedy-Malone et al., 2014) ตรวจพบระดับน้ำตาล

ในเลือดขณะอดอาหารสูงผิดปกติ (Impaired fasting glucose) หรือความทนต่อระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่อง (Impaired glucose tolerance) มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 9 lb (4 กิโลกรัม) (Smeltzer et al., 2010) และยังพบปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การได้รับยา เช่น ยาขับปัสสาวะซึ่งทำให้การหลั่งอินซูลินลดลง ยาสเตียรอยด์ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อาหารและสารพิษ เช่น สารเบื่อหนู ซึ่งจะทำลายเซลล์เบต้าของตับอ่อนโดยตรง นอกจากนั้น ความเครียดและการขาดการออกกำลังกาย มีผลทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

พยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพเกิดจากกลไก 2 อย่าง คือ 1) ภาวะดื้อต่ออินซูลิน ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินต่อเนื้อเยื่อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินซูลินลดลง ซึ่งเชื่อว่าเป็นความผิดปกติหลักที่ทำให้เกิดโรค 2) ภาวะพร่องอินซูลิน เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของเบต้าเซลล์ (Smeltzer et al., 2010) ซึ่งจะพยายามผลิตอินซูลินให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อทดแทนให้กับการดื้ออินซูลินของเนื่อเยื่อต่าง ๆ ทำให้เบต้าเซลล์ทำงานหนัก จนสูญเสียหน้าที่ในที่สุด (รัชดา เครสซี่, 2557)

จากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดอินซูลิน หรือภาวะที่ฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลินสูงขึ้น เนื่องจากเซลล์ต่าง ๆ ไม่สามารถใช้และเก็บกลูโคสได้ ร่วมกับมีการสลายไกลโคเจนเป็นกลูโคสจากตับเพิ่มมากขึ้น เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ท่อไตไม่สามารถดูดกลับได้หมดจึงเหลือทิ้งออกมากับปัสสาวะ (Glycosuria) ร่างกายมีการสูญเสียน้ำและอิเลคโทรลัยต์ต่าง ๆ ออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น (Polyuria) เนื่องจากเกิดภาวะ Osmotic diuresis ซึ่งจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ผู้ป่วยมักจะกระหายน้ำและดื่มน้ำมากขึ้น (Polydipsia) เซลล์ต่าง ๆ เมื่อขาดสารอาหารจะกระตุ้นฮัยโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหิวและกินอาหารมากขึ้น (Polyphagia) แต่เซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้ ผู้ป่วยจะผอมลงเมื่อร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ ความเข้มข้นของเลือดจะเพิ่มขึ้นทำให้เกิดความล้มเหลวในการไหลเวียนของเลือดปลายทาง ปริมาณเลือดที่ไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญ คือ ไต และสมองลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะชักและหมดสติ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน สามารถทำได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งใน 4 วิธี ดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข, 2557; ADA, 2015)

2. การตรวจระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มีค่ามากกว่า 126 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; ADA, 2015)

3. การตรวจความทนต่อกลูโคส (75 g Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมง หลังดื่มน้ำตาลมีค่ามากกว่า 200 มก./ ดล. ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; ADA, 2015)

4. การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A1c (HbA1c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; ADA, 2015) วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลสูงในเลือดชัดเจน หรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

อาการและอาการแสดงเฉพาะของโรคเบาหวานที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย และกระหายน้ำมากขึ้น ในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและในผู้สูงอายุมักค้นพบโรคโดยบังเอิญ อาการแสดงที่พบอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลสูง เช่น ภาวะ Stroke ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและขาดเลือด พยาธิสภาพที่ระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy) โปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) พยาธิสภาพที่ตา (Retinopathy) (Kennedy-Malone et al., 2014) ผิวแห้ง แผลหายช้า ติดเชื้อบ่อย การมองเห็นเปลี่ยนแปลง ชาตามปลายมือปลายเท้า และอาการอ่อนเพลีย (Smeltzer et al., 2010) นอกจากนั้นอาการและอาการแสดงที่มักพบในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) อาการสับสน (Confusion) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และการมองเห็นลดลง (Touhy & Jett, 2012)

ผลกระทบโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคและดูแลรักษาตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1. ผลกระทบต่อด้านร่างกาย โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่ตาและไต ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเป็นแผลที่เท้า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยเฉพาะอัตราการ

ตัดขา โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การมองเห็นลดลง และโรคไตวายระยะสุดท้ายพบมากขึ้นในผู้สูงอายุเบาหวานที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Li et al., 2012) และในผู้สูงอายุเบาหวานที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ห้องฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มอายุอื่นที่เป็นโรคเบาหวานถึงสองเท่า (CDC, 2012)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและแผนการรักษา เป็นผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวและการดูแลรักษา (Kirkman et al., 2012) จากการศึกษาผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนอายุ 70-79 ปี จำนวน 2,522 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา และติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 5.9 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่ป็นโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 30 และระดับ Glycohemoglobin มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Maraldi et al., 2007) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทยใน 8 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนทุกภาคในประเทศไทย จำนวน 1,015 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 (กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด, 2558) ดังนั้น การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานตั้งแต่แรกเริ่มจึงมีความจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

3. ผลกระทบด้านเศรฐกิจและสังคม โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจโดยรวม โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้เป็นภาระต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระค่ารักษาไปตลอดชีวิต เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคและผู้สูงอายุบางรายมีรายได้จำกัด จากรายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2012 พบว่า ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีค่ารักษาพยาบาลสูงเป็นอันดับหนึ่งถึง 104,178 ล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 45-64 ปี มีค่ารักษาพยาบาลจำนวน 57,235 ล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 33 และกลุ่มอายุน้อยกว่า 45 ปี มีค่ารักษาพยาบาลจำนวน 14, 406 ล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 8 (ADA, 2013) ส่วนผลกระทบด้านสังคม จากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง อีกทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานรู้สึกกลัว วิตกกังวล และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น ทำให้ถดถอยออกจากสังคม บทบาทด้านสังคมลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ข้อควรพิจารณาที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน มักมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของภาวะเสี่ยงในกลุ่มอาการที่เกิดร่วมในผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) โดยเฉพาะกลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ข้อควรพิจารณาที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. กระบวนการรู้คิดผิดปกติ (Cognitive dysfunction) โรคที่พบคือ Alzheimer's disease และภาวะสมองเสื่อม (Lu et al., 2009) ซึ่งพบได้ 2 เท่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมักมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (Kirkman et al., 2012)

2. การทำงานของร่างกายบกพร่อง (Functional Impairment) ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมักพบว่า การทำงานของร่างกายบกพร่องมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน และมีภาวะเสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวบกพร่องและความพิการ (Kirkman et al., 2012) จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวบกพร่องและความพิการ (Lu et al., 2009) สาเหตุมักเกิดร่วมกับความผิดปกติของประสาทส่วนปลาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง ท่าเดินและการทรงตัวบกพร่องซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนั้นอาการที่เกิดร่วมในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะอ้วน โรคข้อเสื่อม และภาวะซึมเศร้ามักมีผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางกายและการทำงานของร่างกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

3. ภาวะหกล้มและกระดูกหัก (Fall and fractures) จากการศึกษาพบว่า โรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มและการหกล้มซ้ำ (Lu et al., 2009) นอกจากนั้น ภาวะการทำงานของร่างกายบกพร่องในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มักมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหัก ในผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคเบาหวานมักมีภาวะเสี่ยงต่อกระดูกสะโพกและกระดูกต้นแขนส่วนต้นหัก การป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) โรคเบาหวานมักมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการดูแลรักษา ภาวะสมองเสื่อม และอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

จึงเป็นสิ่งจำเป็น

5. การมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง (Vision and hearing impairment) หนึ่งในห้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมีปัญหาการมองเห็นบกพร่อง ส่วนการได้ยินบกพร่องพบได้เป็นสองเท่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

6. การได้รับยาหลายชนิด (Polypharmacy) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความเสี่ยงต่อการได้รับยาหลายชนิด รวมถึงจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาต่าง ๆ และผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับยามากกว่า 6 ชนิดขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Kirkman et al., 2012) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาตรวจตามนัดแต่ละครั้ง ควรมีการประเมินและการติดตามการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ

7. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) โรคเบาหวานมักมีความสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงในการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุหญิง จากการศึกษาในผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่า โรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.21, 95% CI = 1.02-1.43) และพบว่า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีการพัฒนาของโรคอยู่ในระดับรุนแรงมาก (RR = 1.97, 95% CI = 1.24-3.12) (Lifford et al., 2005 cited in Lu et al., 2009) ดังนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีการประเมินและเฝ้าระวังภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิด

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องเผชิญปัญหากับความยากลำบากในการดำเนินชีวิต อีกทั้งจากวัยที่เสื่อมถอย การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและแผนการรักษา ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจมีผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิต หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการดูแลรักษาครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการสนับสนุนแหล่งประโยชน์จากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต เป็นอีกมุมมองหนึ่งของสุขภาพจิต เป็นพลังแห่งชีวิตที่ช่วยให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคและเหตุการณ์วิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ภัยธรรมชาติ อุบัติเหตุ ภาวะเจ็บป่วยที่ร้ายแรง โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะส่วนบุคคลและสามารถพัฒนาได้และเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตเพื่อการอยู่รอดอย่างปกติสุขและประสบผลสำเร็จในชีวิต

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552; ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฎ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551; Grotberg, 2003)

ความหมายของพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Resilience ซึ่งมาจากภาษาละติน หมายถึง ความสามารถในการคืนกลับสภาพเดิม ในภาษาไทยมีความหมายหลากหลาย เช่น ความสามารถในการฟื้นพลังความเข้มแข็งทางจิตใจ ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่น เป็นต้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ว่า พลังสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการปรับตัวและฟื้นตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก หรือวิกฤติได้สำเร็จ

นักวิชาการได้ให้คำนิยามของพลังสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นทั้งกระบวนการและคุณลักษณะ Luthar, Cicchetti, and Becker (2000) ได้ให้คำนิยามของพลังสุขภาพจิตไว้ว่า พลังสุขภาพจิต คือ กระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวในด้านบวกถึงแม้จะต้องพบกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต ส่วน Tugade and Fredrickson (2004) ได้มองว่าพลังสุขภาพจิต คือ คุณลักษะของบุคคล โดยให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ว่า พลังสุขภาพจิต คือคุณลักษณะของบุคคลที่สามารถฟื้นตัวจากประสบการณ์ของอารมณ์ด้านลบ โดยใช้การปรับตัวที่ยืดหยุ่นในการเปลี่ยนประสบการณ์ที่ยากลำบากให้กลับมาเป็นปกติ

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) ซึ่งมีมุมมองว่าพลังสุขภาพจิตเป็นคุณลักษณะของบุคคล และได้อธิบายถึงความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้ว่า พลังสุขภาพจิต คือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวและบรรเทาผลกระทบจากภาวะเครียดและฟื้นฟูภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบากในชีวิต

วิวัฒนาการของแนวคิดพลังสุขภาพจิต

แนวคิดของพลังสุขภาพจิตได้รับความสนใจ และเริ่มต้นศึกษาเมื่อประมาณสามสิบกว่าปีก่อน ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการยืนหยัดของบุคคลเมื่อต้องเผชิญปัญหากับภาวะวิกฤติ ปัจจุบันได้รับความสนใจจากนักวิชาการหลายสาขา และได้ถูกประยุกต์ใช้ในงานวิจัยและการฝึกปฏิบัติกับหลากหลายสาขาอาชีพ เช่น สาขาจิตวิทยา วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ การแพทย์ ด้านการศึกษา และด้านธุรกิจ เป็นต้น

ผู้ที่เริ่มศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตเป็นคนแรกคือ นักวิชาการด้านจิตวิทยาชื่อ Garmezy เมื่อปี ค.ศ. 1973 ได้ทำการศึกษาพลังสุขภาพจิตขณะทำงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยเด็กโรคจิตเภท (Schizophrenia) และกายวิภาคด้านจิตวิทยาของเด็กที่มีภาวะเครียด โดยในปีนี้ ผลงาน

ของเขาได้ถูกตีพิมพ์ครั้งแรกเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคที่เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต เขาได้สนใจศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับโรคนี้ว่าทำไมผู้ป่วยเด็กบางคนถึงสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมและใช้ชีวิตอยู่ได้เป็นปกติ ในขณะที่บางคนไม่สามารถทำได้ ขณะที่ทั้งสองกลุ่มต้องเผชิญปัญหากับความเครียดเนื่องจากภาวะของโรคและปัญหาด้านจิตวิทยาเหมือน ๆ กัน กลุ่มหนึ่งแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมการปรับตัวในด้านบวกในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งไม่มี การศึกษาของเขาได้แยกให้เห็นความแตกต่างของภูมิหลังของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ซึ่ง Garmezy ได้แนะนำว่า แหล่งประโยชน์ของพลังสุขภาพจิตอาจมีส่วนทำให้ลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เลวร้าย เช่น โรคจิตเภท และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวในด้านบวก (Garmezy, 1973) การศึกษาของเขาในครั้งนี้ได้ถูกนำไปเป็นประเด็นหลักในการกล่าวถึงกรอบแนวคิดของพลังสุขภาพจิต (Garcia-Dia, DiNapoli, Gracia-Ona, Jakubowski, & O'Flaherty, 2013) และเป็นจุดเริ่มต้นให้นักวิชาการรุ่นต่อมาสนใจศึกษาความสามารถในการยืนหยัดเพื่อให้ชีวิตรอด สามารถปรับตัวได้ท่ามกลางสถานการณ์วิกฤติและสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฎ ผลิตนนท์เกียรติ, 2551)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1992 Werner and Smith ได้นำเสนอถึงการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในเด็กที่เกิดบนเกาะฮาวายในปี ค.ศ. 1955 ซึ่งเติบโตในครอบครัวที่ยากจนและอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น การหย่าร้าง การติดสุรา และการเจ็บป่วยทางจิต เขาได้ศึกษาถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของเด็ก ผลการศึกษาพบว่าเด็กหลายคนมีปัญหารุนแรงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น แต่สามารถปรับตัวในชีวิตได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เขาพบว่าปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน สามารถทำให้เด็กมีความเข้มแข็งและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่วิกฤติได้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ บุคลิกลักษณะของบุคคล การพัฒนาของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ทักษะในการใช้ภาษา และทักษะในการช่วยตนเอง ปัจจัยภายนอกได้แก่ ครอบครัวและชุมชน ปัจจัยปกป้องเหล่านี้ทำให้เด็กสามารถเติบโต และเผชิญปัญหาท่ามกลางสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ (Werner & Smith, 1992)

ในปี ค.ศ. 1990 Wagnild and Young ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนามาจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุหญิง ที่มีความสามารถในการปรับตัวกับความสูญเสียสิ่งสำคัญและประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีคุณลักษณะ 5 ประการ ดังนี้ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การมีความหมายในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง (Wagnild & Young 1990; 1993) ซึ่งแนวคิดนี้ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย (Wagnild, 2013)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

จากการศึกษาที่ผ่านมา นักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาคุณลักษณะเฉพาะหรือปัจจัยของพลังสุขภาพจิตซึ่งมีหลากหลาย และเพื่อให้ง่ายต่อการนำมาใช้ Grotberg (2003) จึงได้รวบรวมและจัดประเภทของปัจจัยที่สนับสนุนและส่งเสริมพลังสุขภาพจิต โดยที่ปัจจัยสนับสนุนภายนอก (External supports) จะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยภายใน (Inner strengths) เป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาได้ตลอดเวลาและคงอยู่ เพื่อใช้ในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ฉันเป็น (I AM) เป็นความเข้มแข็งภายในตัวบุคคล ที่สามารถพัฒนาได้ตลอดเวลา เป็นพลังที่เกิดจากการเรียนรู้สะสมมาในอดีต ประกอบด้วย การเป็นบุคคลที่ผู้อื่นชื่นชอบ การเป็นผู้ที่มีจิตใจสงบ การเป็นผู้ที่วางแผนในอนาคตและประสบผลสำเร็จ การเป็นผู้ที่เคารพตนเองและผู้อื่น การเป็นผู้ที่เข้าใจความรู้สึกและห่วงใยผู้อื่น การเป็นผู้ที่รับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและยอมรับต่อผลที่เกิดขึ้น และการเป็นผู้ที่มีความมั่นใจ มองโลกในแง่ดี มีความหวังและศรัทธา

2. ฉันมี (I HAVE) เป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่จะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิต เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาพลังสุขภาพจิต เป็นพลังที่เกิดจากการเกื้อหนุนของบุคคลต่าง ๆ ประกอบด้วย การมีบุคคลในครอบครัวหนึ่งคนหรือมากกว่าที่รักและสามารถไว้ใจได้โดยปราศจากความสงสัย การมีบุคคลอื่นหนึ่งคนหรือมากกว่าสามารถไว้ใจได้โดยปราศจากความสงสัย การมีขีดจำกัดในพฤติกรรมของตนเอง การมีบุคคลอื่นสนับสนุนให้มีอิสระในการกระทำ การมีแบบอย่างที่ดี การที่ได้เข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การศึกษา และบริการด้านความมั่นคงปลอดภัยในสังคม และการมีครอบครัวและสังคมที่มั่นคง

3. ฉันสามารถ (I CAN) เป็นทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทักษะในการแก้ปัญหา เป็นพลังที่มาจากการเรียนรู้ที่จะปรับตัวในการแก้ปัญหา ประกอบด้วย การที่สามารถมีแนวคิดหรือการกระทำในสิ่งใหม่ ๆ การที่สามารถอยู่กับงานที่กระทำจนกว่าจะประสบผลสำเร็จ การที่สามารถมองชีวิตให้เป็นเรื่องตลกและใช้เพื่อลดความตึงเครียด การที่สามารถแสดงออกถึงความนึกคิดและความรู้สึกในการสื่อสารกับบุคคลอื่น การที่มีความสามารถในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาในการเรียน ปัญหาในการทำงาน ปัญหาส่วนตัวและปัญหาสังคม การที่มีความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมของตนเองในเรื่องความรู้สึก สิ่งกระตุ้นและการแสดงออก และการสามารถเข้าถึงความช่วยเหลือเมื่อต้องการ

ประเภทของพลังสุขภาพจิต

จากการศึกษาแนวคิดของ Resnick et al. (2011) ได้แบ่งประเภทของพลังสุขภาพจิตไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. พลังสุขภาพจิตด้านสุขภาพกาย (Health resilience) หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีของร่างกาย โดยการปรับตัวหรือเปลี่ยนแปลงเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต เช่น เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยทางกาย จะใช้พลังสุขภาพจิตในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย การปฏิบัติตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งสุขภาพดี

2. พลังสุขภาพจิตทางด้านสุขภาพจิต (Psychological resilience) หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งผลกระทบต่อจิตใจทางด้านบวก เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากและท้าทาย ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตด้านสุขภาพจิตจะใช้มุมมองชีวิตในด้านบวก ในการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี

3. พลังสุขภาพจิตด้านอารมณ์ (Emotional resilience) หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียด เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์ที่ยากลำบาก บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตด้านอารมณ์ จะใช้อารมณ์ด้านบวก เช่น การมีจิตใจที่สงบ มั่นคง เป็นตัวปกป้องเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดและสถานการณ์ที่เลวร้าย และช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. พลังสุขภาพจิตด้านความเข้มแข็งอดทน (Dispositional resilience) หมายถึง คุณลักษณะพลังสุขภาพจิตของบุคคลที่ประกอบด้วย 3 คุณลักษณะ คือ ความมุ่งมั่นต่อบุคคลอื่น การมีอำนาจควบคุมต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และ ความยินดีที่จะเรียนรู้ต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน

พลังสุขภาพจิตประเภทต่าง ๆ เหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของบุคคลที่จะคงไว้ซึ่งทัศนคติด้านบวกและคงอยู่ ผ่านความหลากหลายที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ อารมณ์ หรือสิ่งที่ท้าทายต่าง ๆ ในสังคม ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้าย และกลับมาใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากการศึกษาถึงพลังสุขภาพจิตที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่จะให้ความสนใจศึกษาในเด็ก ซึ่งศึกษาถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เลวร้ายและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นักวิจัยหลายท่านจึงได้สนใจศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยมีมุมมองว่า ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจก็ยังสามารถมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง มีความพึงพอใจ

และมีความหมายในชีวิตที่เป็นอยู่ได้ (Wagnild & Collins, 2009) แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้พัฒนามาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้สูงอายุหญิงจำนวน 24 คน ซึ่งเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวและประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต หลังจากที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากและผ่านการสูญเสียสิ่งที่สำคัญ (Wagnild & Young, 1990; 1993) เช่น การสูญเสียการทำงาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ซึ่งมีคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต 5 ประการ ดังนี้ (Wagnild & Young, 1993)

1. การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง (Equanimity) คือ ทัศนคติหรือมุมมองชีวิตและประสบการณ์ที่มีความสมดุลย์ เป็นความสามารถของบุคคลในการพิจารณาและไตร่ตรองเกี่ยวกับประสบการณ์และสถานการณ์ที่พบ และตัดสินใจเลือกที่จะปล่อยวางหรือรับเอาแต่สิ่งดี ๆ เข้ามาในชีวิต ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้จะช่วยบรรเทาความรุนแรงในการตอบสนองต่อผลกระทบของสถานการณ์ความยากลำบากที่เผชิญอยู่

2. การมีความเพียรและอดทน (Perseverance) คือ ความพยายามหรือความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะดำเนินชีวิตต่อ ถึงแม้จะพบกับปัญหาอุปสรรคที่ทำให้เกิดความท้อแท้หรือหมดกำลังใจ รวมทั้งมีความอดทนและตั้งใจในการต่อสู้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่

3. การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) คือ ความเชื่อในความสามารถของตนเองที่มีอยู่ รวมทั้งรับรู้ความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับและนำไปสู่ความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ตลอดช่วงชีวิตบุคคลจะเผชิญกับความท้าทาย ความล้มเหลว และการประสบความสำเร็จในชีวิต การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมและพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาจะทำให้บุคคลเป็นผู้ที่เชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น

4. การมีความหมายในชีวิต (Meaningfulness) คือ ความเชื่อของบุคคลว่าชีวิตมีความหมาย มีจุดมุ่งหมายและมีคุณค่า เป็นความรู้สึกถึงการที่จะต้องมีชีวิตอยู่เพื่อบางสิ่งบางอย่าง เป็นคุณลักษณะที่สำคัญที่สุดเพราะเป็นพื้นฐานของคุณลักษณะอื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตจะเป็นแรงขับเคลื่อนในชีวิตให้ก้าวเดินต่อไป

5. การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง (Existential aloneness) คือ การตระหนักรู้ของบุคคลในการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง รวมถึงเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล แต่ละคนมีทางเดินชีวิตเป็นของตนเอง บางสถานการณ์สามารถเผชิญเหตุการณ์ร่วมกันได้ แต่บางสถานการณ์ต้องเผชิญเพียงลำพัง การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเองอาจหมายถึงความรู้สึกที่เป็นอิสระและความเป็นหนึ่งเดียว (A feeling of freedom and sense of uniqueness)

พลังสุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและการกลับคืนสู่สภาพปกติ ถึงแม้จะต้องพบกับปัญหาและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะมี

มุมมองของชีวิตในด้านบวก มองว่าชีวิตเป็นสิ่งมีคุณค่า มีจิตใจที่สงบและมั่นคง มีความอดทน และความมุ่งมั่นที่จะมีชีวิตอยู่และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่หายขาดต้องรักษาต่อเนื่องไปตลอด ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และแผนการรักษา อีกทั้งจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง กำลังสำรองลดลง และวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ มีแผลที่เท้า ไตวาย เป็นต้น ด้านจิตใจทำให้เกิดความทุกข์ใจ กลัว วิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง หากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวและการดูแลรักษา (Kirkman et al., 2012) ส่งผลให้อาการของโรครุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย มีสุขภาพดีขึ้นและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Edward, 2013) นอกจากนั้น ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงมีจิตใจที่เข้มแข็ง สงบมั่นคงจะสามารถจัดการกับตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ดีกว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำ (Wagnild & Collins, 2009) และในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ความเข้มแข็งภายในซึ่งเป็นองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิตในด้านบวก นั่นคือถ้าพลังสุขภาพจิตดี จะทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีด้วย (Moe, Hellzen, Ekker, & Enmarker, 2013) ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ต้องเผชิญกับปัญหาจากการเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต หากมีพลังสุขภาพจิตที่สูง มีมุมมองชีวิตในด้านบวก จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

กลไกของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

เมื่อต้องเผชิญปัญหากับโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุจะใช้กลไกพลังสุขภาพจิตโดยใช้ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของบุคคล (เช่น การมองโลกในแง่ดี ความภูมิใจในตนเอง การมีจิตที่สงบและมั่นคง การเชื่อมั่นในตนเอง เป็นต้น) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา การมีกิจกรรมทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันหรือขัดขวางจากผลกระทบและภาวะคุกคามจากโรค ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวสู่สภาพสมดุลของชีวิต (Resnick et al., 2011; Richardson, 2002; Wagnild &Young, 1993) ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถเผชิญปัญหากับโรคได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา มีการควบคุมอาหารที่ดีขึ้น

ปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มมากขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพิ่มความสามารถในการควบคุมการใช้ยา ทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคลดลง ลดอัตราการตาย ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Celano et al., 2013)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ได้มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตไว้หลากหลาย จากการศึกษาของ Resnick et al. (2011) และจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) เป็นความรู้สึกที่ยินดีต่อความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น ประกอบด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และบุคคลที่คุ้นเคย การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลและการมีกิจกรรมร่วมกันส่งผลให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สนุกสนาน มีการช่วยเหลือซึ่งกันโดยให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ เสมือนตัวกันชนช่วยปกป้องผลกระทบจากภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนั้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหากับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ เพิ่มพลังในการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2. ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (Strong internal resource)

ความเข้มแข็งภายในของบุคคล มีดังนี้

2.1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) คือ การเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเสื่อมถอย หากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต จะทำให้ยอมรับและเชื่อว่าตนเองยังมีความสามารถในปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จได้

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) คือ ความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นและการยอมรับนับถือตัวเอง ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตจะมองเห็นคุณค่าของตนเอง และสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 ความสามารถในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา (Determination and problem solving) เป็นส่วนหนึ่งของคุณลักษณะของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาและสามารถนำแหล่งประโยชน์ทั้งจากภายในและภายนอก รวมทั้งการมีมุมมองในด้านบวกมาช่วยในการจัดการแก้ปัญหานั้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในอดีต ทำให้เพิ่มพลังความสามารถ และกลับมามีชีวิตชีวาอีกครั้ง

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือ การมองชีวิตในมุมบวก มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เป็นด้านบวกมากกว่าด้านลบ การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ในด้านบวกและมีอารมณ์ขันจะช่วยกำจัดหรือลบล้างผลกระทบจากอารมณ์ด้านลบ ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบได้เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ท้าทาย

4. ปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ (Spirituality) จิตวิญญาณ หมายรวมถึง การมีความรู้สึกในตนเอง (Sense of self) การมีจุดมุ่งหมาย มีความคิดสร้างสรรค์ มีอารมณ์ขัน อยากรู้อยากเห็นและยินดีที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ รวมถึงการมีความรู้สึกในการติดต่อกับผู้อื่น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สะท้อนให้เห็นพลังสุขภาพจิตที่บ่งบอกถึงความสงบ ความอุตสาหะและการเรียนรู้ในกิจกรรมใหม่

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วนั้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Wagnild, 2003) การมีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Bahremand et al., 2015; Well, 2010)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะของบุคคล (Personality trait) หมายถึง คุณสมบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพกายดีขึ้น ประกอบด้วย การมองโลกในแง่ดี การมีสติ ความเข้มแข็งอดทนด้านสุขภาพ (Resnick et al., 2011) ความภาคภูมิใจในตนอง สมรรถนะแห่งตน และความสามารถในการควบคุมตนเอง ความเข้มแข็งอดทน ความหวัง พลังอำนาจแห่งตน การยอมรับต่อความเจ็บป่วย การตัดสินใจ และความเชื่อในการควบคุมภายใน (Hick & Conner, 2014; Stewart & Yuen, 2011)

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและสังคม ในเรื่อง การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านเครื่องมือต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Resnick et al., 2011) และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Stewart & Yuen, 2011) ให้มีสุขภาพกายสุขภาพจิตดีขึ้น

3. กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา (Coping styles) หมายถึง วิธีการหรือทักษะของบุคคลในด้านบวกที่ใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น ความกระตือรือล้นในการแก้ปัญหา การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน การใช้หลักความเชื่อด้านศาสนา นอกจากนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และช่วยส่งเสริมในการเผชิญปัญหา คือ ความสามารถในการวางแผนเป็นขั้นตอนให้เป็นจริง การมองตนเองในแง่บวกและมีความเชื่อมั่นในตนเอง การมีทักษะในการแก้ปัญหาและทักษะในการสื่อสาร โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและการมองโลกในแง่ดี (Resnick et al., 2011) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และช่วยส่งเสริมในการปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม (Resnick et al., 2011; Stewart & Yuen, 2011) และ จากการศึกษาของ Yi-Frazier et al. (2009) พบว่า แบบแผนการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ ด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านอารมณ์และการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิต

4. การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีกิจกรรมทางกาย การมีกิจกรรมยามว่าง เป็นปัจจัยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Hick & Conner, 2014; Resnick et al., 2011) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหวทางกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้สุขภาพจิตและสุขภาพกายดีขึ้น จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ Hardy et al. (2004) พบว่า ความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการปรับตัว สามารถเผชิญปัญหากับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น นำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต สามารถประเมินได้จากการใช้แบบประเมิน ซึ่งนักวิจัยหลายท่านได้สร้างแบบประเมินพลังสุขภาพจิตไว้หลายชนิด แตกต่างในแต่ละกลุ่มอายุ เช่น แบบวัดพลังสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน (Resiliency Scales for Children & Adolescents [RSCA]) ของ Prince-Embury (2007) ใช้วัดพลังสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนที่มีอายุ 9-18 ปี แบบประเมิน The Connor-Davidson Resilience Scale [CD-RISC and CD-RISC2] ของ Connor and Davidson (2003) ใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ ส่วนแบบประเมินพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า

มีการใช้แบบประเมินดังต่อไปนี้

1. Thai Elderly Resilience Scale [TER scale] พัฒนาโดย Maneerat, Isaramalai, and Boonyasopun (2011) แบบประเมินนี้ได้พัฒนามาจากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (2003) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไทย จำนวน 14 คน ซึ่งมีประสบการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตและต้องเผชิญกับการสูญเสียกับบุคคลอันเป็นที่รัก แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ใน 5 มิติ ได้แก่ 1) ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 2) ความมั่นใจในการดำรงชีวิต 3) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม 4) การมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ และ 5) ความสามารถในการลดความเครียดและการแก้ปัญหา อย่างไรก็ดี แบบประเมินนี้มีความน่าสนใจ แต่เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (2003) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการศึกษาพลังสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชน จึงไม่มีความเหมาะสมที่จะนำมาประเมินพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

2. The Resilience Scale [RS] ของ Wagnild and Young (1993) ได้พัฒนาและสร้างมาจากงานวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงจำนวน 24 คน ที่สามารถปรับตัวและประสบผลสำเร็จหลังจากที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Wagnild & Young, 1990) แบบประเมินนี้ได้นำไปทดลองใช้ ในช่วงปี ค.ศ. 1988 ถึง 1993 จากกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม คือ นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญตรี ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม นักศึกษาระดับปริญญาโท มารดาที่กลับไปทำงานหลังคลอดบุตรคนแรก และผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 แบบประเมินได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อยู่ชุมชน จำนวน 810 คน มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การมีความหมายในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 องค์ประกอบหลัก คือ ปัจจัยด้านความสามารถเฉพาะบุคคล (Personal competence) และปัจจัยด้านการยอมรับในตนเองและชีวิต (Acceptance of self and life)

ในช่วงระยะเวลามากกว่า 15 ปี แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และนำไปใช้อย่างแพร่หลายจากนักวิจัยทั่วโลก และในช่วง 4 ปีย้อนหลัง มีนักวิจัยมากกว่า 5,000 คน ได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้อย่างกว้างขวาง หลากหลายสาขาอาชีพ เช่น ธุรกิจ การศึกษา การประเมินอาการทางคลินิก ตลอดจนการประชุมวิชาการ และได้มีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ รวม 36 ภาษา รวมทั้งภาษาไทย (Wagnild, 2013) แบบประเมิน The Resilience Scale [RS] ของ Wagnild and Young (1993) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) โดยใช้ชื่อแบบประเมินว่า แบบวัดความยืดหยุ่น ได้นำไปศึกษาในผู้สูงอายุไทย จำนวน 200 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2554)

นำไปศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 และ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience scale) ของ Wagnild and Young (1993) แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และยังได้รับความนิยมนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประเมินพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากการศึกษาแนวคิด พลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) และจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุหลายปัจจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Wagnild, 2003) การเผชิญปัญหา (Resnick et al., 2011; Stewart & Yuen, 2011; Yi-Frazier et al., 2009) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Hardy et al., 2004) และการสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, 2558; Bahremand et al., 2015; Well, 2010) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพจะเป็นตัวกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook et al. (1979) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงการให้ความสำคัญในสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้านทานโรคและความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความเข้าใจของโรคของตนเอง

ที่เป็นอยู่ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการรับรู้และประสบการณ์

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพลังสุขภาพจิต

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง จะทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ Wagnild (2003) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้สูงอายุที่รายได้สูง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .31, p < .01$ และ $r = .37, p < .01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$ และ $r = .51, p < .01, R^2 = .309, p < .01$ ตามลำดับ) ดังนั้น หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีจิตใจเข้มแข็งและมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มองว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมาย มีความมุ่งมั่นในปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้จากการใช้แบบประเมินที่หลากหลาย โดยที่มิติในการประเมินอาจแตกต่างกันตามแนวคิดที่นักวิจัยสร้างขึ้น ดังการศึกษาของ Speake, Coward, and Pellet (1989) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุรายงานระดับสุขภาพด้วยตนเองตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้คำถาม 1-3 ข้อ มีข้อดี คือ ข้อคำถามน้อย ใช้เวลาสั้นกระชับ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เบื่อหน่ายในการตอบคำถาม แต่อาจมีข้อจำกัด คือ ถ้าผู้สูงอายุประเมินโดยไม่สามารถใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์เปรียบเทียบ อาจให้ได้คำตอบไม่ตรงกับความเป็นจริงได้

Brook et al. (1979) ได้ศึกษาและพัฒนาวิธีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยครอบคลุมการรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การให้ความสำคัญในสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้านทานของโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความเข้าใจโรคของตนเองที่เป็นอยู่ ซึ่งจะแตกต่างตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาในการประเมินตนเองด้านสุขภาพ ชื่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception battery) ประกอบด้วยการรับรู้ 6 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินความคิดเห็น ความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลในอดีต ซึ่งจะมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ ความเชื่อและเจตคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล เช่น หากผู้สูงอายุเคยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลายาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางลบและอาจส่งผลกระทบต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงได้ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกและมีประสบการณ์และความเชื่อในการเจ็บป่วยที่ดี เมื่อต้องเผชิญปัญหากับภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยในปัจจุบันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ สามารถแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพเพื่อลดภาวะคุกคามและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) เป็นการประเมินความคิดเห็น ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เป็นจริงในแต่ละวันหรืออาจบ่อยครั้งก็ได้ เป็นการให้ความหมายและความสำคัญกับสถานการณ์ทางสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์หรือพยาบาล และอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่ปรากฏ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าความเจ็บป่วยนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพเพียงเล็กน้อย แต่หากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อาจทำให้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการประเมินสุขภาพในปัจจุบันขัดแย้งกับความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตได้

3. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) เป็นการประเมินความคิดเห็น ความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคตจากการคาดเดาด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายและอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะทุพพลภาพในอนาคตได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากแพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น จะมีผลต่อความหวังหรือความหมดหวัง หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมีความหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต เกิดพลังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อคงไว้

ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

4. การรับรู้ความต้านทานของโรคหรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Resistance or Susceptability to illness) เป็นการประเมินและคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนว่าสามารถต้านทานโรคหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ และการเกิดโรคซ้ำมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล หากผู้สูงอายุมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง หรือขาดความเชื่อถือในการรักษาของแพทย์ อาจทำให้ผู้สูงอายุปฏิเสธการวินิจฉัยโรคและแผนการรักษา รวมทั้งมีเจตคติและการคาดการณ์ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยผิดไปได้ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้สูงอายุสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมากขึ้น

5. ความวิตกกังวลหรือความตระหนักต่อสุขภาพ (Health worry/ Concern) เป็นการประเมินความคิดเห็นต่อความวิตกกังวล ความสนใจ และตระหนักต่อภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญปัญหากับสถานการณ์ที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วย จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล อาจทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม มีมุมมองในทางบวกและปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพใหม่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและตระหนักถึงคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Stickness-oreientation) เป็นการประเมินความคิดเห็นและความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นประสบการณ์ของชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพดีและเจ็บป่วยสลับกันไป หากผู้สูงอายุสามารถยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และเรียนรู้ถึงแนวทางการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัว เตรียมพร้อมในการเผชิญปัญหา และแสวงหาแนวทางการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

แบบประเมินนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย โดย จิรประภา ภาวิไล (2535) ได้นำแบบประเมินของ Brook et al. (1979) มาดัดแปลงและนำไปใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ได้นำแบบประเมินของ จิรประภา ภาวิไล (2535) มาปรับปรุงและนำมาใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดของ Brook et al. (1979) ซึ่งครอบคลุมการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และมิติของเวลาทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต

และมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา (Coping) เป็นความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลที่ใช้ในการแก้ปัญหา เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด (Jalowiec & Powers, 1981) เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากในการดำเนินชีวิต จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ต้องเผชิญกับปัญหากับความเครียด วิตกกังวล หากบุคคลประเมินว่า เหตุการณ์นั้นรุนแรง จะรู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคามและไม่ปลอดภัย

ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เชื่อว่า ความเครียดเป็นผลมาจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล ซึ่งจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน โดยผ่านกระบวนการประเมินด้วยการใช้สติปัญญา ซึ่งจะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย ท้าทาย หรือคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต การเผชิญปัญหา เป็นการจัดการให้สิ่งที่คุกคามนั้นหมดลงไปหรือลดอันตรายลง แก้ไขสิ่งที่คุกคามนั้นให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น หรือเป็นการทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเผชิญปัญหา ของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งได้ให้นิยามของการเผชิญปัญหาไว้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ประกอบด้วย กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ และความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกันออกไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล ผู้ที่มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้

กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ประกอบด้วย 1) เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตหรือมีผลทำให้การดำเนินชีวิตมีอุปสรรค 2) การประเมินเป็นกระบวนการทางสติปัญญา ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม โดยใช้การตัดสินใจในการแยกแยะปัญหาและเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหา ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล และ 3) การเผชิญปัญหา บุคคลจะมีพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาแตกต่างกันตามแต่ละสถานการณ์

Lazarus and Folkman (1984) ได้แบ่งการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused forms of coping) เป็นกลวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้หลักทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี แล้วเลือกวิธีที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจเป็นการจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม

2. การเผชิญปัญหาด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion-focused forms of coping) เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิด แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียดเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหานั้นได้ วิธีเหล่านี้ได้แก่ การหลีกหนี (Avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (Minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (Distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (Selective attention) การเปรียบเทียบมองในสิ่งที่ดีของเหตุการณ์นั้น (Positive comparisons) การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (Wrestling positive value from negative event) และวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์ และการระบายความโกรธ

ผลลัพธ์ของการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา ขึ้นอยู่กับวิธีการในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล Lazarus and Folkman (1984) ได้อธิบายผลลัพธ์ของการปรับตัวในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม หากบุคคลประเมินว่าปัญหาที่เผชิญอยู่คุกคามต่อชีวิต จะทำให้เกิดพฤติกรรมในเชิงลบและมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว การหลีกหนีจากสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีพฤติกรรมในเชิงบวกและทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ

2. ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินผลของการเผชิญปัญหา หากผลของการเผชิญปัญหานั้นสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ บุคคลจะเกิดความพึงพอใจ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์นั้น บุคคลที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา จะมีขวัญและกำลังใจดีกว่าการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตึงเครียด

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อการเผชิญปัญหา หากบุคคลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจจะเป็นไปในทางบวก ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี หากการเผชิญปัญหานั้นไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้เกิดความเครียดในระดับสูง ปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจจะเป็นไปในทางลบ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย ร้องไห้ง่าย ตำหนิผู้อื่น ความจำ

หรือสมาธิเสียไป แยกตัวเอง เฉื่อยชา เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพได้

ดังนั้น วิธีการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยเบาหวานจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา จะใช้กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ตึงเครียด เรียนรู้ที่จะปรับตัวที่จะมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน ศึกษาแนวทางและปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับประทานยา ทำให้เกิดผลลัพธ์ในการปรับตัวที่ดีต่อสุขภาพ (Li, Drury, & Taylor, 2014) นอกจากนั้น จากการศึกษาของ Resnick et al. (2011) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจะใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเพื่อปรับตัวในการดำเนินชีวิต เช่น ความกระตือรือล้นในการแก้ปัญหา การเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน การใช้หลักความเชื่อด้านศาสนา การมองโลกในแง่ดี เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาและพลังสุขภาพจิต

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและแผนการรักษา อีกทั้งวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดความกลัว ทุกข์ใจ วิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายมีภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวและการดูแลรักษา ทำให้อาการของโรครุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลง

ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่เรียนรู้การปรับตัวในทางบวกจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดี (Earvolino-Ramirez, 2007; Li et al., 2014) มองว่าชีวิตมีความหมาย สามารถจัดการกับตนเองเมื่อเจ็บป่วย และดำเนินชีวิตต่อไปได้

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Stewart and Yuen (2011) พบว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต นอกจากนั้น Yi-Frazier et al. (2009) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของพลังสุขภาพจิต (Resilience resources) และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุ 17-75 ปี เมืองบอสตัน รัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า แบบแผนการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .01, r = 0.21, p < .05$ และ $r = 0.43, p < .01$ ตามลำดับ)

การประเมินการเผชิญปัญหา

แนวคิดในการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) ได้มีนักวิชาการได้นำไปศึกษาและประยุกต์ใช้กับงานวิจัยอย่างกว้างขวาง ซึ่ง Jalowiec ได้นำแนวคิดในการเผชิญปัญหาของ

Lazarus and Folkman มาพัฒนาเป็นแบบวัดการเผชิญปัญหาครั้งแรกในปี ค.ศ. 1977 จากการศึกษาวิจัยเรื่อง ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน (Jalowiec & Powers, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามการเผชิญปัญหาจำนวน 40 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตึงเครียด จากนั้น ในปี ค.ศ. 1979 ได้ปรับปรุงแบบวัดนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการ ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงเครื่องมือการเผชิญปัญหาใหม่โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 60 ข้อ โดยแบ่งการเชิญปัญหาเป็น 8 รูปแบบ คือ 1) การเผชิญปัญหาโดยตรง 2) การหลีกหนี 3) การมองโลกในแง่ดี 4) การยอมจำนน 5) การแก้ไขควบคุมที่อารมณ์และความรู้สึก 6) การบรรเทา 7) การรับความเกื้อหนุน และ 8) การพึ่งตนเอง (Jalowiec, 1988) ซึ่งแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลาย

ในปี ค.ศ. 1980 Lazarus and Folkman ได้สร้างเครื่องมือในวัดการเผชิญปัญหา เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 68 ข้อ โดยวัดการเผชิญปัญหา 2 ด้านตามแนวคิดทฤษฎี คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการลดอารมณ์ตึงเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

หลังจากนั้นในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec ได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1979 มาวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างพบว่า จากข้อคำถาม 40 ข้อ มีคำถาม 4 ข้อที่ไม่สามารถจัดอยู่ในการเผชิญปัญหาแบบใดได้ จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา อาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotive coping) เป็นวิธีมุ่งแก้หรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

3. การจัดการกับปัญหาทางอ้อม (Palliative coping) เป็นวิธีที่ใช้ควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อม หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่ปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลง

แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) นี้ เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวาง ในหลายประเทศ และได้มีการ

แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 20 ภาษา รวมทั้งประเทศไทย (Jalowiec, 2003) สำหรับในประเทศไทย พบว่า ได้มีผู้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) มาใช้ เช่น สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) จำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลง นำไปใช้ในผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อม จำนวน 10 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .73 ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) จำนวน 36 ข้อ มาแปลเป็นภาษาไทย นำไปตรวจสอบความถูกต้องของการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน ด้วยวิธี Back translation นำไปศึกษาในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 แบบวัดการเผชิญปัญหาของ ปราณี มิ่งขวัญ ได้นำไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยในผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ ดังเช่น วีรภัทรา ประภาพักตร์ (2555) นำไปศึกษาในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .75 และ นพมาศ อุตะมะ, โรจนี จินตนาวัฒน์, สมสงวน อัษญคุณ และภารดี นานาศิลป์ (2558) นำไปศึกษาในผู้สูงอายุโรคต้อกระจก จำนวน 15 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็น ภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินวิธีการในการเผชิญปัญหาของบุคคล โดยได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) แบบประเมิน นี้ได้มีการนำไปใช้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และยังเป็นที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบัน มีความเหมาะสมกับ ในการนำมาใช้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติ กิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอยู่อย่างผาสุก เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุบกพร่อง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อค้นหาความผิดปกติในการทำหน้าที่ของร่างกาย และประเมินลักษณะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ และนำมาวางแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างเป็นอิสระ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) โดยแบ่งความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity of daily living [ADLs]) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในบ้านหรือ ที่พักอาศัย ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้าแปรงฟัน 3) การลุกจากที่นอน 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การเดินขึ้นลงบันได 1 ขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นอุจจาระ และ 10) การกลั้นปัสสาวะ

2. ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental activity of daily living [IADLs]) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนและจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ว่าเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ

ดังนั้น ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จึงหมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนในชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและพลังสุขภาพจิต

ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Hick & Conner, 2014; Resnick et al., 2011) การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยลดระดับความเครียด ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์นำมาซึ่งสุขภาพที่ดี (Resnick et al., 2011) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและมีพลังสุขภาพจิตสูง จะสามารถพึ่งตนเองได้ มีความพึงพอใจในชีวิต และดำรงชีวิตด้วยตนเองต่อไปได้ (Wagnild & Collins, 2009) จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนของ Hardy et al. (2004) พบว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.36, 95% CI = 1.05-1.69, $p < .05$)

การประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

การประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ เป็นการประเมินในการกิจกรรมของผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานและและกิจกรรมที่จำเป็นในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องอิสระในชุมชน โดยเน้นการประเมินในลักษณะของการพึ่งพามากกว่าการประเมินความสามารถ และเป็นการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ผู้สูงอายุทำอยู่จริง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง คือ แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) แบบประเมินนี้ ใช้ประเมินกิจกรรมเชิงปฏิบัติต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) ซึ่งปรับปรุงพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) ศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟียของ Lawton and Brody (1969) ประกอบด้วยข้อคำถามในการกิจกรรม 5 ข้อ ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องดัชนีจุฬาเอดีแอล ของ Jitapunkul et al. (1994) เนื่องจากสามารถประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่องของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้ง 5 กิจกรรม และยังเป็นที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบัน และมีความเหมาะสมในการนำมาประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยโครงสร้างที่มีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวพันกันจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคม มีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Johnson, 1998) เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกปลอดภัย เป็นตัวกันชนผลกระทบจากความเครียด และทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลให้มีสุขภาพกายดีขึ้น (Keeling, Price, Jones, & Harding, 1996)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ความผูกพัน การให้ความช่วยเหลือ บริการต่าง ๆ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและข้อมูลย้อนกลับ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะที่ตึงเครียด

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ตามแนวคิดของ House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การแสดงความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ความผูกพัน ตลอดจนการรับฟังความคิดเห็นและเรื่องราวต่าง ๆ

2. การสนับสนุนทางด้านประเมินค่า (Appraisal support) คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้การยอมรับ ยกย่อง ให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินการกระทำของตน และเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำการปฏิบัติตัว แนวทางแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่าง ๆ

4. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน การแบ่งภาระงาน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องเผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสื่อมถอย และมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) จากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง และแหล่งประโยชน์จากชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกปลอดภัย มองว่าชีวิตมีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพลังสุขภาพจิต

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของพลังสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Grotberg, 2003) โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ไปตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สังคม และบุคคลากรด้านสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Resnick et al. (2011) พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมจะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการสนันสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดผลลัทธ์ที่ดีต่อสุขภาพ Bahremand et al. (2015) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ภาวะสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 35-68 ปี ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ($r = 0.57$, $p < .01$) และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพจิตดีขึ้น

นอกจากนั้น Well (2010) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในเขตชนบท และชุมชนชานเมือง และชุมชนเมืองรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 277 คน พบว่า การมีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ($r = .21$, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .240$, $p < .01$) สอดคล้องกับ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 94 คน จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .01$ และ $r = .51$, $p < .01$, $R^2 = .309$, $p < .01$ ตามลำดับ)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกสร้างขึ้นโดยนักวิจัยหลายท่าน เพื่อใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน ต้องปรับตัวต่อโรคที่เป็นอยู่ ปรับตัวต่อวิถีการดำเนินชีวิต การปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยฟื้นฟูให้ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและสุขภาพกาย มีสุขภาพดีขึ้นและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนั้น ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงจะสามารถจัดการกับตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ดีกว่า

ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตต่ำ พลังสุขภาพจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตดีขึ้น อย่างไรก็ตาม พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในแต่ละคนอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากแนวคิดของพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Resnick et al. (2011) และจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 108 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ได้มาจากการสุ่มประชากร โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)
2. สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ไม่มีโรคแทรกซ้อน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Tabachnick and Fidell (2013) โดยคำนวณตามสูตร ดังนี้

$n \geq 104 + \mathrm{m}$

กำหนดให้ n คือ จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

m คือ จำนวนตัวแปรต้น ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ (m1) การเผชิญปัญหา (m2) ความสามารถในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (m3) และการสนับสนุนทางสังคม (m4)

แทนค่าในสูตร $n \geq 104 + 4$

$n \geq 108$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 108 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลบ้านนา ขอรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกตามนัดในวันพุธ และพฤหัสบดี ซึ่งมารับบริการเฉลี่ยวันละ 50 คน และในวันจันทร์ อังคาร และศุกร์ ที่มาตามแพทย์นัดเฉลี่ยวันละ 7-10 คน

2. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

3. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่มาตามนัดในแต่ละวันโดยเรียงลำดับตามหมายเลข

4. สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มาตามนัดในวันพุธ และพฤหัสบดี วันละ 10 คน ส่วนในวันจันทร์ อังคาร และศุกร์ สุ่มตัวอย่างวันละ 5 คน เนื่องจากใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนประมาณ 30-45 นาที

5. สุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาตามนัดในแต่ละวัน จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) ประกอบด้วยแบบทดสอบ 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดและการปฏิบัติตามคำสั่ง มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

Orientation for time	การรับรู้ วัน เวลา	5 คะแนน
Orientation for place	การรับรู้สถานที่	5 คะแนน
Registration	การทดสอบความจำ	3 คะแนน
Attention/ Calculation	การทดสอบสมาธิ	5 คะแนน
Recall	การระลึกได้/ การจำได้	3 คะแนน
Naming	การระบุชื่อ	2 คะแนน

Repetition	การพูดตามข้อความ	1	คะแนน
Verbal command	การปฏิบัติตามคำสั่งที่พูด	3	คะแนน
Written command	การปฏิบัติตามคำสั่งที่เขียน	1	คะแนน
Writing	การเขียนข้อความ	1	คะแนน
Visuoconstruction	การวาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	1	คะแนน

การคิดคะแนน มีจุดตัด (Cut of point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9 และ 10) ได้คะแนน $\leq$ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติ เรียนหนังสือระดับปะถมศึกษา ได้คะแนน $\leq$ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติ เรียนหนังสือสูงกว่าระดับประถมศึกษา ได้คะแนน $\leq$ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ครั้งล่าสุด โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ จิรประภา ภาวิไล (2535) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ Brook et al. (1979) ครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16 และ 17 ข้อคำถามด้านลบมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 11 และ 12

พิจารณาให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ	ข้อที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	4

คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์มีช่วงอยู่ระหว่าง 17-68 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ไม่ดี และคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ดี (วนิดา หาญคุณากุล, 2539) วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 (วนิดา หาญคุณากุล, 2539)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหา (Coping scale) ของ Jalowiec (1988) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ปราณี มิ่งขวัญ (2542) โดยได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman (1984) แบบสัมภาษณ์นี้ใช้วัดการเผชิญปัญหาของบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 28, 29, 31, 32 และ 34 2) การจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 9, 13, 19, 21, 23 และ 24 และ 3) การเผชิญปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7, 8, 12, 14, 18, 20, 25, 26, 27, 30, 33, 35 และ 36 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญปัญหา ดังนี้

ถ้าเลือก	ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา	ได้ 1 คะแนน
	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหานาน ๆ ครั้ง	ได้ 2 คะแนน
	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง	ได้ 4 คะแนน
	ใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหาเกือบทุกครั้ง	ได้ 5 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุวิธีต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุใช้วิธีต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหาน้อยครั้ง

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 คน ทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 นอกจากนั้น นพมาศ อุตะมะ และคณะ (2558) นำไปศึกษาในผู้สูงอายุโรคต้อกระจก จำนวน 15 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index) ของ Jitapunkul et al. (1994) ซึ่งปรับปรุงพัฒนามาจากแบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADLs) ศูนย์ผู้สูงอายุฟิลาเดลเฟียของ Lawton and Brody (1969) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อน และเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชนของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมเรื่อง การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ โดยสอบถามกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นการประเมินกิจวัตรที่ผู้สูงอายุทำอยู่ได้จริงเป็นการประเมินลักษณะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ ดังนั้นหากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ถ้าหมดสติให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด มีเกณฑ์การให้คะแนนตามความสามารถของแต่ละกิจกรรมดังนี้

เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน	0-3 คะแนน
การทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว	0-2 คะแนน
การทำความสะอาดถูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า	0-1 คะแนน
การทอนเงิน/แลกเงิน	0-1 คะแนน
การใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว	0-2 คะแนน

การพิจารณาภาวะพึ่งพาจะพิจารณาทั้งรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวม โดยที่คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

แบบสัมภาษณ์นี้มีความเหมาะสมในการประเมินระดับทุพลภาพในประชากรผู้สูงอายุไทย และยังเป็นที่นิยมใช้อยู่ในปัจจุบัน ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และสิร์ดาภัทร สุขฉวี (2558) นำไปศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ตำบลชุมพล อำเภอองค์รักษ์ จังหวัดนครนายก จำนวน 195 คน นำมาวิเคราะห์

หาค่าความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน/ แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ข้อคำถามมีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย

เกณฑ์การให้คะแนนในการเลือกตอบ ดังนี้

5	มากที่สุด	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ ร้อยละ 76-100
4	มาก	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้มาก ร้อยละ 51-75 แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
3	ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง ร้อยละ 26-50 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
2	เล็กน้อย	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย ร้อยละ 10-25 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
1	ไม่เลย	หมายถึง	รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย ร้อยละ 0

การแปลผล ในข้อคำถามแต่ละข้อ มีค่าตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน นำคะแนนในแต่ละข้อคำถามมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ยโดยรวม ถ้าค่าเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550)

แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และนำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 120 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .81 (กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550)

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (Choowattanapakorn et al., 2010) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience scale) ของ Wagnild and Young (1993) มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การมีความหมายในชีวิต 2) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 3) การมีความเพียรและอดทน 4) การเชื่อมั่นในตนเอง และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วย

ตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย เฉย ๆ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนนในการเลือกตอบ ดังนี้

เลือกตอบ	คะแนน	ความหมาย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เฉย ๆ	4	ท่านเฉย ๆ กับข้อความนั้น
เห็นด้วยเล็กน้อย	5	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	6	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	7	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-175 คะแนน โดยแบ่งระดับของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ (Choowattanapakorn et al., 2010)

คะแนนรวม 147-175 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

คะแนนรวม 121-146 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวมน้อยกว่า 121 คะแนน หมายถึง การมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบหาค่าความเที่ยง โดยนำไปศึกษาในผู้สูงอายุไทย จำนวน 200 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 (Choowattanapakorn et al., 2010) ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .74

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก เพื่อพิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับแก้ไขตามแนะนำ สำหรับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่คลินิกเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ทางกายภาพและจำนวนประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74, .79, .85, .87 และ .83 ตามลำดับ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 5 ปี ซึ่งให้ความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มจากการแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการสาธิตให้ผู้วิจัยดูเป็นตัวอย่างจนผู้ช่วยวิจัยเกิดความเข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้ และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัสโครงการ 14-03-2559 เมื่อวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2559 (ภาคผนวก ก)

2. เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ในขั้นตอนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบคำถาม และมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมโครงการการวิจัยต่อจนครบกำหนดสามารถออกจากการวิจัยได้ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยการนำเสนอในลักษณะเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ในรายงานหรือเอกสารใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยแล้ว ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขออนุญาตติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลบ้านนา ที่รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน

4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำคลินิกโรคเบาหวาน

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินเก็บข้อมูล โดยเข้าพบผู้สูงอายุโรคเบาหวานรายบุคคล แนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อผู้สูงอายุตอบตกลงจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อคำถามและข้อคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที โดยใช้ช่วงเวลาขณะรอพบแพทย์ รอรับยาในการสัมภาษณ์ และไม่รบกวนในช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุเข้าพบแพทย์

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบข้อมูลของผู้สูงอายุไปทีละคนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

7. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัสและวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนพลังสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 108 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน แหล่งที่มาของรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด โรคประจำตัวอื่น ๆ และยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 108)

ลักษณะของผู้สูงอายุ	**จำนวน**	**ร้อยละ**
เพศ		
หญิง	75	69.4
ชาย	33	30.6
อายุ		
60-69 ปี	54	50.0
70-79 ปี	46	42.6
80 ปีขึ้นไป	8	7.4
(Max = 84, Min = 60, M = 69.84, SD = 6.42)		
สถานภาพสมรส		
คู่	55	50.9
หม้าย	38	35.2
โสด	9	8.3
หย่าร้าง/ แยกทาง	6	5.6
ศาสนา		
พุทธ	108	100.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	21	19.4
ประถมศึกษา	73	67.6
มัธยมศึกษา	11	10.2
ประกาศนียบัตรอนุปริญญา/ ปริญญาตรี	3	2.8
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	58	53.7
เกษตรกรรม	23	21.3
ค้าขาย	11	10.2
รับจ้าง	7	6.5
ข้าราชการบำนาญ	1	0.9
อื่น ๆ (เช่น ธุรกิจส่วนตัว เจ้าของหอพัก เป็นต้น)	8	7.4

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้หลัก		
บุตรหลาน	58	53.7
การประกอบอาชีพ	44	40.7
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	6	5.6
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	85	78.7
ไม่เพียงพอ	23	21.3
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	37	34.3
5-10 ปี	27	25.0
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	44	40.7
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุด (mg%)		
80-130	32	29.6
131-160	36	33.3
161-180	13	12.0
มากกว่า 180	27	25.0
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
โรคความดันโลหิตสูง	95	88.0
โรคไขมันในเลือดสูง	63	58.3
โรคหัวใจ	11	10.2
โรคไต	8	7.4
โรคอื่น ๆ	8	7.4
ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน		
ยารับประทาน (อย่างเดียว)	84	77.8
ยาฉีด (อย่างเดียว)	4	3.7
ยารับประทานและยาฉีด	17	15.7
ควบคุมอาหาร (Diet control)	3	2.8

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของยาที่ใช้รักษาเบาหวาน		
Metformin (50 mg)	84	77.8
Glipizide (5 mg)	69	63.9
NPH	17	15.7
Insulin 70/ 30	4	3.7

จากตารางที่ 4-1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) มีอายุเฉลี่ย 69.84 ปี (*SD* = 6.42) ครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาสูงสุด เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.6) อาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.7) แหล่งที่มาของรายได้หลัก มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 53.7) ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วงระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 34.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุดอยู่ในช่วง 131-160 mg% (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ 80-130 mg% (ร้อยละ 29.6) โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.0) ลักษณะของยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ยารับประทานอย่างเดียว (ร้อยละ 77.8) และชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ Metformin (50 mg) (ร้อยละ 79.6)

ส่วนที่ 2 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แสดงไว้ในตารางที่ 4-2 และตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (*n* = 108)

ตัวแปร	*M*	*SD*	ระดับ
พลังสุขภาพจิต	147.16	12.32	สูง

จากตารางที่ 4-2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 147.16 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.32 และมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 4-3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต (n = 108)

ระดับของพลังสุขภาพจิต	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ต่ำ (น้อยกว่า 121 คะแนน)	6	5.6
ปานกลาง (121-146 คะแนน)	43	39.8
สูง (147-175 คะแนน)	59	54.6

จากตารางที่ 4-3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 54.6) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.8) และระดับต่ำ (ร้อยละ 5.6)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ มีระดับการวัดเป็นมาตราอัตราส่วน การแจกแจงแบบปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติและเป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิด Autocorrelation มีความแปรปรวนคงที่และเป็นเอกภาพ (Homoscedascity) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และไม่มี Outliers ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ง) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	*t*	*P*-value
การสนับสนุนทางสังคม	.768	.149	.393	5.134	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.907	.220	.319	4.120	< .001
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	3.688	.985	.279	3.743	< .001
Constant (a)	14.646	14.875	-	.985	.327

R = .660, R^2 = .436, R^2 adj = .419, F(3, 104) = 26.751 Sig of F = < .01

จากตารางที่ 4-4 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta = .393, p < .01) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .319, p < .01) และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Beta = .279, p < .01)

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) มีอายุเฉลี่ย 69.84 ปี (SD = 6.42) ครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาสูงสุด เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.6) อาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.7) แหล่งที่มาของรายได้หลัก มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 53.7) ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วงระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 34.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุดอยู่ในช่วง 131-160 mg% (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ 80-130 mg% (ร้อยละ 29.6) โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.0) ลักษณะของยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ยารับประทานอย่างเดียว (ร้อยละ 77.8) และชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ Metformin (50 mg) (ร้อยละ 76.9)

2. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (M = 147.16, SD = 12.32) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.6) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

3. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .488, .467 และ .342 ตามลำดับ) ส่วนการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .01 (r = -.266)

4. การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta = .393, p < .01) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .319, p < .01) และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Beta = .279, p < .01)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (M = 147.16, SD = 12.32) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.6) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น คือ 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลังซึ่งเป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ และเป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉง สามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากกว่าวัยอื่น (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) นอกจากนั้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดีและสามารถปฏิบัติกิจวัตรอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง สามารถทำงานบ้านและใช้บริการขนส่งสาธารณะได้โดยไม่ต้องมีคนดูแล ซึ่งการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างสม่ำเสมอ จะเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พึ่งตนเองได้ ลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Resnick et al., 2011) สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และการมีความหมายในชีวิต นอกจากนั้นผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอทำให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต และเข้าถึงแหล่งบริการด้านต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnild (2003) พบว่า สองในสามของผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิต

อยู่ในระดับสูง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ ส่วนการเผชิญปัญหา ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = .436, p < .01) โดยที่การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .488, p < .01) และเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta = .393, p < .01) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ความผูกพัน การให้ความช่วยเหลือบริการต่าง ๆ การให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและข้อมูลย้อนกลับ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะที่ตึงเครียด (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ของพลังสุขภาพจิต และเป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Grotberg, 2003) นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคมจะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือต่าง ๆ เช่น การช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวและการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดผลลัทธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Resnick et al., 2011)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า (ร้อยละ 53.7) มีแหล่งที่มาของรายได้หลักจากบุตรหลาน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรหลาน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนาในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานทุกครั้งที่มารับบริการ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย มองว่าชีวิตมีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Well (2010) พบว่า การมีเครือข่ายและแหล่ง

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (r = .21, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .51, p < .01, R^2 = .309, p < .01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bahremand et al. (2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ภาวะสุขภาพจิต และพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มอายุ 35-68 ปี ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (r = 0.57, p < .01) และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพจิตดีขึ้น

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .467, p < .01) และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Beta = .319, p < .01) อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงการให้ความสำคัญในสุขภาพ การรับรู้ถึงความต้านทานโรคและความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความเข้าใจของโรคของตนเองที่เป็นอยู่ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการรับรู้และประสบการณ์ (Brook et al., 1979) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง มองว่าชีวิตมีความหมาย มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้พลังสุขภาพจิตดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้และเป็นผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในชีวิต (Wagnild, 2003) จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 53.65 (SD = 4.32) (ภาคผนวก ค) ซึ่งมีคะแนนค่อนไปทางสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่มีค่าเท่ากับ 42.50 (ภาคผนวก ค) และจากการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจากทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนาทุกครั้งที่มารับบริการ รวมทั้งได้รับความรู้จากการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประจำปีทุกปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี รับรู้ถึงความเข้าใจของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ มีความหวังเกี่ยวกับสุขภาพ และตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดี เกิดพลังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง มองว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมาย ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Wagnild and Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง และการมีความหมายในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnild (2003) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ประสบ

ผลสำเร็จในชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (r = .31, p < .01 และ r = .37, p < .01 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ (2558) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .37, p < .01, R^2 = .309, p < .01)

ส่วนความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากผลการวิจัย พบว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .342, p < .01) และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Beta = .279, p < .01) อธิบายได้ว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนและจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยลดระดับความเครียด ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ทำให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เกิดผลลัพธ์นำมาซึ่งสุขภาพที่ดีและความผาสุก (Resnick et al., 2011) ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเท่ากับ 8.03 (SD = 0.93) (ภาคผนวก ค) ซึ่งมีคะแนนค่อนไปทางสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของแบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ที่มีค่าเท่ากับ 4.50 (ภาคผนวก ค) รวมทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถจัดเตรียมอาหารได้เอง ทำความสะอาดบ้าน ถูบ้าน ซักเสื้อผ้าได้ สามารถทอนเงิน/ แลกเงิน และสามารถใช้บริการรถเมล์/ รถสองแถวได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีพลังสุขภาพจิตสูง ดังนั้น ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง จึงสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et al. (2004) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน พบว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.36, 95%

CI = 1.05-1.69, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเผชิญปัญหา ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($r = -.266, p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคคลจะประเมินเหตุการณ์และเลือกใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ (Lazarus & Folkman, 1984) และองค์ประกอบของตัวแปรการเผชิญปัญหา ซึ่งประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาทางอ้อม อาจใกล้เคียงกับองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิตซึ่งมี 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถเฉพาะบุคคลและการยอมรับในตนเองและชีวิต จึงทำให้ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้

สรุป จากผลจากวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 ดั้งนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคีเครือข่ายในชุมชน ควรหาแนวทางในการสร้างเสริมปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเน้นการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาล เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

บรรณานุกรม

กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557.* กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี: RQ พลังสุขภาพจิต*. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์ และรวมพร คงกำเนิด. (2558). *รายงานฉบับสมบูรณ์ การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย.* นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา. (2558). *งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ*. นครนายก: โรงพยาบาลบ้านนา.

จิรประภา ภาวิไล. (2535). *การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS.* ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2558). *ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชัชลิต รัตนสาร. (2556). *การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย.* กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล, หทัยรัตน์ เสียงดัง และสุภรต์ จรัสสิทธิ์. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550: "หอมกลิ่นลำดวน" เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และสิร์ดาภัทร สุขฉวี. (2558). ภาพสุขภาวะของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพฤฒพลังในชุมชน จังหวัดนครนายก. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *22*(2), 48-60.

นพมาศ อุตะมะ, โรจนี จินตนาวัฒน์, สมสงวน อัษญคุณ และภารดี นานาศิลป์. (2558). ความบกพร่องของการมองเห็น วิธีการเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นของผู้สูงอายุที่เป็นต้อกระจก. *พยาบาลสาร*, *42*(3), 61-71.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.* กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชดา เครสซี่. (2557). *โรคเบาหวาน: ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง.* เชียงใหม่: วิทอินดีไซด์.

วนิดา รัตนานนท์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วนิดา หาญคุณากุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีรภัทรา ประภาพักตร์. (2554). *ความยืดหยุ่น การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน และเยาวนาฎ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). ความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *16*(3), 190-198.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002.* นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธา และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

American Diabetes Association [ADA]. (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, *33*(S1), S62-S69.

American Diabetes Association [ADA]. (2013). Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. *Diabetes Care*, *36*(4), 1033-1046. doi: 10.2337/dc12-2625

American Diabetes Association [ADA]. (2015). Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, *38*(S1), S1-S93.

Bahremand, M., Rai, A., Alikhani, M., Mohammadi, S., Shahebrahimi, K., & Janjani, P. (2015). Relationship between family functioning and mental health considering the mediating role of resiliency in type 2 diabetes mellitus patients. *Global Journal of Health Science*, *7*(3), 254-259.

Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., Williams, K. N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, *17*(S7), 1-131.

Celano, C. M., Beale, E. E., Moore, S. V., Wexler, D. J., & Huffman, J. C. (2013). Positive psychological characteristics in diabetes: A review. *Current Diabetes Report*, *13,* 917-929.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2012). *Diabetes public health resource.* Retrieved from http://www.cdc.gov/diabetes

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2014). *National diabetes statistics report: Estimates of diabetes and its burden in the United States, 2014*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.

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.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*, 76-82.

Cornell, S. (2015). Continual evolution of type 2 diabetes: An update on pathophysiology and emerging treatment options. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *11*, 621-632.

DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *23*, 602-610.

Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, *42*(2), 73-82.

Edward, K. (2013). Chronic illness and wellbeing: Using nursing practice to foster resilience as resistance. *British Journal of Nursing*, *22*(3), 741-746.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Gracia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concepts analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, *27*, 264-270.

Garmezy, N. (1973). Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk. In S. R. Dean (Ed.), *Schizophrenia: The first ten dean award lectures* (pp. 163-204). New York: MSS Information.

Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger.

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(2), 257-262.

Hicks, M. M., & Conner, N. E. (2014). Resilience aging: A concept analysis. *The Journal of Advanced Nursing*, *70*(4), 744-755.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

International Diabetes Federation [IDF]. (2013). *Annual report* (6th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz, & O. L. Strickland (Eds.), *Measurements of nursing outcomes*: *Measuring client outcomes* (pp. 287-308). New York: Springer.

Jalowiec, A. (2003). The Jalowiec Coping Scale. In O. L. Strickland, & C. Dilorio (Eds.), *Measurements of nursing outcomes*: *Self care and coping* (pp. 71-87). New York: Springer.

Jalowiec, A., & Powers, M. J., (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. *Nursing Research*, *30*, 10-15.

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *77*(5), 231-238.

Johnson, J. E. (1998). Stress, social support and health frontier elders. *Journal of Gerontological Nursing*, *24*(5), 29-35.

Keeling, D. I., Price, P. E., Jones, E., & Harding, K. G., (1996). Social support: Some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, *23*(1), 76-81.

Kennedy-Malone, L., Fletcher, K. R., & Martin-Plank, L. (2014). *Advanced practice nursing in the care of older adults.* Philadelphia: F. A. Davis.

Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., Huang, E. S., Korytkowski, M. T., Munshi, M. N., Odegard, P. S., Pratley, R. E., & Swift, C. S. (2012). Diabetes in older adults: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*, 2342-2356.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, *9*(3), 179-186.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Li, J., Drury, V., & Taylor, B. (2014). A systematic review of the experience of older women living and coping with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Practice*, *20*, 126-134.

Li, Y., Burrows, N. R., Gregg, E. W., Albright, A., & Geiss, L. S. (2012). Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008. *Diabetes Care*, *35*, 273-277.

Lu, F., Lin, K., & Kuo, H. (2009). Diabetes and the risk of multi-system aging phenotypes: A systemic review and meta-analysis. *PLoS One*, *4*(1), 1-12.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guideline 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.

Maraldi, C., Volpato, S., Penninx, B. W., Yaffe, K., Simonsick, E. M., Strotmeyer, E. S., Cesari, M., Kritchevsky, S. B., Perry, S., Ayonayon, H. N., & Pahor, M. (2007). Diabetes mellitus, glycemic control, and incident depressive symptoms among 70-to 79-year old persons. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1137-1144.

Moe, A., Hellzen, O., Ekker, K., & Enmarker, I. (2013). Inner strength in relation to perceived physical and mental health among the oldest old people with chronic illness. *Aging & Mental Health*, *17*(2), 189-196.

Prince-Embury, S. (2007). *The resilience scales for children and adolescents: Profiles of personal strengths*. San Antonio: Harcourt Assessments.

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.

Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner & Suddarth's textbook of medical- surgical nursing* (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Speake, D. L., Coward, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing and Health*, *12*, 93-100.

Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, *52*(3), 199-209.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). New Jersey: Pearson.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2012). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: Human needs & nursing response* (8th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *86*, 320-333.

Wagnild, G. (2003). Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, *29*(12), 42-49.

Wagnild, G. (2013). Development and use of the Resilience Scale (RS) with middle-aged and older adults. In S. Prince-Embury, & D. H. Saklofske (Eds.), *Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice* (pp. 151-160). New York: Springer.

Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of 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.

Well, 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. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* New York: Cornell University Press.

World Health Organization [WHO]. (2008). *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva: World Health Organization.

Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, *13*, 311-325.

Yi-Frazier, J. P., Smith, R. E., Vitaliano, P. P., Yi, J. C., Mai, S., Hillman, M., & Weinger, K. (2009). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Stress and Health*, *26*, 51-60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Predictive Factors of Resilience among Elderly with Diabetes

ชื่อนิสิต นางนภัสกร จันทร์สอน

รหัสประจำตัวนิสิต 57910183 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 14 - 03 - 2559** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2** จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน **108 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ **ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา และโรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ **ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2560**

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 20 **เดือน** เมษายน **พ.ศ.** 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินสภาพสมองของท่าน เมื่อผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ท่านฟังแล้ว ให้ท่านตอบคำถามในแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและปฏิบัติตามคำสั่งให้ดีที่สุดตามความสามารถของท่าน (ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกหรือผิด)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)	**คำตอบ**	**คะแนน**
1.1 วันนี้วันที่เท่าไหร่	.....	☐
1.2 วันนี้วันอะไร	.....	☐
1.3 เดือนนี้เดือนอะไร	.....	☐
1.4 ปีนี้ปีอะไร	.....	☐
1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร	.....	☐

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

กรณีอยู่ในสถานพยาบาล

2.1 สถานที่อยู่ตรงนี้เรียกว่าอะไรและชื่อว่าอะไร	.....	☐
2.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไหร่ของตัวอาคาร	.....	☐
2.3 ที่นี่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร	.....	☐
2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร	.....	☐
2.5 ที่นี่ภาคอะไร	.....	☐

3. Registration (3 คะแนน)

"ต่อไปนี้เป็นการทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย....) พูดทบทวนตามที่ <u>ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ</u> แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ"

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) **คะแนน**

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ☐

4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย...) คิดในใจเป็นไหม ? ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นให้ทำข้อ 4.2

4.1 "ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้งลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไหร่บอกมา"

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ถ้าทำไม่ได้ย้ายไปทำข้อ 4.2

.... ☐

4.2 "ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า <u>มะนาว</u> ให้คุณ (ตา, ยาย....) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกด ว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย....) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ"

....

ว า น ะ ม ☐

5. Recall (3 คะแนน)

"เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง" (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

○ ดอกไม้ ○ แม่น้ำ ○ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือนให้ใช้คำว่า

○ ต้นไม้ ○ ทะเล ○ รถยนต์ ☐

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

"ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

"ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว "

"ใครใคร่ขายไก่ไข่" ..... ☐

8. Verbal Command (3 คะแนน)

"ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้แล้วคุณ(ตา, ยาย...) รับด้วยมือข้างขวา พับครึ่ง แล้ววางที่ ....." (พื้น, โต๊ะ, เตียง) .....

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง) ☐

9. Written Command (1 คะแนน)

"ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้"

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียน " หลับตา " ○ หลับตาได้ ☐

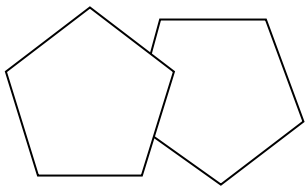
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง "ให้ คุณ (ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมายมา 1 ประโยค "

○ ประโยคมีความหมาย..... ☐

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อความนี้เป็นคำสั่ง "จงวาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง" ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง ☐



คะแนนรวม.....

(Cut-off-point) สำหรับคะแนนที่สงสัยสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	**คะแนน**	
	จุดตัด	**เต็ม**
ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ต้องไม่ทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

หลับตา

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ขอให้ท่านตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
   - ☐ ชาย ☐ หญิง
3. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด ☐ คู่
   - ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง/ แยกทาง
4. ศาสนา
   - ☐ พุทธ ☐ คริสต์
   - ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
5. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา ☐ ประกาศนียบัตรอนุปริญญา
   - ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพปัจจุบัน
   - ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ รับจ้าง
   - ☐ ค้าขาย ☐ ข้าราชการบำนาญ
   - ☐ เกษตรกรรม ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
7. แหล่งที่มาของรายได้หลัก
   - ☐ การประกอบอาชีพ ☐ บุตร-หลาน
   - ☐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
8. ความเพียงพอของของรายได้
   - ☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
9. ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี.....เดือน
10. ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุด (Fasting plasma glucose).....mg%

11. โรคประจำตัวอื่น ๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคหัวใจ ☐ ไขมันในเลือดสูง

☐ โรคไต ☐ โรคอื่น ๆ ระบุ…….

12. ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ยารับประทาน ระบุ

1……..

2……..

3……..

☐ ยาฉีด ระบุ

1……..

2……..

3……..

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายหลังเป็นโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแต่ละข้อให้ฟังช้า ๆ และขอให้ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกหรือมีหรือความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด ซึ่งมีคำตอบให้ท่านเลือก 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (4)**	**เห็นด้วย (3)**	**ไม่เห็นด้วย (2)**	**ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1)**
1. รู้สึกว่าการเจ็บป่วยในอดีตมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ				
2. คิดว่าในอดีตตนเองมีสุขภาพดี				
3. รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นตามที่แพทย์บอก				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
17. แม้สุขภาพจะดีขึ้นมาก ก็จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด				

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ ต้องการทราบเกี่ยวกับความคิดหรือการกระทำของท่านที่ใช้เผชิญปัญหาขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน เมื่อผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ท่านฟังแล้ว ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละข้อว่าบ่อยเพียงใด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อคำถาม โดยพิจารณาดังนี้

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณ 1-3 ครั้งในหนึ่งเดือน

บางครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นประมาณสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

เกือบทุกครั้ง หมายถึง ท่านใช้ลักษณะการเผชิญปัญหาแบบนั้นเกือบทุกครั้ง

ข้อความ	**เกือบทุกครั้ง (5)**	**บ่อยครั้ง (4)**	**บางครั้ง (3)**	**นาน ๆ ครั้ง (2)**	**ไม่เคย (1)**
บุคคลมีพฤติกรรมการแสดงออกต่อภาวะเครียดได้หลายวิธี บางคนใช้วิธีเดียว ในขณะที่บางคนใช้หลายวิธีในการจัดการกับปัญหา เมื่อท่านต้องเผชิญกับปัญหาและภาวะเครียด ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาในแต่ละข้อต่อไปนี้ว่าบ่อยเพียงใด					
1. กังวลใจ					
2. ลดความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย					
3. หวังว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้น					
.					
.					
36. มองหาสิ่งใหม่ที่ต้องการอย่างแท้จริงและดีที่สุด					

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่านที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ท่านทำอยู่ได้จริง ให้ท่านเลือกตอบคำถามในแต่ละข้อให้ตรงกับความเป็นจริงกับความสามารถของท่าน

1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน

0. เดินไม่ได้
1. ใช้รถเข็น และช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคองสองข้าง
2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
3. เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

2. ทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว

0. ทำไม่ได้
1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
2. ทำได้เอง

3. ทำความสะอาดถูบ้าน/ซักรีดเสื้อผ้า

0. ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
1. ทำได้เอง

4. ทอนเงิน/ แลกเงิน

0. ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
1. ทำได้เอง

5. ใช้บริการรถเมล์/ รถสองแถว

0. ไม่สามารถทำได้
1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
2. ไปมาเองได้

คะแนนรวม	

หมายเหตุ

1) เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ 2) โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ 3) จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากต้องมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจ ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม 4) ถ้าหมดสติให้คะแนนศูนย์ทั้งหมด

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน และด้านการประเมินเปรียบเทียบจากบุคคลในครอบครัวในยามเจ็บป่วย เมื่อผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ฟังแล้ว กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์ในการเลือกตอบ มีดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้ทุกประการ ร้อยละ 76-100
มาก	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้มาก ร้อยละ 51-75 แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง ร้อยละ 26-50 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
เล็กน้อย	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เล็กน้อย ร้อยละ 10-25 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
ไม่เลย	หมายถึง	รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย ร้อยละ 0

การสนับสนุนทางสังคม	**มากที่สุด (5)**	**มาก (4)**	**ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ (3)**	**เล็กน้อย (2)**	**ไม่เลย (1)**
การสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. ฉันได้รับความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
.					
.					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
4. ได้รับคำแนะนำจากแพทย์-พยาบาล ในการดูแลสุขภาพ					
.					
.					
.					

การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน/แรงงาน					
9. เมื่อมีปัญหาการเงิน บุคคลใกล้ชิดช่วยเหลือได้					
.					
.					
.					
การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ					
13. มีคนคอยให้ความสนใจ จัดโอกาสให้พักผ่อนหย่อนใจ					
.					
.					
.					
17. คนใกล้ชิดชื่นชม และพอใจในการปฏิบัติตัว					

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับพลังสุขภาพจิตของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริง โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์ในการเลือกตอบ มีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เฉย ๆ หมายถึง ท่านเฉย ๆ กับข้อความนั้น
เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อความ	**ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)**	**ไม่เห็นด้วยปานกลาง (2)**	**ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)**	**เฉย ๆ (4)**	**เห็นด้วยเล็กน้อย (5)**	**เห็นด้วยปานกลาง (6)**	**เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)**
1. เมื่อใดที่ท่านวางแผนแล้ว ท่านจะลงมือทำตามแผนนั้น							
2. ท่านมักจัดการอะไรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเสมอ							
3. ท่านสามารถจัดการกับตนเองได้มากกว่าใคร ๆ							
.							
.							
.							
.							
.							
25. ไม่เป็นไรถ้ามีคนไม่ชอบท่าน							

ภาคผนวก ค

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางภาคผนวก ค-1 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม (n = 108)

ตัวแปร	**Range**		***M***		***SD***
	Actual	**Possible**	**Actual**	**Possible**	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	44-64	17-68	53.65	42.50	4.32
การเผชิญปัญหา	59-123	36-180	92.48	108.00	15.32
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	5-9	0-9	8.03	4.50	0.93
การสนับสนุนทางสังคม	56-82	17-85	70.65	51.00	6.30

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณตามแนวทางของ จุฬาลักษณ์ บารมี (2555) ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรทำนาย (ตัวแปรต้น) และตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดที่ระดับ Interval และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Q-Q plot พบว่าข้อมูลมีการเรียงเกาะกันเป็นเส้นตรงจากล่างซ้ายขึ้นไปบนขวา และจากกราฟ Box-plot ไม่พบค่า Extreme และ Outliers ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่มี Multicollinearity) ทดสอบโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว พบว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง -.423 ถึง .488 และไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงกว่า .85 แสดงว่าไม่มี Multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

3. ค่าความคลาดเคลื่อน (Errors หรือ residuals) มีการแจกแจงเป็นปกติ เป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิด Autocorrelation ซึ่งทำการทดสอบโดยหาค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าปกติเท่ากับ 1.595 (ค่าปกติอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5)

4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่และเป็นเอกภาพ (Homoscedusticity) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ระหว่างค่าที่ทำนายได้จากสมการถดถอย (Standardized regression predictive value) และค่าความคลาดเคลื่อน (Standardized regression residual) พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่เกาะกันอยู่ตรงกลาง เมื่อพิจารณาเส้นผ่าศูนย์กลางผ่านจุดศูนย์ และการกระจายของจุด พบว่า ห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และจุดกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ 3 (ปกติจุดกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ 3)

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 00920
วันที่ 22 เม.ย. 2559
เวลา 9:18 น.

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/๑๓๓๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๗ เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๕๙๘ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นางนภัสกร จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ**นางสาวปราณี มิ่งขวัญ** ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีอนุญาต ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)
รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา
โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐
โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 01328
วันที่ - 8 มิ.ย. 2559
เวลา 15:55 น.

ที่ ศธ 0512.11/ 0679

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

29 เมษายน 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6607/0595 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2559
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางนภัสกร จันทร์สอน รหัสประจำตัว 57910183 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองต่อผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด" ของ นางกชชุกร หว่างนุ่ม นั้น คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 01283
วันที่ 6 มิ.ย. 2559
เวลา 9:52น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๐๔๑๘๙
วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๕๙๗ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย : นางนภัสกร จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : "ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" โดยมี ผศ.ดร. วารี กังใจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้ : แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : นางสาววนิดา หาญคุณากุล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๔๐ เรื่อง "ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย" ซึ่งมี รศ.ฟาริดา อิบราฮิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว **ยินดีอนุญาตให้นางนภัสกร จันทร์สอน ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ** แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ **ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล** และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งธนาณัติสั่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

..... /๒.

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่เวลา ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๕๙๖

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

๒๒ มีนาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์

ด้วย นางนภัสกร จันทร์สอน รหัสประจำตัว ๕๗๙๑๐๑๘๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง "RESILIENCE AMONG WOMEN AND MEN AGED 60 YEARS AND OVER IN SWEDEN AND IN THAILAND" ของท่าน และคณะ ซึ่งตีพิมพ์ในวารสาร Nursing and Health Sciences ปีที่ ๑๒, ๒๐๑๐ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ดีนาน)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ รักษาการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัยโทร ๐๙๔-๕๔๗๗๖๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ CMCM
วันที่ 22 ก.ค. 2559
เวลา 9.43 น.

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

8 กรกฎาคม 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ 6607/0596 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2559
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางนภัสกร จันทร์สอน รหัสประจำตัว 57910183 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความยืดหยุ่น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง "Resilience Among Women And Men Aged 60 Years And Over In Sweden And In Thailand " ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ นั้น ดิฉัน ยินดีและอนุญาต ให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้ใช้แจ้งผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือให้ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

ฝ่ายวิชาการ
โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
เลขรับ ๔๑๔๔
วันที่ ๑๖ พ.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๑๐.๑๕ น.

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๙๙๑

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 1310
วันที่ 16 พ.ค. 59
เวลา 10.30 น.

๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางนภัสกร จันทร์สอน รหัสประจำตัว ๕๗๙๑๐๑๘๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลปกติ สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และไม่มีโรคแทรกซ้อน โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๑๙ – ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์
๒. เก็บรวบรวมข้อเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๑๐๘ ราย ระหว่างวันที่ ๖ มิถุนายน – ๒๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นพ.สสจ.นย
- เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
ด้วยนางนภัสกร จันทร์สอน นิสิตหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอความอนุเคราะห์
มาเก็บข้อมูล ที่ รพ.องครักษ์ และ รพ.บ้านนา
ตามวัน เวลา ดังกล่าวข้างต้น

สุมาลา อ่างแก้ว
16 พ.ค. 59

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ทราบ

(นายระวี สิริประเสริฐ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
๑๖ พ.ค. ๒๕๕๙

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖
โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐ ๙๔ ๕๐๓ ๘๖๔๓
สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองครักษ์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

ที่ นย ๐๐๓๒.๓๐๓/ ๑๔๖๗

โรงพยาบาลบ้านนา
อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ๒๖๑๑๐

๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๖๖๐๗/๐๘๙๑ ลงวันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นางนภัสกร จันทร์สอน รหัสประจำตัว ๕๗๙๑๐๑๘๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา นั้น

โรงพยาบาลบ้านนา อนุญาตให้นิสิตดังกล่าวเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

งานธุรการ/กลุ่มงานภารกิจด้านอำนวยการ
โทร.๐๓๗ - ๓๘๒๐๑๕ ต่อ ๑๑๐๓
โทรสาร ๐๓๗ - ๓๘๒๐๑๑

วิสัยทัศน์จังหวัดนครนายก
"นครนายกเมืองน่าอยู่"

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
เลขรับ ๕๙๗๘
วันที่ ๒๘ ส.ค. ๒๕๕๙
เวลา ๑๕.๒๐น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านนา กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ งานบุคลากร โทร.๐ ๓๗๓๘ ๑๘๓๒-๓ ต่อ ๑๐๑๐

ที่ นย ๐๐๓๒.๓๐๓/๑๖๗๙ **วันที่** ๗ สิงหาคม ๒๕๕๙

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
เลขรับ 2285
วันที่ - ๘ ส.ค. ๒๕๕๙
เวลา 15.42 น.

เรื่อง อนุญาตขยายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ที่ นย ๐๐๓๒.๐๐๑.๒/๑๓๘๖ ลงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙ เรื่อง ขออนุญาตขยายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอความอนุเคราะห์ให้ นางนภัสกร จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา ได้แจ้งขออนุญาตขยายเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว จนถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ นั้น

โรงพยาบาลบ้านนาขอเรียนว่า ยินดีอนุญาตขยายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(นายสุวรรณ เพ็ชรรุ่ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา

เรียน นพ. สสจ. นครนายก
รพ. บ้านนา แจ้งว่ายินดีอนุญาต
ให้ขยายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เพื่อดำเนินการวิจัยของนางนภัสกร จันทร์สอน
จนถึงวันที่ 31 ส.ค. 2559
กลุ่มงาน แจ้งกลับ ม.บูรพา ทราบต่อไป
เพื่อโปรดทราบและพิจารณา
9 ส.ค. 59

ดำเนินการ
10 ส.ค. 59

(นายประสงค์ศักดิ์ นครขวาง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกัน)ระดับเชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

วิสัยทัศน์จังหวัดนครนายก
" นครนายกเมืองน่าอยู่ "

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ 01894
วันที่ 15 ส.ค. 2559
เวลา 14:38 น.

ที่ นย ๐๐๓๒.๐๐๑.๒/ ๑๕๐๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก
๙๐ ม.๓ ต.เขาพระ อ.เมือง นย ๒๖๐๐๐

๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง อนุญาตขยายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือมหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๑๔๐ ลงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอความอนุเคราะห์ให้ นางนภัสกร จันทร์สอน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลปกติ สามารถได้ยิน สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และไม่มีโรคแทรกซ้อน ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา ระหว่างวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๙ ถึงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๕๙ จึงขอขยายเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว จนถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ยินดีและอนุญาตให้ นางนภัสกร จันทร์สอน เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายประสงค์ศักดิ์ นครขวาง)
นายแพทย์(ด้านเวชกรรมป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล
โทร ๐-๓๗๓๘-๖๓๙๐ ต่อ ๒๑๘
โทรสาร ๐-๓๗๓๘-๖๓๙๒-๓
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : nayokhealth@gmail.com

วิสัยทัศน์จังหวัดนครนายก
"นครนายกเมืองน่าอยู่"