



อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน



สุกัญญา แก่นงูเหลือม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน



ศุภัญญา แก่นงูเหลือม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE INFLUENCE OF PROTECTIVE FACTORS ON MENTAL HEALTH AMONG
COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS



SUKANYA KANNGOOLUEM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2020

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ สุกัญญา แก่นงูเหลือม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา
ได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หรีตวงค์)

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลาส)

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

61920143: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยปกป้อง

สุกัญญา แก่นงูเหลือม : อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. (THE INFLUENCE OF PROTECTIVE FACTORS ON MENTAL HEALTH AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ปร.ด., จินห์จุกา ชัยเสนา ดาลาส, Ph.D. ปี พ.ศ. 2563.

สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลทุกวัย รวมทั้งวัยสูงอายุ โดยมีปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามท่งงานวิจัย กำหนด จำนวน 115 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพจิต ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .90, .94, .75, .88 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่าภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป ปัจจัยปกป้องที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279, p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189, p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .320, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ ควรเน้นการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริม ความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

61920143: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: MENTAL HEALTH, OLDER ADULTS, PROTECTIVE FACTORS

SUKANYA KANNGOOLUEM : THE INFLUENCE OF PROTECTIVE FACTORS ON
MENTAL HEALTH AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS. ADVISORY
COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D., JINJUTHA CHAISENA DALLAS, Ph.D. 2020.

Mental health is associated with humans' potential and quality of life across the life span, including for the elderly. Protective factors serve as positive factors that help promote mental health among these seniors. The purpose of this study was to examine factors influencing mental health among older adults residing in Muang District, Nakhon Ratchasima Province. Multi-stage random sampling was used to recruit 115 older adults who met the study inclusion criteria. Research instruments consisted of questionnaires in interview format to gather data regarding personal information, mental health, health literacy, perceived self-care efficacy, optimism, religious commitment and practices, and multi-dimensional social support. These scales yielded Cronbach's alphas of .88, .90, .94, .75, .88 and .91 respectively. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients and stepwise multiple regression analysis were employed for data analysis.

The results revealed that the mean mental health score of the sample was 48.64 ($SD = 4.50$), which falls in the "normal" range for mental health. The protective factors that significantly predicted mental health included health literacy ($\beta = .334, p < .001$), multi-dimensional social support ($\beta = .279, p < .01$) and optimism ($\beta = .189, p < .05$). These factors together explained 32.04% of the variance in mental health ($R^2 = .320, p < .001$).

The results of this research suggest that nurses and health personnel should develop programs or activities aimed at promoting mental health among community-dwelling older adults through the enhancement of health literacy, multi-dimensional social support and optimism.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และให้ความเมตตา ปรารภนาดีแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ มีความมุ่งมั่น ที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้ความห่วงใยสนับสนุน แนะนำ และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณอาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้พิจารณามอบทุนอุดหนุนวิจัยให้แก่ข้าพเจ้า ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายและเป็นแรงสนับสนุนในดำเนินการวิจัยด้วยความวิริยะ

กราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนในทุกเรื่องด้วยความรัก และห่วงใยตลอดมา ตลอดทั้งเพื่อนร่วมสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่คอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ทุกท่าน ที่สละเวลา และให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้

ศุภัญญา แก่นงูเหลือม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	18
ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	46

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 4 ผลการวิจัย	50
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50
ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	53
ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	54
ตอนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการ ปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ต่อภาวะ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	55
ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	56
บทที่ 5 สรุป และอภิปรายผล	59
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	59
อภิปรายผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	64
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	64
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	72
ภาคผนวก ก	73
ภาคผนวก ข	84
ภาคผนวก ค	87
ภาคผนวก ง	89
ภาคผนวก จ	94

ประวัติย่อของผู้วิจัย100



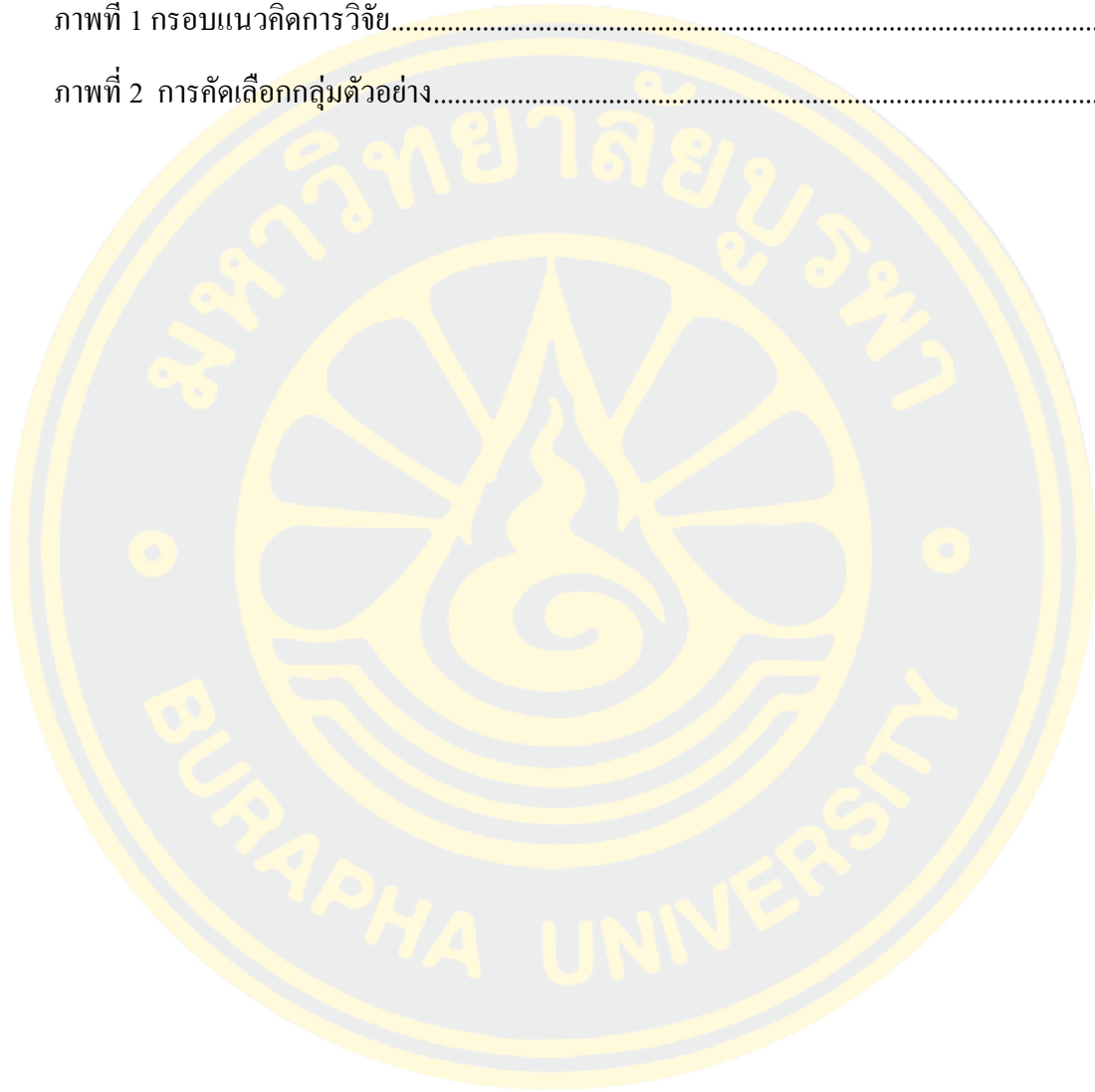
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล ($n = 115$).....	50
ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับภาวะสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุโดยรวมและจำแนกตามระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิต ($n = 115$).....	54
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต	55
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการ ดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทาง สังคมแบบพหุมิติ ($n = 115$).....	56
ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($n = 115$).....	58

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	40



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่ปรากฏขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่าส่วนใหญ่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในอีกไม่ช้า นับเป็นความท้าทายที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ ซึ่งในปัจจุบันรัฐบาลทั่วโลก ต่างให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2019) พบว่ามีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 703 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050

ประชากรสูงอายุในประเทศไทยก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับนานาประเทศ โดยปัจจุบัน ประเทศไทยถือเป็นสังคมสูงอายุ (Aging society) ซึ่งเป็นสังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 10 ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปี ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไป จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.1 ใน พ.ศ. 2560 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) และกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 โดยจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทย ถือว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับสองของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้หรืออาเซียน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) แม้ว่าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเป็นอย่างมาก แต่กลับพบว่ามีอัตราการเกิดใหม่ของประชากรต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการทางการแพทย์และสาธารณสุข และความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ปัจจุบันคนไทยสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและลดอัตราการตาย คนไทยจึงมีอายุยืนยาวมากขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2556) นอกจากนี้ยังเป็นผลจากความสำเร็จของการคุมกำเนิดในประเทศไทย ทำให้อัตราการเกิดลดลง อีกทั้งครอบครัวยุคใหม่ยังนิยมมีบุตรน้อยลง เนื่องจากสภาพสังคมการใช้ชีวิตของคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับตนเองทั้งความสำเร็จในหน้าที่การงาน การใช้ชีวิตอย่างอิสระ มากกว่าการสร้างครอบครัว ซึ่งมีส่วนทำให้อัตราการเกิดลดลง ทำให้ในอนาคตจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่าวัยเด็ก โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2579 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) จำนวนผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มสูงขึ้นดังกล่าวมาแล้วนั้น ทำให้องค์การอนามัยโลกรวมถึงรัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญและมี

มาตรการที่เน้นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับประชากรสูงอายุ เพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ด้วยอายุที่ยืนยาวขึ้น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากและยาวนานขึ้น และมีภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากภาวะทุพพลภาพก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (ัชวาล วงศ์สารี, 2560) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พบว่ามีผลต่อภาวะสุขภาพจิต จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่ำกว่าของคนทั่วไป โดย 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ มีปัญหาด้านสุขภาพจิต อันมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ลดลงและค่านิยมต่อผู้สูงอายุในสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) รวมทั้งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มักพบกับความสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือคนใกล้ชิด และเศรษฐกิจทางสังคม การเกษียณจากงานหรือเกิดความพิการ ทำให้ประสบกับภาวะโดดเดี่ยว และเกิดความทุกข์ทางใจ ผู้สูงอายุจึงเป็นอีกหนึ่งกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) จากการศึกษาปัญหาทางด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า โรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของการเสื่อมลงของร่างกายและสมอง หากผู้สูงอายุบางคนไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกสูญเสียในหลายด้าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

ภาวะสุขภาพจิต ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2001a) หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพที่ดี มีความเข้าใจในศักยภาพต่าง ๆ ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม และสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและสังคม ภาวะสุขภาพจิตที่ดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีได้ ภาวะสุขภาพจิตนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2004) ได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตออกเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า ความเครียด วิตกกังวลเป็นต้น จากการศึกษาของ ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นันทจันทร์ (2559) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.497, p < .001$) การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่ดี ถือเป็นปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น ส่วนอีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกหรือในทางที่ดีต่อภาวะสุขภาพจิต เช่น จากการศึกษาของ วรรัดนันท์ ชุมนะโชติ (2561) พบว่า การมองโลกในแง่ดี สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .630, p < .001$) การมองโลกในแง่ดีจึงถือเป็นปัจจัยปกป้อง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเจาะจงศึกษา ปัจจัยปกป้องที่จะส่งผลทางด้านบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ย้ำถึงความสำคัญ ของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิต การทราบถึงอิทธิพลของปัจจัยปกป้องเหล่านี้ ย่อมนำไปสู่ การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมปัจจัยปกป้องให้มีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ กายและจิตที่ดี โดยปัจจัยปกป้องที่เจาะจงศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความฉลาดทาง สุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตนหรือจัดการ ตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีสุขภาพ กายที่ดี เมื่อมีสุขภาพกายดี ย่อมช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการ เสื่อมทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน การมีความฉลาดทางสุขภาพจึงมีบทบาท สำคัญ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อ การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจในภาวะ สุขภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการตระหนักและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง ร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม (พิสสัลล ชำรงศักรกุล, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael, Julie, and David (2005) ที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170, p < .001$)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ถือเป็นปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะ สุขภาพจิตในผู้สูงอายุเช่นกัน ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการแสดงออกของผู้สูงอายุที่ จำเป็นในการตัดสินใจในการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย และเป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างมีเหตุผล ของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการดูแล ปรับปรุง และพัฒนา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเอง และการ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่บุคคลจงใจ กระทำอย่างมีเป้าหมายในการปรับตัว เพื่อที่จะควบคุมดูแลปัจจัยภายในและภายนอก ที่มีผลต่อการ

ทำหน้าที่ของบุคคล ทำให้บุคคลมีความผาสุก (Orem, 2001) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม และจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลงไปและอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะถ้าไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพแห่งตน สอดคล้องกับการศึกษาของ Shou et al. (2018) ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .625, p < .05$)

การมองโลกในแง่ดี เป็นอีกปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับจิตวิทยาและส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต เป็นการรับรู้และการใช้แนวคิดของผู้สูงอายุในการเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ด้วยการมีทัศนคติเชิงบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อลดความกดดันที่มีต่อสถานการณ์และการมีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตึงเครียดได้ดี ลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (ปนัดดา มหิทรานุภาพ และบัวทองสว่าง โสภากุล, 2555) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดี จึงเป็นอีกคุณลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นมุมมองทางบวกของบุคคลที่เชื่อว่า จะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต จึงดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและเชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (Scheier & Carver, 1992) สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จินต์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ (2559) ที่พบว่า การมองโลกทางบวกหรือการมีชีวิตที่คิดบวก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Menendez, Postigo, Montes-alvarez, Jose, and Garcia (2020) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$)

ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นอีกปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีเหตุการณ์หลายอย่างเกิดขึ้น เช่น การเกษียณจากการทำงาน การที่ถูกหลานขอให้หยุดทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามากขึ้น ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา เพื่อสร้างความสุขสงบทางจิตใจให้กับตนเอง ศาสนาจึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขสงบและสบายใจ จากการรับฟังหลักคำสอนของศาสนา การทำความดี การรักษาศีล และการทำบุญ ประกอบกับการคงไว้ซึ่งการมีสังคม ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสติและสมาธิ เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ยากต่อการปรับตัว

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ King, Cummings, and Whetstone (2005) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.123, p < .05$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีผลทางบวกในการช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล โดยการสนับสนุนเหล่านี้ได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทางบวกให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ การได้รับความช่วยเหลือจากลูกหลาน การมีมิตรภาพและความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเคารพ ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่าง ๆ จากลูกหลานและผู้คนใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (นันทกัศ ชนะพันธ์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธ ไตร, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harada, Sugisawa, Sugihara, Yanagisawa, and Shimmei (2018) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นจำนวน 1,952 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .331, p < .05$)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ถือเป็นภาคที่มีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) พบมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปใน พ.ศ. 2560 จำนวน 3,250,975 คน และในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนประชากรดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 3,386,357 คน จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาวก็พบมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นอันดับสองรองจากภาคกลาง (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ, 2553) จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่มากที่สุดในประเทศไทย และมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศ จำนวน 435,347 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) เนื่องจากเป็นศูนย์กลางการค้า การคมนาคม และการศึกษาของเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ ทำให้การกระจายของประชากรมีความหลากหลาย โดยเฉพาะประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ของสูงอายุในพื้นที่นี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้าโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ

64.88 มีความชุกของภาวะสมองเสื่อม 10.29 ต่อประชากร 1,000 คน (กรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 นครราชสีมา, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีค่อนข้างจำกัด การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบริบทที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

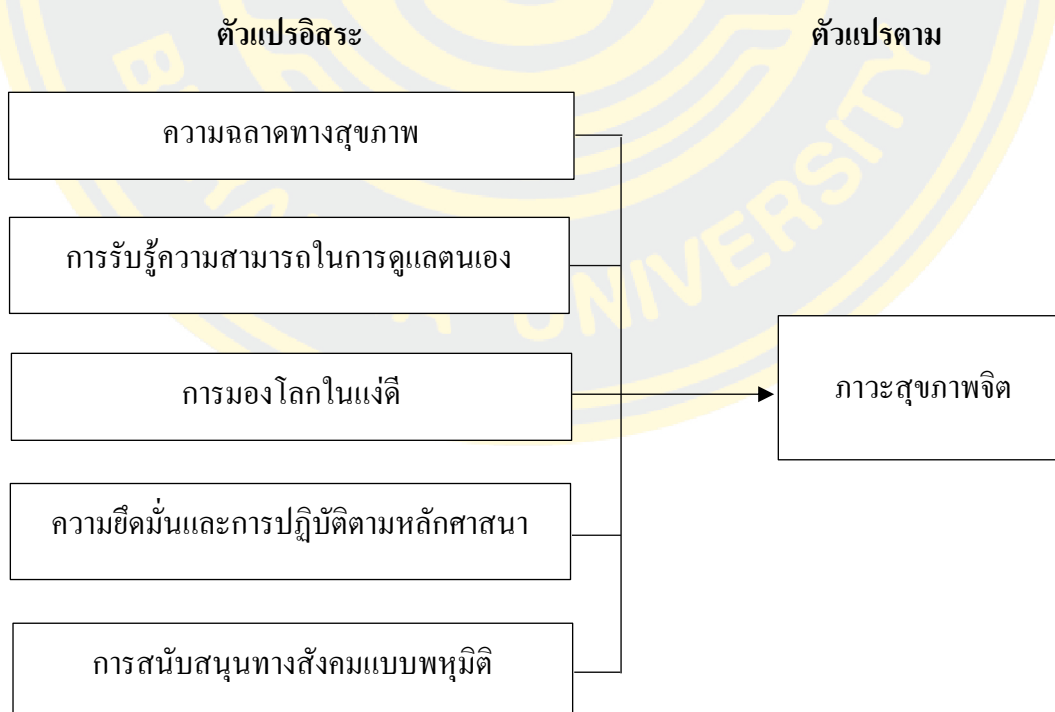
สมมติฐานของการวิจัย

ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลกร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2001b, 2004) ภาวะสุขภาพจิตที่ดีนั้น เป็นภาวะที่บุคคลสามารถที่จะปรับตัวและมีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุล สามารถปรับตัวได้ดีโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ขัดกับสภาพความเป็นจริงในสังคมของบุคคลนั้น ซึ่งการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุนั้นก็เป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หากมีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่หากไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นมีทั้งปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) โดยปัจจัยเสี่ยงนั้นเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยปกป้องเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความต้านทานของบุคคล

ต่อปัจจัยเสี่ยงและการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งปัจจัยปกป้องนั้นเป็นปัจจัยที่ช่วยในการปรับ หรือเปลี่ยนแปลงการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ปัจจัยปกป้องประกอบด้วย ปัจจัยภายในหรือปัจจัยด้านบุคคล (Internal/ Individual factors) ที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ การคิดทางบวก การจัดการกับปัญหาและความเครียด และปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม (External/ Environmental Factors) เช่น การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยปกป้องที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้วิจัยเจาะจงศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องภายในหรือปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลหรือปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ปัจจัยที่เจาะจงศึกษาเหล่านี้เป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่มีงานวิจัยสนับสนุนว่าส่งผลทางบวกหรือทางที่ดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งของปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง สถานะด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุ และสุขภาพระดับจิตสังคมบนพื้นฐานของความพึงพอใจของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความสามารถในการจัดการปัญหา การมีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองทางบวก และการมีอารมณ์ที่มั่นคง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550)

ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ชีตความสามารถทางปัญญาของผู้สูงอายุ ในการคิด พิจารณา ไตร่ตรอง เลือกปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพแห่งตน ที่แสดงถึงความรู้แตกฉานของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ สามารถที่จะกลั่นกรอง ประเมินและเลือกรับ นำไปสู่การตัดสินใจด้วยความเฉียบคมที่จะเลือกดำเนินหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเลือกใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพตามหลักพฤติกรรม 3๐2๕ (3๐ หมายถึง อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และ 2๕ หมายถึง สูบบุหรี่และดื่มสุรา) ที่พัฒนาโดย กิจปพน ศรีธานี (2560)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perceived self-care efficacy) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนในการดูแลตนเอง (Self-care ability) เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการแสดงออกของบุคคลที่จำเป็นในการตัดสินใจในการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นและกระทำอย่างมีเหตุผลของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการดูแล ปรับปรุง และพัฒนา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Orem, 2001) ประเมินโดยใช้

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของ Ever et al. (1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย วารี กังใจ (2540)

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก มีความคาดหวังที่ดีในอนาคต เห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้ สามารถปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี ของ Scheier, Carver, and Bridges (1994) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย จารุวรรณ ขอกระษัณ (2554)

ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious commitment and practice) หมายถึง ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้สูงอายุในการนำหลักศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นหลักในการดำเนินชีวิต ประเมินได้จากแบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาของ วรรัตน์ หุชนะโชติ (2561) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ เลอลักษณ์ มหิพันธุ์ (2560)

การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional social support) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกรักใคร่ ผูกพัน ความไว้วางใจ และความช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และบุคคลสำคัญอื่น ๆ (Significant others) ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ของ Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย ยศยง จันทรวงศา (2558)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไว้เป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001a) ได้ให้คำนิยามว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปี และมากกว่าขึ้นไป นับเป็นการให้ความหมายผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ตามอายุและระดับความสามารถของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. เกณฑ์ด้านอายุ สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น ได้แก่ อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง ได้แก่ อายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป
2. เกณฑ์ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment)

ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจวัตรส่วนตัวได้ เช่น การลุกจากเตียง การใช้ห้องน้ำ การขับถ่าย การล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่ซับซ้อนมากกว่ากิจวัตรส่วนตัว เช่น การล้างจาน การซักผ้า การทำอาหาร การใช้โทรศัพท์ เป็นต้น

การแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society) หมายถึง การมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 10 หรือในประเทศ ที่ใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุโดยเริ่มนับที่อายุ 65 ปี จะใช้ค่าจำนวนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

2. ระดับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง การมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

3. ระดับสังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบหรือสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) หมายถึง การมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มเป็นร้อยละ 28 หรือจำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ

วิลโล คูปส์ตรีคียกุล (2561) สรุปลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุไว้ 5 ประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีกำลังสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของร่างกายทุกระบบ จากความชรา ซึ่งค่อยเป็นค่อยไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มลดลง ประกอบกับการดำรงชีวิตที่มีการทำกิจกรรม รวมทั้งออกกำลังกายน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อ อ่อนล้าง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าหลอดเลือดแดง ของผู้สูงอายุเริ่มมีความยืดหยุ่นลดลงหรือแข็งตัว (Atherosclerosis) ที่เพิ่มขึ้นตามวัย จึงทำให้พบ โรคความดันเลือดสูงเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนด้านมวลกระดูกที่ลดลง เป็นสาเหตุให้พบโรคกระดูกพรุนและมีความเสี่ยงต่อกระดูกหักเพิ่มขึ้นตามอายุ รวมถึงกระดูกอ่อนผิวข้อที่สึกไปตามการใช้งาน จึงพบโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการลดลงของเซลล์ประสาทบริเวณเปลือกสมอง (Motor cortex) ทำให้ระดับโดพามีน (Dopamine) ลดลง

2. การมีอาการผิดปกติที่ไม่จำเพาะ (Atypical sign presentation) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มักไม่พบลักษณะอาการและอาการแสดงที่จำเพาะต่อโรคที่พบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า เช่น ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อาจไม่พบอาการไข้ แต่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการซึม ไม่รับประทานอาหาร หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจไม่พบอาการแน่นหน้าอก ร้าว

ไปแขน ดังเช่นผู้ป่วยที่อายุน้อย นอกจากนี้อาการที่ไม่จำเพาะนี้ยังหมายรวมถึง อาการที่พบบ่อย ที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ที่เรียกว่า Geriatric giant ได้แก่ Immobility หมายถึง การไม่เคลื่อนไหว Instability หมายถึง การเดินไม่มั่นคง Incontinence หมายถึง การควบคุมการขับถ่าย ผิดปกติ และ Intellectual impairment หมายถึง ความบกพร่องทางสติปัญญา

3. การมีพยาธิสภาพของหลายระบบ (Multiple pathologies) การมีพยาธิสภาพหลายอย่างในหลายระบบของร่างกาย เนื่องจากระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมถอยไปตามกาลเวลารวมทั้งพยาธิสภาพที่พบส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่ม โรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการที่หลายอวัยวะมีพยาธิสภาพหลายอย่าง เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การถดถอยของ สมรรถภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ รวมถึงภาวะพึ่งพา และคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้สูงอายุ

4. การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ยาหลายขนาน เนื่องจากผู้สูงอายุมียาหลายโรค รวมถึงการซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา ที่ทำได้ง่ายในประเทศไทย ผลจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกันนั้น เป็นเหตุให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาดูด้วยกัน และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลไม่พึงประสงค์จากยาต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาทั้งเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อย

5. การมีความทุกข์ยากทางสังคม (Social adversity) ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุ จะพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลาย ๆ อย่าง เช่น การเกษียณจากงานประจำ การแยกบ้านของลูกที่แต่งงานมีครอบครัวหรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด การจากไปของกลุ่มหรือเพื่อนสนิท การสูญเสียเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว ไม่อยากมีกิจกรรมใด ๆ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางรายที่ต้องการการดูแล เนื่องจากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล หรือการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ เพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จึงควรให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุทั้ง 5 ประการ ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คือ ความสามารถสำรองของร่างกาย (Reduced body reserve) ในระบบต่าง ๆ ลดลง การมีพยาธิสภาพเรื้อรังหลายอย่างในหลายระบบของร่างกาย (Multiple pathology) รวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social adversity) นอกจากลักษณะเฉพาะที่พบในผู้สูงอายุ ควรต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้วย

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นการเสื่อมสภาพทางสรีรวิทยาในทุกกระบวน ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อวัยวะในร่างกายส่วนใหญ่จะเกิดการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในผู้สูงอายุมักพบปัญหาความจำระยะสั้นบกพร่อง พบว่าผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ช้ากว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากกระบวนการรวบรวมข้อมูลในประสาทส่วนกลาง (Central information) ทำงานช้าลง การตอบสนองทุกอย่างใช้เวลานานขึ้น หากเป็นงานที่ต้องผ่านกระบวนการคิดที่สลับซับซ้อนมากเท่าใด ยิ่งใช้เวลานานเมื่ออายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การทรงตัวและการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อจะลดลงเรื่อย ๆ เนื่องจากเซลล์ประสาท Nigrostriatal ในสมองส่วน Basal ganglia ลดลง ซึ่งจะมีผลต่อท่าทางการเดินของผู้สูงอายุ นอกจากทำเดินที่เปลี่ยนไปแล้ว ยังมีปัญหาการทรงตัวอันเป็นเหตุให้หกล้มได้ง่ายขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่า ผู้สูงอายุจะมีมวลกล้ามเนื้อจำนวนและขนาดเส้นใยจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีเนื้อเยื่อพังคืดและไขมันเข้ามาแทนที่ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการสะสมของสาร Lipofuscin ทำให้กล้ามเนื้อห่อนยานและขาดความตึงตัว ส่วนระบบกระดูก พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการทำงานของกระดูกที่เสื่อมลงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมน Estrogen ลดลงจากภาวะหมดประจำเดือน ทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกและเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) กระดูกตามบริเวณข้อต่าง ๆ จึงบางลง น้ำไขข้อมีปริมาณลดลง ทำให้เกิดการอักเสบของข้อและติดเชื้อได้ง่าย ส่งผลให้เกิดอาการปวดตามข้อกระดูก

1.3 การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออก (Stroke volume) ลดลง อัตราหัวใจเต้นสูงสุดลดลง ในขณะที่ชีพจรขณะพักเพิ่มขึ้น แสดงถึงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง อีกทั้งหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง เป็นผลให้แรงดันเลือดสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง นอกจากนี้การทำงานของ Baroreceptor sensitivity ที่ลดลงทำให้พบภาวะความดันเลือดลดลงขณะเปลี่ยนท่าได้บ่อย (Postural hypotension) นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังคืดและไขมันมาสะสม ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) หนาตัวมากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาตัว จึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจรั่วและตีบ

1.4 การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ พบว่า ในวัยสูงอายุ ทางเดินหายใจส่วนบนมีการทำงานของเซลล์ขน (Cilia) ลดลง ประสิทธิภาพในการไอลดลง ความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการทำงานลดลงของฝาปิดกล่องเสียง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการสำลักได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของทางเดินหายใจส่วนล่าง บริเวณหลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragm) ที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลง กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวลดลงจากการมีแคลเซียมมาเกาะ รูปร่างทรวงอกเปลี่ยนเป็นรูปถัง (Barrel shape) มากขึ้น ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง นอกจากนี้การลดลงของจำนวนถุงลม ทำให้ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ผนังถุงลมแตกง่าย จึงมีโอกาสเกิดถุงลมโป่งพองได้ง่าย

1.5 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร พบว่า ฟันไม่แข็งแรง หลอดร่งง่าย แดกง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลง เป็นสาเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก รับประทานอาหารได้น้อย นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเสื่อมหน้าที่ลงของต่อมน้ำลาย การผลิตเอนไซม์ Ptyalin และน้ำลายลดลง ส่งผลให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากได้น้อยลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะย้อนกลับขึ้นมาที่หลอดอาหาร ทำให้เกิดการแสบร้อนบริเวณหลอดอาหารได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากระเพาะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กน้อยลง ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหารได้ลดลง ส่วนลำไส้ใหญ่เกิดการหย่อนตัว ร่วมกับร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลง และดื่มน้ำน้อย จึงเกิดการท้องผูกได้ง่าย และในวัยสูงอายุกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักจะมีการหย่อนตัว ทำให้ความสามารถในการกั้นอุจจาระลดลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า การทำงานของไตลดลงจากการที่หน่วยไตมีจำนวนลดลง ทำให้หน่วยไตที่เหลืออยู่มีขนาดใหญ่ ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง อัตราการกรองของเสียและการดูดกลับสารต่าง ๆ น้อยลง เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะสูญเสียน้ำและสารอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะมีการทำงานลดลงและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ทำให้ปัสสาวะค้างคั่งในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งสวนทางกับกระเพาะปัสสาวะที่มีขนาดเล็กลง ความจุในการกักเก็บน้อยลง จึงพบว่าผู้สูงอายุมีการถ่ายปัสสาวะบ่อย

1.7 การเปลี่ยนแปลงระบบสืบพันธุ์ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง รังไข่มีลักษณะฝ่อลง เยื่อภายในมดลูกบางลง มีเนื้อเยื่อพังศึ่มากขึ้น ช่องคลอดมีเลือดมาเลี้ยงลดลง ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นด่างมากขึ้น อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัว มีผลให้ประสิทธิภาพการกั้นปัสสาวะได้ลดลง ส่วนในเพศชาย พบว่าต่อม

ลูกหมากมีขนาดโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบากและขับถ่ายปัสสาวะบ่อย อันตะมีขนาดเล็กลง ผลิตน้ำอสุจิได้น้อย และความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง

1.8 การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ พบว่า ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักรลดลง เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงที่ต่อมใต้สมองลดลงและมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง การทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง รวมไปถึงการทำงานของตับอ่อน มีการหลั่งอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ทนต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

1.9 การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนัง ในผู้สูงอายุ พบว่า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมช้าลง ทำให้การหายของแผลช้าลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง การไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อย ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดเล็กลง ทำให้การขับเหงื่อไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การระบายความร้อนได้ไม่ดี จึงมีโอกาสเกิดอาการเป็นลมแดด (Heat stroke) นอกจากนี้เซลล์ในการสร้างสี (Melanocytes) ที่ผลิตเมลานินมีจำนวนลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุสีผิวจางลงได้

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change) ในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด มักถูกละเลย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย สิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว จึงเป็นวัยที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) ได้แก่

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุอาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักอื่น ๆ เช่น ญาติสนิท บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตายจากกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หากการสูญเสียเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง เนื่องจากการปรับตัวต่อการสูญเสียนี้นี้กระทำได้ยาก อาจเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่น ซึมเศร้า และถ้าไม่ได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจจากผู้ใกล้ชิดจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวร

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณอายุ ผู้สูงอายุต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ หรือหมดภาระที่ต้องติดต่อทางด้านการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิด

ความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกไร้คุณค่า ไม่มีความหมายในชีวิต รู้สึกขาดการเคารพนับถือ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และในขณะเดียวกันก็ขาดรายได้ หรือรายได้ลดน้อยลง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ต้องปรับตัวด้านสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุ บุตรหลานมักจะมีครอบครัวเป็นของตนเอง และแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่ โดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษาดูแล และสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว และรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีความเกี่ยวข้องกับต่อสภาวะด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) มีดังต่อไปนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงสังคมในระดับมหภาค (Macro level) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบหรือโครงสร้างของสังคม การเปลี่ยนแปลงของภาวะสังคม เช่น อัตราการเพิ่มของประชากรมากขึ้น ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล และความเจริญทางการศึกษา ทำให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย จึงทำให้อายุขัยของประชากรเพิ่มขึ้น จำนวนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ปัญหาของผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ในปัจจุบันครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง เป็นภาระกับบุตรหลาน

3.2 การเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาค (Micro level) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นเป็นปกติ เช่น เรื่องค่านิยมหรือคุณค่าทางจริยธรรมในเรื่องการแต่งกาย ในเรื่องมารยาทของคนหนุ่มสาวที่เปลี่ยนจากเมื่อสมัยที่ผู้สูงอายุยังเป็นหนุ่มสาวอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุขัดเคืองใจ รำคาญ หรือพร่ำสอนให้เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัยได้ จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แล้ว ทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่ตนเองเผชิญแล้ว ย่อมที่จะเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

จากแนวคิดผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเสื่อมถอย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าว ผู้สูงอายุมักมีลักษณะทางสรีรวิทยาที่แตกต่างจากวัยอื่น เช่น มีพยาธิสภาพหลายระบบ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อร่างกายลดลง การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยซ้ำและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงเหมือนช่วงวัยอื่น จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง ต้องการความดูแลใส่ใจ และการพึ่งพาจากลูกหลาน ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ล้วนมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุแตกต่างกันตามเหตุการณ์ที่เผชิญ และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่อด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียความเชื่อมั่นและความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดีหรือความสุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นต้น จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากวัฒนธรรมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย กลายเป็นคนล้าสมัย จึงอาจมีความรู้สึกท้อแท้และแยกตัวออกจากครอบครัวมากขึ้น

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานางงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นเขตที่มีประชากรสูงอายุจำนวนมาก มีการสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งแตกต่างจากสังคมเดิมที่เคยอยู่ในอดีต เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าด้านการคมนาคมทางบก อยู่ใกล้ถนนหลักหรือทางหลวงที่มีรถโดยสารสาธารณะบริการ และความเจริญรุ่งเรืองด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้า การพาณิชย์ และอุตสาหกรรมในระดับภูมิภาค และเป็นศูนย์รวมการศึกษาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนใต้ ทำให้ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโอกาสได้รับการศึกษาสูงกว่า และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ อาศัยอยู่ในภูมิลำเนาดั้งเดิม และบางส่วนอพยพย้ายถิ่นฐานมาเพื่อประกอบอาชีพ เหล่านี้ส่งผลให้มีการกระจายตัวของประชากรที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ ระบบครอบครัวขยายกลายเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งมากขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตตามมา เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการยอมรับ การเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยต้องอาศัยความเข้าใจของครอบครัวและสังคม ทำให้ต้องมีการปรับตัวเกี่ยวกับรูปแบบการใช้ชีวิต ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลทุกมิติ ทั้งในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดและฟื้นฟู

โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในชุมชนแห่งนี้

ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง การที่บุคคลมีสุขภาพที่ดี โดยมีความเข้าใจในศักยภาพต่าง ๆ ของตนเอง สามารถจัดการปัญหาความเครียดโดยทั่วไปได้อย่างเหมาะสม สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและสังคม (WHO, 2001b) ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุก็เป็นผลมาจากความสามารถในการปรับตัวในการดำเนินชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หากมีการปรับตัวที่ดี สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม ก็จะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี แต่หากไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบได้ ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีได้ นอกจากนี้ยังหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกระทำต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลที่อยู่รอบตัวมีความสุข อบอุ่น ยอมรับผู้อื่น และเป็นตัวของตัวเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ โดยใช้สติปัญญาอย่างสุขุม เพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า และเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ สอดคล้องกับทฤษฎีอิริคสัน ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องพัฒนาด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและอนาคต ถ้าสัมพันธ์ภาพกับบุตรหลานเป็นไปในทางบวก ได้รับความรัก ความเคารพ ทำให้มีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ (Integrity) ความรู้สึกมีคุณค่า มีความเป็นหนึ่งเดียว กลมกลืน ในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ของชีวิตจะทำให้รู้สึกหมดหวัง (Despair) ไม่มีความสุข ไม่มีคุณค่า จะคิดว่าเกิดอะไรขึ้น อาจโทษผู้อื่น และชะตาชีวิตว่าตนเองโชคไม่ดี เกิดความรู้สึกสูญเสีย ทำให้น่าไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าและมีชีวิตที่โดดเดี่ยว (Valfre, 2001)

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุอาจมองเห็นได้ไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่อย่างไรก็ตามบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสนใจในการประเมินสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น ผู้ที่มีสุขภาพะที่

สมบูรณ์ทางจิตใจ หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา และลดความเห็นแก่ตัวลง (ประเวศ วะสี, 2543) นอกจากนี้สามารถปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ยังรวมถึงปัจจัยด้านบุคลิกภาพและอารมณ์ ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นทักษะในการใช้ชีวิตอยู่กับสิ่งแวดล้อมบริบทที่ต่างกัน

สถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

จากสถิติกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุในพื้นที่นี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้า พบโดยเฉลี่ยร้อยละ 20 พบความชุกของภาวะซึมเศร้า 3.28 ต่อประชากร 1,000 คน และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 64.88 มีความชุกของภาวะสมองเสื่อม 10.29 ต่อประชากร 1,000 คน (กรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 นครราชสีมา, 2563) ซึ่งอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีลักษณะทางสังคม เป็นสังคมอุตสาหกรรมหรือสังคมเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว มีการเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับลูกหลานวัยทำงานและวัยรุ่นเดินทางออกจากพื้นที่ เพื่อไปประกอบอาชีพในภูมิภาคอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่เพียงลำพัง อันเนื่องมาจากสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประชากรบางส่วนในพื้นที่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก รายได้เฉลี่ยค่อนข้างน้อย จึงเป็นเหตุให้ประชากรจำนวนมากเดินทางออกจากพื้นที่เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เกษียณจากการทำงาน มีเวลาว่าง กลายเป็นช่วงวัยที่ต้องดูแลลูกหลาน ด้วยสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง ประกอบกับภาวะเครียดจากภาวะทางเศรษฐกิจและครอบครัว จึงอาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย ที่พบได้บ่อยได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล สมองเสื่อม ซึมเศร้า ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ได้ร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 พัฒนาการองค์ความรู้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมระบบบริการผู้สูงอายุครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมีความสุขตามนโยบายของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2562-พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ซึ่งมีประมาณร้อยละ 70 ได้สนับสนุนการจัดกิจกรรมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังหรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้าน ติดเตียง รวมทั้งผู้สูงอายุที่อยู่โดดเดี่ยว ได้เพิ่มการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และเร่งพัฒนาโปรแกรมสร้างพลังใจให้ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงในระยะยาวด้วย ในส่วนของครอบครัว ลูกหลาน โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ ได้ให้ความรู้แนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้สูงวัยให้มีความสุข ได้แก่ การมอบความรัก ห่วงใย ให้ความเคารพ ยกย่องให้เกียรติ ทั้งการพูดและการกระทำ เช่น กล่าวทักทายก่อน

เชิญทานอาหารก่อน การมอบความเข้าใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น การหลงลืม พุดซ้ำ ๆ เรื่องเดิม การมอบสัมผัสด้วยการกอด จับมือ บีบนิ้วถ้ายทอดความรักที่มีต่อผู้สูงอายุ การมอบเวลา เช่น พาไปวัด ไปเที่ยว ไปทานอาหาร หรือโทรพูดคุยตามความเป็นอยู่ และการมอบโอกาสให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมหรือทำงานที่ท่านสามารถทำได้ หรือให้ท่านเล่าประสบการณ์ที่ท่านภาคภูมิใจและลูกหลานนำมาปรับใช้ในชีวิต เป็นต้น และให้ช่วยกันสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยสามารถดูจากชีวิตประจำวันที่ผิดปกติไปจากเดิม 5 เรื่อง ดังนี้ 1) การกินผิดปกติ อาจกินมากขึ้นหรือน้อยกว่าเดิม เบื่ออาหาร ชุบพอมทั้ง ๆ ไม่มีปัญหาทางร่างกาย 2) การนอน อาจนอนหลับมากกว่าปกติ บางคนอาจนอนไม่หลับ ตกใจตื่นกลางดึกแล้วหลับต่อไม่ได้ บางคนอาจฝันร้ายติดต่อกันบ่อย ๆ 3) อารมณ์ผิดปกติ เช่น หงุดหงิดบ่อยขึ้น ซึมเศร้า เศร้า เครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิม 4) มีพฤติกรรมเปลี่ยน เช่น เคยร่าเริงแจ่มใสก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่พูดไม่จา บางคนก็หันไปพึ่งเหล้า บุหรี่ หรือบางคนทีพุดน้อยก็กลายเป็นคนพุดมาก และ 5) มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น บ่นปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่ม ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ เป็นต้น ซึ่งเป็นอาการที่เป็นผลมาจากจิตใจที่มีความเครียด วิตกกังวล ซึ่งพบได้บ่อยแต่ประชาชนมักไม่รู้ตัว และจะไปพบแพทย์บ่อย ๆ แต่หาสาเหตุความผิดปกติไม่เจอ กินยาแล้วไม่ดีขึ้น ไม่หาย หากพบผู้สูงอายุมีอาการดังกล่าว ควรรีบพูดคุย หากยังไม่ดีขึ้นขอให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน

นโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยส่งเสริมการสร้างสุข 5 มิติ ในชมรมผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคเรื้อรัง ดิดบ้าน ดิดเตียง และอยู่โดดเดี่ยว ซึ่งเน้นให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ รวมถึงพัฒนาโปรแกรมการสร้างพลังใจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ผ่านการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่เชื่อมโยงถึงชุมชน พัฒนารูปแบบการทำงาน ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของที่มีสุขภาพในชุมชนโดยการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care managers) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregivers) แกนนำผู้สูงอายุ รวมทั้งญาติของผู้สูงอายุ ให้มีความรู้และสามารถสร้างเสริมสุขภาวะทางใจแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลทางด้านสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงการบูรณาการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายอย่างชัดเจน หากไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ มาล่วงหน้าตั้งแต่วัยทอง จะทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนไม่ทันกับสภาวะการณ์ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการว่างงาน สูญเสียอำนาจ การไม่มีรายได้ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ และโรคสมองเสื่อม เป็นต้น จนทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ อีกตามมา

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001b; 2004) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้ว่า มีปัจจัยทั้งทางชีวภาพและทางสังคมที่พบว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตมิใช่ภาวะที่คงที่ตลอดเวลา แต่เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอด สุขภาพจิต เป็นสมรรถภาพของบุคคลที่จะสร้างความสัมพันธ์อย่างราบรื่นกับผู้อื่น ความสามารถในการดำเนินชีวิตหรือการดำรงชีพให้อยู่ได้ในสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงความสามารถที่จะบรรลุความพึงพอใจอย่างสมมูล ที่มีต่อความขัดแย้งอันเกิดจากแรงผลักดันที่มีอยู่ในใจ จากการศึกษาพบว่า ความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) หมายถึง คุณลักษณะ ตัวแปร หรือสิ่งที่เป็นอันตราย เมื่อปรากฏขึ้นจะทำให้บุคคลมีความอ่อนแอ หรือความผิดปกติ ปัจจัยเสี่ยงเป็นสิ่งที่อยู่ทั้งภายในตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวบุคคล
2. ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) หมายถึง ลักษณะหรือสภาพที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในทางที่ดีขึ้น หลังจากบุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือเป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยปกป้องมีอยู่ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เช่น ครอบครัว และชุมชน โดยปัจจัยปกป้องน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

แนวคิดของสุขภาพจิต ประกอบด้วย

1. สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) คือ การที่บุคคลมีการแสดงออกถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งด้านอารมณ์และบุคลิกภาพ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตัวเองสูง (Self esteem) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Sense of mastery) ความสามารถในการประคับประคองชีวิต (Sense of coherence) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เหล่านี้เป็นความสามารถที่จะเผชิญกับความทุกข์ยากลำบาก และหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เมื่อต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่เลวร้าย
2. สุขภาพจิตเชิงลบ (Negative mental health) คือ อาการที่เกิดขึ้น (Symptoms) และปัญหา (Problem) มีเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต (Mental disorder) ที่วินิจฉัยตามกลุ่มอาการ

ส่วน Mental system และ Problem เป็นสิ่งที่ยังคงอยู่ แต่จะไม่เข้ากับเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค เป็นเพียงอาการที่เกิดขึ้นเล็กน้อย มักเป็นความไม่สบายใจภายหลังการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิต

ภาวะสุขภาพจิตสามารถประเมินได้หลายแบบ งานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินดัชนีชีวิตสุขภาพจิตคนไทย สำหรับอายุระหว่าง 15-60 ปี (Thai Mental Health Indicator-15) เนื่องจากข้อคำถามมีความกระชับ ใช้ระยะเวลาในการประเมินน้อย จำนวนข้อเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของบุคคล จากเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็นความรู้สึกของตนเองว่าอยู่ในระดับใดในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสามารถใช้ประเมินตนเองเพื่อทราบถึงภาวะสุขภาพจิต โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของความหมายภาวะสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต

Goldberg (1988) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สามารถจัดการกับอุปสรรคในชีวิตและดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวก แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะมีการแสดงออกด้านความรู้สึกวิตกกังวล ความบกพร่องเชิงสังคม และความคิดว่ามีโรคเจ็บป่วยทางกาย ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ส่งผลให้ไม่สามารถรักษาสมดุลทางจิตใจได้ Goldberg ได้แบ่งลักษณะของสุขภาพจิตออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. อาการเจ็บป่วยทางกาย ส่วนใหญ่เกิดจากอารมณ์และความเครียด โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดศีรษะ หน้ามืด ตรวจร่างกายแล้วไม่พบความผิดปกติ และอาจเป็นการแสดงออกเพื่อเรียกความสนใจจากบุคคลภายนอก โดยชนิดของการปวดศีรษะที่พบ คือ ไมเกรน มีความสัมพันธ์กับจิตใจ มักพบในผู้ที่มีบุคลิกภาพเจ้าระเบียบ พยายามควบคุมทุกอย่างในชีวิตให้ดี ไม่แสดงความโกรธ และอีกชนิด คือ อาการปวดศีรษะในช่วงบ่ายหรือเย็นหลังเลิกงาน ทำให้เครียดและอาจมีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ชอบแข่งขันหรือจริงจังในการทำงาน นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลต่อโรกระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นความผิดปกติทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ

2. ภาวะวิตกกังวลและนอนไม่หลับ เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้จากภาวะเครียด หรือความตื่นตระหนกกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น มักพบในสถานการณ์ตึงเครียด หากอาการที่เกิดขึ้นรบกวนกิจวัตรประจำวันและกระทบอารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก จะถือว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ ส่วนความผิดปกติด้านการนอน ได้แก่ นอนไม่เพียงพอ กลางวันง่วงนอนหรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง การนอน

ไม่หลับเป็นครั้งคราว ไม่เกิน 3 สัปดาห์ การนอนไม่หลับเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ การนอนหลับมากผิดปกติ โดยอาการเริ่มต้นมัก่วงในช่วงกลางวัน กล้ามเนื้ออ่อนแรงกะทันหันจนถึงมีอาการหยุดหายใจอย่างน้อย 10 วินาที เป็นมากกว่า 5 ครั้งต่อชั่วโมง และการนอนหลับช้ากว่าคนทั่วไป เช่น การนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ นอนหลับเวลาตี 3-6 โมงเช้า ดังนั้นการนอนหลับจึงเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพจิตได้อย่างดี เมื่อนอนหลับดี จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพจิตได้

3. ความบกพร่องเชิงสังคม สามารถประเมินปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยสังเกตจากการปรับตัวทางสังคม เนื่องจาก การปรับตัวทางสังคมเป็นการปรับพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ และการรักษาคุณภาพทางกาย ท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมที่เป็นองค์ประกอบของตนเองกับความต้องการของสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและผลักดันให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อจัดการความขัดแย้งนั้น

4. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง เป็นอารมณ์เศร้าที่เกิดจากการขาดความสุข มีระยะเวลาที่เกิดขึ้นไม่เกิน 2 เดือน หากนานเกิน 2 เดือน แสดงว่ามีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง มีอาการเบื่อหน่าย ขาดพลังกายและพลังใจที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขาดความสนใจและความกระตือรือร้น หลงลืมควบคู่กับการเสียสมาธิ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นต้น

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตเป็นลักษณะของอาการต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงระดับภาวะสุขภาพจิตของบุคคล เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อร่างกาย ก่อนให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากจิตใจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมหรือสถานการณ์ในขณะนั้นด้วย ซึ่งลักษณะของสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องเชิงสังคม และอาการซึมเศร้ารุนแรง หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เกิดความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคทางจิตเวชได้

ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลายปัจจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยปกป้องที่คาดว่าจะมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 5 ปัจจัย ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง คุณลักษณะของผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีทักษะการสื่อสารข้อมูล การตัดสินใจ การจัดการตนเองและมีทักษะการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี (กิจปพน ศรีธานี, 2560)

แนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ. 1974 และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย กระทั่งมีการให้คำนิยามโดยองค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 1998 มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกอาเซียน ร่วมมือกันพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ หลังจากนั้น Health literacy ปรากฏในบทความวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของกองสุศึกษาในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2542-พ.ศ. 2552 มีบทความวิจัยและรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adult) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ (Elder) กลุ่มเด็ก (Child) และกลุ่มวัยรุ่น (Adolescent) ตามลำดับ

กิจปพน ศรีธานี (2560) ได้ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพโดยเน้นเรื่องสมรรถนะและทักษะของบุคคล โดยใช้องค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น 3 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหาข้อมูลที่ต้องตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลหลากหลายแหล่งได้ เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
2. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียน ให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้งสามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ
3. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ความฉลาดทางสุขภาพ จำแนกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สามารถประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy skill) อาทิเช่น การอ่านใบยินยอม (Consent form) การอ่านฉลากยา (Medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์พยาบาล เกสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ 2 ความฉลาดทางสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการรู้เท่าทันปัญญา (Cognitive literacy) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ รู้จักเลือกใช้อินเทอร์เน็ตข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ 3 ความฉลาดทางสุขภาพด้านวิจรรณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาหรือสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในเชิงวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นพื้นฐานที่ใช้ในการประเมินความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยใช้หลักพฤติกรรม 3อ2ส ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2556)

1. ๑1 หมายถึง อาหาร มีพฤติกรรมกินอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โดยให้ได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ทั้งคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ รวมไปถึงน้ำในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ที่จะให้สารอาหารโปรตีนเป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุ ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตโดยการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ กระดูก ฮอร์โมน เอนไซม์ และใช้เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ

อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน และน้ำตาล ซึ่งให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน แต่ถ้ารับประทานอาหารหมู่นี้ในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย สารอาหารคาร์โบไฮเดรตจะถูกเปลี่ยนไปอยู่ในรูปไขมัน และสะสมในร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักต่าง ๆ เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง ถั่วฝักยาว แตงกวา ฟักทอง กะหล่ำปลี เป็นต้น สามารถรับประทานได้มาก เพราะผักเป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกวิตามิน และแร่ธาตุ ช่วยให้ร่างกายปรับสมดุล ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ตามปกติ

อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ เช่น มะละกอ กล้วย ส้ม มะม่วง สับปะรด ฝรั่ง เป็นต้น เป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกวิตามินและแร่ธาตุ ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดี เนื่องจากอุดมไปด้วยเส้นใยอาหาร และช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย

อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันต่าง ๆ ทั้งจากสัตว์และพืช ซึ่งให้สารอาหารไขมัน มีหน้าที่หลักในการให้พลังงาน และกรดไขมัน แต่ถ้ากินอาหารประเภทนี้มากเกินไปจะถูกสะสมในรูปไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทำให้เกิดโรคอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ มี 2 ประเภท คือ อ้วนลงพุง และอ้วนทั้งตัว หรือบางคนเป็นทั้ง 2 ประเภทร่วมกัน อาจมีโรคแทรกซ้อนจากการที่มีน้ำหนักตัวมาก ได้แก่ โรคไขข้อ ปวดข้อ ข้อเสื่อม ปวดหลัง ระบบหายใจทำงานติดขัด เป็นต้น โดยสามารถวินิจฉัยโรคอ้วนด้วยค่าดัชนีมวลกาย และการวัดเส้นรอบเอว ซึ่งนอกจากโรคอ้วนแล้ว การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุให้มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดแดงมีขนาดแคบเล็กลง จากการที่ไขมันมาเกาะตามผนัง ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ช้าและน้อยลง ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้นเพื่อที่จะได้มีเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ ภาวะเริ่มต้นอาจดูแลทางการแพทย์โดยไม่ใช้ยา คือ การจัดการด้านโภชนาการในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคแทรกซ้อนอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง โรคไต โรคหลอดเลือดหัวใจผิดปกติ เป็นต้น

2. 02 หมายถึง ออกกำลังกาย มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 5 วัน และในแต่ละวันออกกำลังกายต่อเนื่อง อย่างน้อยวันละ 30 นาที การออกกำลังกายที่สมบูรณ์แบบ คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ได้แก่ ว่ายน้ำ วิ่ง ปั่นจักรยาน เดินเร็ว กระโดดเชือก เต้นแอโรบิค และโยคะ เป็นต้น จะทำให้ปอดและหัวใจ หลอดเลือด ตลอดจนระบบไหลเวียนทั่วร่างกายแข็งแรง ทนทาน และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือ 1) การอบอุ่นร่างกาย 2) การออกกำลังกาย

และ 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยสามารถทดสอบความเพียงพอในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ได้โดยจับชีพจร เพื่อดูอัตราการเต้นของหัวใจทันทีที่หยุดออกกำลังกาย

3. อ3 หมายถึง อารมณ์ มีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่าง ปกติสุข และสามารถแสดงบทบาทในการเป็นแกนนำอารมณ์หรือความรู้สึก ความเป็นไปแห่ง จิตใจในขณะหรือช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมาก ถ้าอารมณ์เสีย ชุนมัว ก็จะ สันนิษฐานการเกิดสุขภาพที่ทรุดโทรม แต่ถ้าอารมณ์ดี แจ่มใส ก็จะทำให้สุขภาพสมบูรณ์ เพื่อให้ เสริมสร้างภาวะอารมณ์ที่ดี

4. ส1 หมายถึง สุขบุหรี มีพฤติกรรมไม่เสพติดบุหรี เป็นบุคคลตัวอย่างของผู้ไม่สุขบุหรี เพราะในควันบุหรีมีสารพิษอยู่มากมาย ได้แก่ สารนิโคติน เมื่อคมควันบุหรีเข้าไปแล้วสารตัวนี้จะมี ฤทธิ์กระตุ้นให้ประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) หลั่งฮอร์โมนอดรีนาลิน (Adrenaline) มีผลให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และระดับความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีสารทาร์ ทำให้ระคายเคืองปอด ถุงลมในปอดขยายขึ้น สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยลง สารไนโตรเจนไดออกไซด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม ทำให้ถุงลม โป่งพอง และสารไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทำลายเยื่อหุ้มหลอดลมชนิดมีขน ทำให้มีสิ่งแปลกปลอมเข้าไป ทำลายหลอดลมได้ง่าย ซึ่งสารเหล่านี้เป็นอันตรายต่อผู้สุขบุหรีและผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สุขบุหรี

5. ส2 หมายถึง สุรา มีพฤติกรรมไม่ดื่มสุรา และเป็นแบบอย่างในการไม่ดื่มสุราหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเมื่อดื่มเข้าไปจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดไปยังประสาทส่วนกลาง ถ้า ดื่มติดต่อกันทุกวันจะทำให้ติดสุรา และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคตับแข็ง โรคพิษ สุราเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคตับอักเสบ โรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้มีพฤติกรรม ก้าวร้าว ทะเลาะวิวาท เกิดปัญหาครอบครัว เพราะบังคับตัวเองไม่ได้ ทำให้สติปัญญาและความ สามารถลดลง การทำงานบกพร่องผิดพลาดได้ง่าย ทำให้สิ้นเปลืองเงินทองในการซื้อสุรา รวมถึง การเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น พลัดตกหกล้ม รอดชนกัน เป็นต้น

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางของ กิจปพน ศรีธานี (2560) พบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ($r = .305, p < .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับสูง จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าการมีความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ และจากงานวิจัยที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุ ของ Michael, Julie, and David (2005) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170, p < .001$)

2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perceived self-care efficacy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการแสดงออกของบุคคลที่จำเป็นในการตัดสินใจในการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นและกระทำอย่างมีเหตุผลของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการดูแลปรับปรุง และพัฒนา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Orem, 2001)

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ประกอบด้วย

1. ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจงใจ (Deliberate action) ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อดูแลตนเองเท่านั้น ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เกิดจากปัจจัยและคุณสมบัติในด้านความสามารถที่แตกต่างกัน ประกอบกับปัจจัยทางชีวภาพด้านกรรมพันธุ์ และสภาพร่างกาย รวมถึงสภาวะการณ์ สังคมและองค์กร วัฒนธรรม และประสบการณ์ในชีวิต โดยคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองจะต้องประกอบไปด้วย ความสามารถของประสาทรับสัมผัส คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ร่วมกับความสามารถที่จะเรียนรู้ รับรู้ จดจำ และนำความรู้ไปลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถและทักษะในการควบคุมอารมณ์ มีความตั้งใจในการกำหนดเป้าหมายต่อตนเอง มีความสนใจ ห่วงใยตนเอง เกิดการตระหนักรู้ในตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า ได้รับการยอมรับในความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายและรับรู้ความต้องการของตนเอง

2. พลังความสามารถ (Power components) เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจงเพื่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถในการดำรงและปฏิบัติดูแลตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง เอาใจใส่ต่อภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก ความสามารถในการควบคุมพลังงานของร่างกาย ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำเป็น ความสามารถในการใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง คือ การมีเป้าหมายเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะ สถิติปัญญา ในการคิด การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ สามารถจดจำและนำความรู้ที่นำมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง จนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้

3.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมินสถานการณ์ รวมถึงองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม สำหรับนำไปใช้ดูแลตนเองรวมถึงการประเมินผลที่จะได้รับ

3.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะเริ่มลดลงตามความเสื่อมถอยของร่างกาย และการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะในร่างกาย การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง Orem (2001) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้หรือไม่ นั้น เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม รวมถึงการดำเนินชีวิตของแต่ละกลุ่มชน การดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้านที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ที่เป็นการแสดงออกของบุคคลที่จำเป็นในการตัดสินใจในการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเอง สภาวะทางจิตใจ การรับรู้ และอายุ มีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ ผู้สูงอายุย่อมทำกิจกรรมที่กระทำอย่างมีเหตุผลตามวุฒิภาวะในการดูแล ปรับปรุง พัฒนา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ถึงแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะทำให้มีความเข้มแข็งอดทนทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ในอนาคตได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ และน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ จากงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพของชีวิตและปัจจัยสนับสนุนของผู้สูงอายุในชุมชนที่พักอาศัยในเชียงใหม่ ประเทศจีน ของ Shou et al. (2018) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .625, p < .05$)

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การมีความหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในเชิงบวก มุ่งมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก และพยายามทำทุกอย่าง ให้เป็นเรื่องง่าย แม้ว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคหรือความผิดพลาดก็ยังสามารถทำให้ตนเอง รู้สึกผ่อนคลายและมีความพยายามที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของ Scheier and Craver (1992) อธิบายว่า เป็นการที่ บุคคลมีความคาดหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในเชิงบวกและเชื่อว่าอยู่ภายใต้การควบคุมด้วย ตนเอง กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าเป้าหมาย นั้นเป็นสิ่งที่ตนปรารถนาและเป็นผู้กำหนดด้วยตนเอง บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายนั้น โดยมีความสามารถที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคและมีความพยายามที่จะ ไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งต่างจากบุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย ที่มักจะคาดหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในเชิง ลบ ทำให้บุคคลขาดความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ดังนั้นเมื่อต้อง เผชิญกับอุปสรรคหรือความท้าทายต่าง ๆ บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมีความอดทนและสามารถ จัดการกับปัญหาเพื่อไปสู่ความสำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่มองโลกในแง่ร้าย จะมีความลังเลสงสัย จนทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ โดยการวัดการมองโลกแง่ดีจะมุ่งถามถึงเหตุการณ์ ที่บุคคลคาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นไปในเชิงบวกหรือลบ

การวัดการมองโลกในแง่ดี จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวและดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นคุณลักษณะหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมุ่งมองทางบวก เชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต จึงดำเนินชีวิตอย่างมีความคาดหวัง และเชื่อมั่นว่าทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้ สามารถ ปรับตัวตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม (Scheier & Carver, 1992) ซึ่งน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการมองโลกในแง่ดีจะทำให้มีมุมมอง ต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทางบวก มีแนวทางการแก้ปัญหา และมีความ คาดหวังในสิ่งที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ร้าย จากการศึกษาการมีอารมณ์ขันเป็นปัจจัย ปกป้องต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของ Menendez et al. (2020) พบว่า อารมณ์ขัน และการมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$) โดยผู้ที่มีอารมณ์ขันและการมองโลกในแง่ดี สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลได้

4. ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious commitment and practice) หมายถึง ความเชื่อ ความคิดของผู้สูงอายุในการนำหลักศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็น หลักในการดำเนินชีวิต โดยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลัก

ความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ เนื่องจากทุกศาสนาต่างมีหลักคำสอนเพื่อขัดเกลาจิตใจ ให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถใช้ชีวิตอย่างมีสติและมีคุณค่า มีความเข้าใจโลกความเป็นจริง ศาสนาเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยที่หลักทางศาสนาจะมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตของบุคคลที่นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวางได้ นับเป็นการพัฒนาจิตใจโดยส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้ยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ เพราะหลักคำสอนของทุกศาสนาช่วยให้จิตใจสงบ คลายความเครียด แม้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละศาสนาจะมีหลักธรรมคำสอนแตกต่างกัน เพื่อให้ผู้ประพฤติปฏิบัติไปสู่จุดหมายสูงสุดของศาสนา แต่คนไทยส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ และมีคนไทยบางส่วนที่นับถือศาสนาแตกต่างกันออกไป ซึ่งทำให้ทุกคนสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุขเพราะทุกศาสนามีหลักคำสอนที่สอดคล้องกัน คือ สอนให้ทุกคนทำความดี มีความรักและเมตตาต่อกัน ดังนี้ (กระทรวงวัฒนธรรม, 2555)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธ สามารถปฏิบัติได้โดยยึดหลักโอวาทปาฏิโมกข์ ซึ่งเป็นหลักคำสอนสำคัญที่เป็นหัวใจของพระพุทธศาสนาที่พระพุทธองค์ได้ประทานแก่ ที่ประชุมพระภิกษุสงฆ์ 1,250 รูปในวันมาฆบูชา เพื่อวางจุดหมาย หลักการ และวิธีการในการเข้าถึงพระพุทธศาสนาแก่พุทธบริษัททั้งหลาย โอวาทปาฏิโมกข์ เป็นหลักคำสอนเพื่อเข้าถึงจุดหมายของพระพุทธศาสนาโดยย่อ ได้แก่ การไม่ทำบาปทั้งปวง ไม่ว่าจะด้วยกาย วาจาและใจ การทำกุศลให้ถึงพร้อม ได้แก่ การทำความดีทุกอย่าง และการทำจิตใจให้ผ่องใส ด้วยการละบาปทั้งปวง ถ้อยศีลและบำเพ็ญกุศลให้ถึงพร้อมด้วยการปฏิบัติสมณะ และวิปัสสนา ซึ่งการปฏิบัติตามหลักธรรมโอวาทปาฏิโมกข์ มีความเกี่ยวข้องกับหลักธรรม บุญกิริยาวัตถุ 3 ได้แก่ ทาน ศีล ภาวนา ซึ่งที่ตั้งแห่งการทำความดีที่จะนำไปสู่ความสุข 3 ประการ ดังนี้

1. การทำบุญด้วยการให้ ทาน หมายถึง การให้โดยไม่หวังผลตอบแทน มี 3 ประการ ได้แก่ อามิสทาน การให้วัตถุสิ่งของแก่คนที่ควรให้ ธรรมทาน คือการให้ธรรม คำแนะนำสั่งสอน ให้รู้บาปบุญ คุณโทษ อภัยทาน คือ การให้อภัย การให้ความปลอดภัย การไม่เอาโทษ และการลดโทษ
2. การทำบุญด้วยการรักษาศีล หมายถึง การประพฤติแต่สิ่งที่ดีงาม การรักษาศีล 5 อัน ได้แก่ 1) การงดเว้นจากการฆ่าสัตว์ ความประพฤติหรือการดำเนินชีวิตของตนโดยไม่เบียดเบียนชีวิตร่างกายของผู้อื่นหรือสัตว์อื่น แต่เป็นผู้ที่มีใจประกอบด้วยความเมตตา กรุณา มีความรัก ความหวังดีต่อกันเป็นพื้นฐาน 2) การงดเว้นจากการถือเอาสิ่งของที่เจ้าของมิได้ให้ มีการดำเนินชีวิตของตนโดยไม่เบียดเบียนทรัพย์สินและไม่ละเมิดกรรมสิทธิ์ของผู้อื่นด้วยการลักขโมย เป็นต้น แต่

เป็นการดำเนินชีวิตโดยสุจริตยุติธรรม หาเลี้ยงชีพโดยชอบ 3) การงดเว้นจากการประพฤติผิดในกาม ซึ่งเป็นความประพฤติหรือการดำเนินชีวิตของตนโดยไม่เบียดเบียนผู้อื่นในทางคู่ครอง ไม่ละเมิดสิทธิ์ในบุคคลผู้เป็นที่รักของผู้อื่น รวมทั้งไม่ผิดประเวณีทางเพศ มีใจมั่นคงไม่ประพฤตินอกใจคู่ครองของตนเอง 4) งดการพูดเท็จ มีการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการเบียดเบียนผู้อื่นด้วยวาจาที่เป็นเท็จหลอกลวง มีสัจจะ พูดแต่คำที่มีประโยชน์ สมานฉันท์สามัคคี เป็นต้น และ 5) งดเว้นจากของมีนเมา อันเป็นที่ตั้งแห่งความประมาท มีการดำเนินชีวิตที่ปราศจากการเบียดเบียนตนเองด้วยการดื่ม การสูบ การฉีด สิ่งที่เป็นพิษให้โทษแก่ร่างกาย อันเป็นเหตุให้เกิดความมัวเมา เสียดสีสัมปชัญญะ

3. การทำบุญด้วยการภาวนา หมายถึง การฝึกฝนจิตใจให้สงบเยือกเย็น เพื่อเป็นพื้นฐานให้เกิดปัญญา รู้แจ้งในสังขารธรรมการภาวนามี 2 ชนิด คือ สมถภาวนา การฝึกอบรมจิตใจเกิดความสงบ และวิปัสสนาภาวนา การศึกษาอบรมปัญญาให้เกิดความรู้แจ้ง

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาคริสต์ สามารถปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอน ได้ดังนี้

1. หลักความรัก ศาสนาคริสต์สอนให้ทุกคนมีความรัก คือปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข มีความเมตตากรุณา ให้อภัยซึ่งกันและกัน และยินดีเมื่อเห็นผู้อื่นได้ดี

2. หลักตรีเอกานุภาพ หมายถึง พระเจ้าองค์เดียว แต่มี 3 พระบุคคล ได้แก่ พระบิดา คือ ผู้สร้างโลกและให้กำเนิดแก่ทุกชีวิต พระบุตร คือ เกิดมาเพื่อไถ่บาปให้แก่มวลมนุษย์ และพระจิต คือ วิญญาณอันบริสุทธิ์เพื่อมอบความรักและช่วยให้มนุษย์ประพฤติดี

3. บัญญัติ 10 ประการ ได้แก่ จงนมัสการพระเจ้าแต่เพียงพระองค์เดียว อย่าออกพระนามพระเจ้าโดยไม่มีเหตุผล จงถือวันพระเจ้าเป็นวันศักดิ์สิทธิ์ จงนับถือบิดา มารดา จงอย่าฆ่าคน อย่าผิดประเวณี อย่าลักทรัพย์ อย่านินทาว่าร้ายผู้อื่น อย่าคิดมิชอบ และอย่ามีความโลภในสิ่งของผู้อื่น

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม สามารถปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอน ได้ดังนี้

1. หลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ การปฏิญาณตนเป็นประกาศที่ยอมรับด้วยความศรัทธา และความบริสุทธิ์ใจว่า พระอัลเลาะห์ เป็นพระเจ้าสูงสุดเพียงพระองค์เดียวเท่านั้น

2. การละหมาด เป็นการนมัสการพระเจ้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้เป็นมุสลิมจะต้องละหมาดวันละ 5 เวลา คือ ย่ำรุ่ง กลางวัน เย็น พบค่ำ และกลางคืน ก่อนที่จะละหมาดจะต้องชำระร่างกายให้สะอาดและสำรวมจิตใจให้สงบ เนื่องจากการละหมาดเป็นพื้นฐานของศาสนาอิสลามที่จะช่วยสกัดกั้นความคิดและการกระทำที่ไม่ดีงามต่าง ๆ อย่างเป็นระบบต่อเนื่องในรอบวัน ทำให้คนที่ละหมาดไม่กล้าทำสิ่งที่ขัดกับศีลธรรม จรรยา

3. การบริจาคซะกาต เป็นการบริจาคทรัพย์หรือให้ทานแก่คนที่เหมาะสมตามที่ศาสนา กำหนด เช่น เด็กกำพร้า คนที่ขัดสน ถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องสละทรัพย์ของตนเพื่อแบ่งปันให้แก่ผู้อื่น เป็นการขัดเกลาคใจให้สะอาด ลดความเห็นแก่ตัว และเป็นการลดช่องว่างในสังคม

การวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุมีความสงบทางจิตใจ มีสมาธิ มีจิตใจที่เบิกบาน และเป็นวิธีในการจัดปัญหา ความไม่สบายใจ เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม เช่น การปลดเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องหยุดทำงานที่เคยทำอยู่ประจำ ซึ่งการปลดเกษียณอายุการทำงานมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียในหลายด้าน เช่น สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียการคบค้าสมาคมเพื่อนฝูง สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้มีเวลามาก ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพราะศาสนาเป็นเรื่องของจิตใจ เป็นเรื่องของศีลธรรม คุณธรรม และจริยธรรม เป็นพื้นฐานที่อิงมาให้กับสังคมไทยมาโดยตลอด ดังนั้น ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา เป็นเรื่องที่พึงปฏิบัติและไม่ใช่ว่าเรื่องไกลตัว (สำนักงานพระพุทธศาสนา, 2552) ดังนั้นความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้ที่มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา มาก จะสามารถก้าวข้ามปัญหาและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ความซึมเศร้าและปัญหาทางด้านอารมณ์ ได้ดีกว่าผู้ที่มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา น้อย จากการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตใน ผู้หญิงวัยกลางคน ของ King, Cummings, and Whetstone (2005) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.123, p < .05$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นปัจจัยที่น่าจะมีผลทางบวกในการช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

5. การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว (Family) เพื่อน (Friends) และคนสำคัญอื่น ๆ ในสังคม (Significant others) ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของบริการ ช่วยให้ผู้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า (Esteem support) ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Zimet et al., 1988) ซึ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นการกระทำที่สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือกัน คอยสนับสนุนจุนเจือกัน มีความผูกพันกัน คอยดูแลเอาใจใส่ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจและให้การยอมรับ โดยปราศจากเงื่อนไข

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนซึ่งได้จากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญที่จะค้นคว้าหาความต้องการและความสามารถที่จะติดต่อ ชักจูงบุคคลได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลประสบความสำเร็จ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

การสนับสนุนทางสังคมจากคนสำคัญอื่น ๆ เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัว และเพื่อน เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ผู้นำชุมชน ครู อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจ ปลอบโยน การได้รับการยอมรับ การเคารพยกย่อง และการชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม เห็นด้วยกับความนึกคิด เคารพในศักดิ์ศรี ให้เกียรติ ทำให้รู้สึกว่าคุณมีประโยชน์ มีความสามารถ (Esteem support) และทำให้มีความรู้สึกปลอดภัยและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเดียวดาย (Loneliness) รู้สึกชีวิตไร้ค่า (Meaningless in life)

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของจำเป็นได้ เงินทองและการบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลคำแนะนำด้านข่าวสาร แนวทาง ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์กับบุคคล (Informational support) สามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตนและการได้รับการสนับสนุนทางด้านเครือข่าย รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Social integration or network support) ถ้าขาดการสนับสนุนด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แบบวัด Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใด ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ๆ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (MSPSS) ได้ถูกนำมาใช้หลากหลายและมีคุณสมบัติในการวัดที่ดี รวมทั้งได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนที่ถูกละเลยจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน อันจะทำให้เข้าใจถึงระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งผลของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติที่ส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต เนื่องจากการศึกษาของ Harada et al. (2018) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุน

ทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นจำนวน 1,592 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .331, p < .05$)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2001a) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้ว่า ภาวะสุขภาพจิต สามารถมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยแนวคิดของสุขภาพจิต ประกอบด้วย สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive mental health) และสุขภาพจิตเชิงลบ (Negative mental health) โดยลักษณะของสุขภาพจิต สามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่มอาการ ได้แก่ อาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ความบกพร่องเชิงสังคม และอาการซึมเศร้ารุนแรง จากการทบทวนวรรณกรรม พบตัวแปรที่ความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ล้วนเป็นปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่ส่งผลทางบวกหรือทางที่ดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในเขตเทศบาล ของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 42,651 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่พักอาศัยและขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวน 115 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. สามารถได้ยิน และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
3. ไม่มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อมจากการวินิจฉัยของแพทย์
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยทำนาย ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยมี จำนวนตัวแปรทำนาย (Predictors) = 5 ตัวแปร ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 และ ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = .13 (Polit & Beck, 2017) และอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน (ภาวิดา พันอินากุล, 2561) จากการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 105 คน เพื่อ

ป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) จำนวน 10 คน ดังนั้นในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 115 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตำบลทั้งหมดที่อยู่ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา โดยพบว่ามิตำบลทั้งหมด 14 ตำบล ได้แก่ ตำบลในเมือง ตำบลโพธิ์กลาง ตำบลหัวทะเล ตำบลหนองไผ่ล้อม ตำบลบ้านใหม่ ตำบลสุรนารี ตำบลโคกกรวด ตำบลโคกสูง ตำบลพุดซา ตำบลปรุใหญ่ ตำบลบ้านโพธิ์ ตำบลไชยมงคล ตำบลหนองไข่น้ำ ตำบลตลาด

2. การสุ่มเลือกตำบลเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มชุมชนในเขตเทศบาล โดยนำรายชื่อตำบล จำนวน 14 ตำบล จัดใส่กล่อง จากนั้นสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) มาจำนวน 3 ตำบล เพื่อเป็นตัวแทนตำบลในเขตเทศบาล ได้แก่ ตำบลตลาด ตำบลปรุใหญ่ และตำบลบ้านโพธิ์

3. การสุ่มเลือกหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละตำบล มีขั้นตอนดังนี้

3.1 นำรายชื่อหมู่บ้านทั้งหมดที่อยู่ในตำบลตลาด ตำบลปรุใหญ่ และตำบลบ้านโพธิ์ มาจัดใส่กล่องเพื่อสุ่มหมู่บ้าน

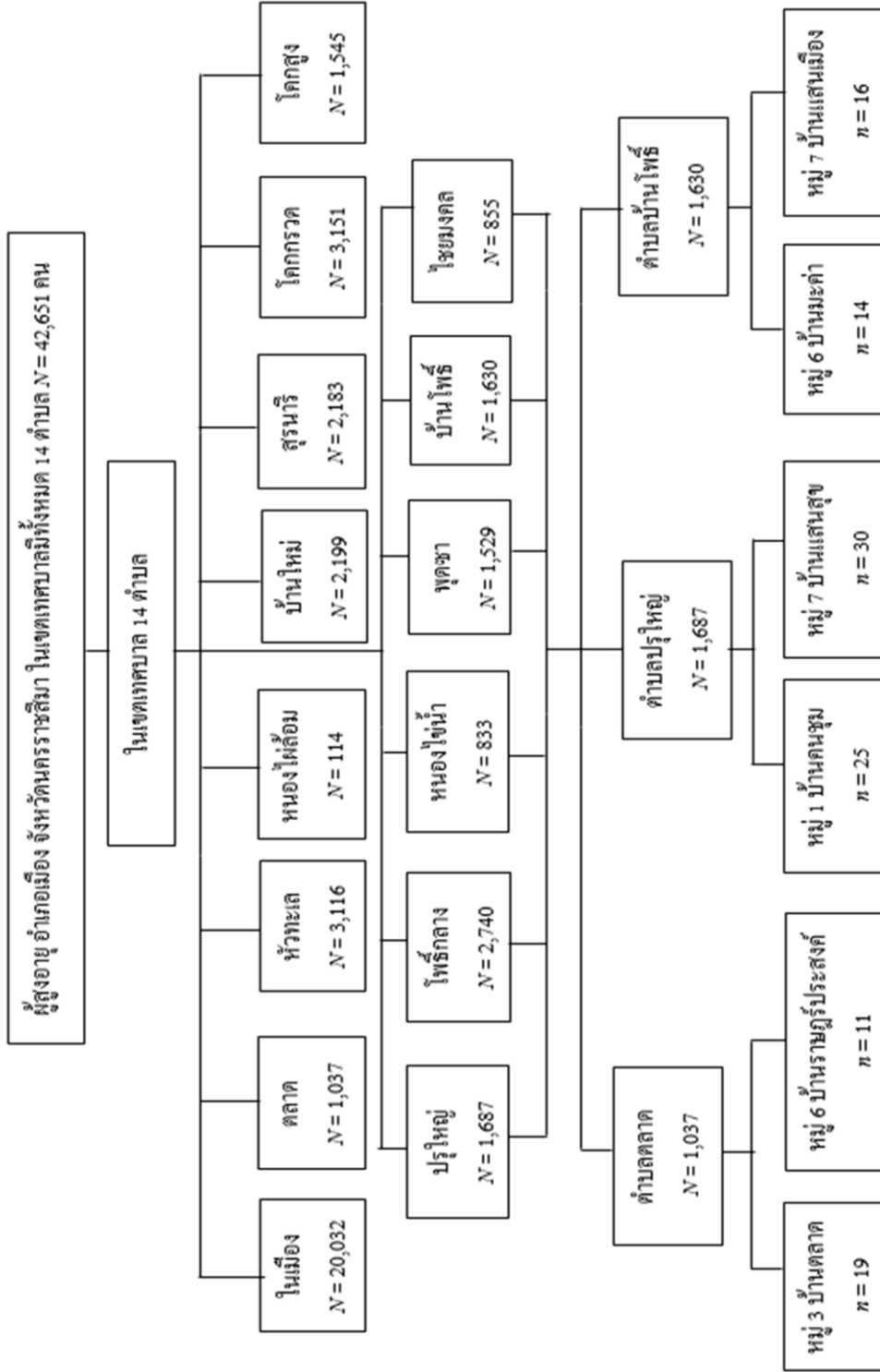
3.2 สุ่มหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) โดยแต่ละตำบล ผู้วิจัย จะทำการสุ่มมา 2 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 6 หมู่บ้าน ดังนี้ ตำบลตลาด ได้แก่ หมู่บ้านตลาด หมู่บ้านราษฎร์ประสงค์ ตำบลปรุใหญ่ ได้แก่ หมู่บ้านคนชุม หมู่บ้านแสนสุข และตำบลบ้านโพธิ์ ได้แก่ หมู่บ้านมะค่า และหมู่บ้านแสนเมือง

4. เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านไม่เท่ากัน จึงคำนวณสัดส่วนตามขนาดของประชากร เพื่อให้ได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	ชื่อหมู่บ้าน	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ตลาด	บ้านตลาด	202	19
ปรุใหญ่	บ้านราษฎร์ประสงค์	115	11
	บ้านคนชุม	271	25
	บ้านแสนสุข	324	30
บ้านโพธิ์	บ้านมะค่า	151	14
	หมู่บ้านแสนเมือง	171	16
รวม		1,234	115

จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ตามจำนวนสัดส่วนที่ได้ และทำการคัดกรองผู้สูงอายุว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ หากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมามีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการสุ่มใหม่ พร้อมกับคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพิ่มเติมจนได้ผู้สูงอายุครบ 115 คน แล้วจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มตัวอย่างนี้ไว้รายละเอียดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ โดยงานวิจัยนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อใช้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ดัชนีชีวิตสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Indicator-15 (TMHI-15) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2550) และใช้ในงานวิจัย ที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแกนนำชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ของ สุภาวดี ไชยเดชชรร ทศนิษฐ์ ทิพย์สูงเนิน และกชกร แก้วพรม (2558) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดและความรู้สึก ว่าอยู่ระดับใด โดยมีคำตอบ 4 ตัวเลือกเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกตอบมีดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก ในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก ในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก ในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุดหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลผล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, มาก = 3 คะแนน, มากที่สุด = 4 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 5 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่เลย = 4 คะแนน, เล็กน้อย = 3 คะแนน, มาก = 2 คะแนน, มากที่สุด = 1 คะแนน

เมื่อรวบรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดให้ดังนี้

(คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

ค่าคะแนน	การแปลผล
51-60 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่
44-50 คะแนน	หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่เท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่
43 คะแนน หรือน้อยกว่า	หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ต่ำกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ ในกรณีที่มีคะแนนอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จะต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยขอรับบริการการปรึกษาจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้คือ 15-60 คะแนน ผลรวมค่าคะแนนมาก หมายถึง สุขภาพจิตดี และค่าคะแนนน้อย หมายถึง สุขภาพจิตไม่ดี

3. แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ ของ กิจปพน ศรีธานี (2560) ที่พัฒนามาจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health literacy) และสถานการณ์ดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทย เพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี (2556) และจากแบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) มุ่งถามถึงพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ซึ่ง 3อ หมายถึง อาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และ 2ส หมายถึง สุขบุหรืและดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนควรดูแลให้เหมาะสม 5 ประการ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การงดสูบบุหรื และการงดดื่มสุรา แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และได้ นำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง ของ กิจปพน ศรีธานี (2560) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้เกณฑ์การ

จำแนกระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแต่ละข้อให้คะแนน 0-4 คะแนน ดังนั้นในแต่ละด้าน รวมคะแนนเท่ากับด้านละ 20 คะแนน จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
0 หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติ
1 หมายถึง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง
2 หมายถึง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
3 หมายถึง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
4 หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้ง

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ผลรวมค่าคะแนนมาก หมายถึง ความฉลาดทางสุขภาพสูง และค่าคะแนนน้อย หมายถึง ความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Perceived self-care efficacy) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ วารี กังใจ (2540) ที่แปลและเรียบเรียงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่พัฒนาโดย Evers et al. (1986) ผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .84 และได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ของ ภพธรรม วิชาดี (2560) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งสิ้น 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกตอบมีดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
5 หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด
4 หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุมากพอสมควร
3 หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุปานกลาง
2 หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเล็กน้อย
1 หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุเลย

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 23-120 คะแนน ผลรวมค่าคะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในสูง และค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ

5. แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี (Optimism) แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ จารูวรรณ ยอดระฆัง (2554) ที่พัฒนาแบบสอบถาม The Life Orientation Test (LOT) ของ Scheier et al. (1994) ที่มุ่งถามถึงความคาดหวังที่มีต่อเหตุการณ์ที่บุคคลคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นไปในเชิงบวกหรือลบ ซึ่งเป็นการวัดความคาดหวังโดยตรงและไม่ซับซ้อน โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 และได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ของ วรรตถันนัท ชุษณะ โชติ (2561) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10 และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7 และ 9 โดย Scheier et al. (1994) มีรายละเอียดการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบดังต่อไปนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0	4
ท่านไม่เห็นด้วยต่อข้อคำถามดังกล่าว	1	3
ท่านไม่แน่ใจต่อข้อคำถามดังกล่าว	2	2
ท่านเห็นด้วยต่อข้อคำถามดังกล่าว	3	1
ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อข้อคำถามดังกล่าว	4	0

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ผลรวมค่าคะแนนมาก หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีมาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีการมองโลกในแง่ดีน้อย

6. แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา (Religious commitment and practice) แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ วรรตถันนัท ชุษณะ โชติ (2561) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทการศึกษาของ เลอลักษณะ มหิพันธุ์ (2560) ที่ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา การนำหลักศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา หรือการนำหลักคำสอนของศาสนามาใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต แบบสัมภาษณ์มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และได้มีการนำแบบวัดนี้ไปใช้เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ของ วรรตถันนัท ชุษณะ โชติ (2561) ได้ค่า

ความเชื่อมั่นเท่ากับ .98 แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา มีคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
1	หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง ไม่เห็นด้วย
3	หมายถึง ไม่แน่ใจ
4	หมายถึง เห็นด้วย
5	หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ผลรวมค่าคะแนนมาก หมายถึง มีความยึดมั่น และการปฏิบัติตามหลักศาสนา มาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา น้อย

7. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้นำมาจากการศึกษาของ ยศยง จันทรวงศา (2558) ที่แปลและเรียบเรียงจากแบบวัด Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support ที่พัฒนาโดย Zimet et al. (1988) ใช้วัดความเข้าใจ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 มิติ คือ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 34 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .94 และได้มีการนำแบบสัมภาษณ์นี้ไปใช้เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน ของ ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ (2559) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 แบบวัดนี้มีจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลผล
1	หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด
2	หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
3	หมายถึง ไม่เห็นด้วย
4	หมายถึง เฉย ๆ
5	หมายถึง เห็นด้วย
6	หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก
7	หมายถึง เห็นด้วยอย่างมากที่สุด

การแปลผล โดยการรวมคะแนนทุกข้อ คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และค่าคะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้มาตรฐาน ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และได้มีการนำแบบวัดเหล่านี้ไปใช้ในงานวิจัยกับผู้สูงอายุไทยมาก่อนแล้ว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการตัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในงานวิจัยนี้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทุกฉบับไปดำเนินการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยได้นำมาทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ในเขตศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) โดยค่าที่ยอมรับได้ในงานวิจัยนี้คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎ, 2553) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เท่ากับ .88, .90, .94, .75, .88 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาจริยธรรม และได้รับการอนุมัติแล้ว รหัสจริยธรรม G-HS 036/2563 ภายหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรม ผู้วิจัยนำหนังสือ

ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเพื่อดำเนินการวิจัย จากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในการพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียด ในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจและชัดเจน มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผลของการศึกษานี้จะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและเพื่อดำเนินการวิจัย ลงนามโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุที่อาศัยและขึ้นทะเบียนในตำบลตลาด ตำบลปรุใหญ่ และตำบลบ้านโพธิ์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านนี้ โดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม

ข้อมูล รายละเอียดของแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยนี้ วิธีการจัดบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจตรงกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาเป็นตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับให้ผู้วิจัยดู เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนการใช้อย่างจริงจังในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อย่างเรียบร้อยก่อนเริ่มทำแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุล่วงหน้า ในการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุ สถานที่นัดเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หรือสถานที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามความเหมาะสม

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามใด ผู้วิจัยจะอธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ

2.5 เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ออกไปประมวลและวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ และนำมาเรียบเรียงเป็นงานวิจัยฉบับนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลที่นำไปสู่ผลลัพธ์ของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิต จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติ ตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis) ระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ .05 โดยตัวแปรต้น และตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดระดับ Interval มีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality) เป็นอิสระต่อกัน และไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 ข้อมูลไม่มี Outliers, Linear relationship ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยตัวแปรต้นทุกตัวมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ระหว่างกันไม่เกินกว่า .85 (Kellar & Kelvin, 2013) ในงานวิจัยนี้กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 115 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ผลการศึกษาได้นำเสนอในรูปแบบบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส สถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานะในการทำงาน รายได้จากการทำงาน ที่มาของรายได้ในการดำรงชีพ ฐานะการเงิน และโรคประจำตัว ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 115$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	20.00
หญิง	92	80.00

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	58	50.40
70-79 ปี	37	32.20
80 ปีขึ้นไป	20	17.40
(Min = 60., Max = 92., M = 71.00., SD = 7.95)		
ศาสนา		
พุทธ	113	98.26
คริสต์	2	1.74
สถานภาพสมรส		
สมรส	53	46.10
หม้าย	44	38.30
โสด	11	9.60
แยกกันอยู่	2	1.70
หย่า	5	4.30
สถานภาพการอยู่อาศัย		
อยู่กับบุตร หลาน	91	79.10
อยู่กับคู่สมรส	19	16.50
อยู่ตามลำพัง	3	2.60
อยู่กับญาติ	2	1.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	70	60.90
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	14	12.20
ต่ำกว่าประถมศึกษา แต่อ่านออก	13	11.30
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	6	5.20
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	4.30
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	4	3.50
ต่ำกว่าประถมศึกษาและอ่านไม่ออก	2	1.70

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.90
สถานะในการทำงาน		
ไม่ได้ทำงาน	95	82.60
เกษตรกร	9	7.80
ค้าขาย	8	7.00
รับจ้าง	3	2.60
รายได้จากการทำงาน (เฉพาะผู้สูงอายุที่ยังทำงานอยู่)		
3,500-5,000 บาท	7	6.10
5,001-7,000 บาท	9	7.80
7,001-10,000 บาท	3	2.60
มากกว่า 10,000 บาท	1	0.90
(Min = 3,500, Max = 34,000, M = 7,455.00, SD = 6,444)		
ที่มาของรายได้ในการดำรงชีพ (เฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน)		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	53	46.10
รับการสนับสนุนจาก บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง	15	13.00
เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง	14	12.20
เงินสะสม เงินออม	8	6.90
เงินบำเหน็จบำนาญของคู่สมรส	5	4.40
ฐานะการเงิน		
พอใช้ แต่ไม่มีเก็บ	79	68.70
ไม่พอใช้ เป็นหนี้สิน	19	16.50
พอใช้และมีเหลือเก็บ	17	14.80
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	38	33.00
มีโรคประจำตัว	77	67.00
โรคความดันโลหิตสูง	46	40.00
โรคเบาหวาน	8	6.90

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคไขมันในเลือดสูง	5	4.30
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	11	9.50
โรคเกาต์	1	0.90
โรคหัวใจ	1	0.90
โรคภูมิแพ้	1	0.90
โรคมะเร็งเต้านม	1	0.90
โรคมะเร็งหลอดอาหาร	1	0.90
โรคมะเร็งโพรงมดลูก	1	0.90
โรคซีแฮน	1	0.90

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71 ปี ($SD = 7.95$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.26 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.10 อาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 79.10 จบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 82.60 แหล่งที่มาของรายได้ในการดำรงชีพ ส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 46.10 รายได้ต่อเดือนของของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ อยู่ระหว่าง 5,001-7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.80 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 7,455 บาทต่อเดือน ($SD = 6,444$) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.70 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.00 ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 9.50 และมีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว คิดเป็นร้อยละ 57.50 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยรวมและจำแนกตามระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิต ($n = 115$)

ตัวแปร	n (%)	M	SD	Possible range	Actual range
สุขภาพจิต (โดยรวม)	115 (100)	48.64	4.50	15-60	35-60
สุขภาพจิต (จำแนกตามระดับ)					
ดีกว่าคนทั่วไป	29 (25.22)	54.96	2.82	51-60	51-60
ปกติเท่ากับคนทั่วไป	81 (70.43)	46.98	1.50	44-50	44-50
ต่ำกว่าคนทั่วไป	5 (4.35)	38.80	3.11	15-43	35-42

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่าภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป เมื่อจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ($M = 46.98$, $SD = 1.50$) รองลงมาคือ มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.22 ($M = 54.96$, $SD = 2.82$) และมีเพียงร้อยละ 4.35 ($M = 38.80$, $SD = 3.11$) ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งถือว่า มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยปกป้องที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต
($n = 115$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	Possible range	Actual range
ความฉลาดทางสุขภาพ	36.39	7.71	0-60	18-56
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	94.75	11.13	23-120	60-120
การมองโลกในแง่ดี	27.94	3.08	0-40	20-35
ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา	26.66	2.83	6-30	23-30
การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	65.41	8.74	12-84	50-84

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพเท่ากับ 36.39 ($SD = 7.71$) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 94.75 ($SD = 11.13$) มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 27.94 ($SD = 3.08$) มีคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาเท่ากับ 26.66 ($SD = 2.83$) และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติมีเท่ากับ 65.41 ($SD = 8.74$)

ตอนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ก่อนการวิเคราะห์เชิงสถิติเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) พบว่าข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาทุกตัวเป็นลักษณะข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous variables) มีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normality) และการกระจายของความแปรปรวนของตัวแปรต้นและตัวแปรตามคงที่ ข้อมูลมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิตินี้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($n = 115$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความฉลาดทางสุขภาพ	1.00					
2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	.461***	1.00				
3. การมองโลกในแง่ดี	.291**	.298**	1.00			
4. ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา	.267**	.581***	.101	1.00		
5. การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	.303**	.472***	.010	.550***	1.00	
6. ภาวะสุขภาพจิต	.474***	.421***	.289**	.301**	.383**	1.00

** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตารางที่ 5 พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .474, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .421, p < .001$) การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($r = .289, p < .01$) ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .301, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .383, p < .001$)

ตอนที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) พบว่า

ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยวิธี Stepwise multiple regression analysis (ชัญญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, 2561) ดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการวัดในระดับ interval หรือ ratio
2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (Random sampling)
3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากกราฟ Histogram เป็นรูประฆังคว่ำ มีความสมมาตรกัน และมีการกระจายเป็นปกติแสดงว่า ข้อมูลตัวแปรทุกตัว มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)
4. ค่าความคลาดเคลื่อน (e ; error หรือ Residual) มีการแจกแจงเป็นแบบปกติและมีค่าเฉลี่ยเป็น 0 พิจารณาจากการทดสอบด้วยสถิติ Anderson-Darling เท่ากับ 0.557 และค่า p -value เท่ากับ 0.147 ซึ่งมากกว่า .05 สรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อน (Residual) มีการแจกแจงแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยเป็น 0
5. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) คือ การกระจายของความแปรปรวนของตัวแปรตาม ต้องคงที่ในทุกค่าของตัวแปรต้น พิจารณาจากกราฟ Scatter plot มีลักษณะเป็นเส้นขนานกัน ดังนั้นความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity)
6. ไม่มี Outliers พิจารณาจากการทดสอบ Outlier test พบว่า ค่า Outlier มีการกระจายอยู่ไม่เกินบวก 3 และลบ 3 และค่า p -value มากกว่า .05 ($p = .348$) สรุปได้ว่าค่า Standardized residual ไม่มี Outlier
7. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นแบบเชิงเส้นตรง (Linearity) พิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่า กราฟมีลักษณะเป็นเส้นตรง ดังนั้นตัวแปรต้นทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
8. ค่าความคลาดเคลื่อน (e ; error หรือ Residual) ไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือเรียกว่า ไม่มี Autocorrelation แสดงถึงการได้มาของข้อมูลว่า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม (Random sampling) โดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของความคลาดเคลื่อนด้วยวิธี Durbin - Watson มีค่าเท่ากับ 1.89 แสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation เนื่องจากมีค่าใกล้เคียง 2 หรืออยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5
9. ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองมาก (No multicollinearity) โดยการทดสอบหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต้นทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .85 (Kellar & Kelvin, 2013) ดังนั้นตัวแปรต้นทุกตัวมีความเป็นอิสระต่อกัน

จะเห็นได้ว่าตัวแปรทุกตัวเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายภาวะสุขภาพจิต ด้วยการใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Minitab17 ตัวแปรต้น ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($n = 115$)

ตัวแปร	b	S.E.	β	t	p - value
Constant	24.40	4.14	-	5.90	< .001
ความฉลาดทางสุขภาพ	.195	.050	.334	3.89	< .001
การมองโลกในแง่ดี	.276	.120	.189	2.30	< .05
การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ	.144	.042	.279	3.40	< .01

$R^2 = .320$, Adjust $R^2 = .302$, $R = .257$, $F = 17.44$, $p < .001$

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .320$, $p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334$, $p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279$, $p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในงานวิจัยนี้ คือ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\beta = .420$, $p > .05$) และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ($\beta = .299$, $p > .05$)

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่น และการปฏิบัติตามหลักศาสนา การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ในงานวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์งานวิจัย จำนวน 115 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ .88, .90, .94, .75, .88 และ .91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.00 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71 ปี ($SD = 7.95$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98.26 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.10 อาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 79.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษา

สูงสุดในระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 60.90 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 82.60 แหล่งที่มาของรายได้ในการดำรงชีพส่วนใหญ่จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 46.10 รายได้ต่อเดือนของของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ อยู่ระหว่าง 5,001-7,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.80 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 7,455 บาทต่อเดือน ($SD = 6,444$) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือน แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.70 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.00 ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 9.50 และมีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว คิดเป็นร้อยละ 57.50 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40.00

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีระดับภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่พบสูงสุด คือ มีระดับภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ($M = 46.98, SD = 1.50$) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยที่สนับสนุนเท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่ (เกสร ม้วยจิน, 2558) รองลงมาคือ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปคิดเป็น ร้อยละ 25.22 ($M = 54.96, SD = 2.82$) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ดีกว่าบุคคลปกติส่วนใหญ่ และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปคิดเป็น ร้อยละ 4.35 ($M = 38.80, SD = 3.11$) เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุนที่ต่ำกว่าคนทั่วไป จะต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับปัจจัยที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .474, p < .001$) การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .421, p < .001$) การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 ($r = .289, p < .01$) ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .301, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 ($r = .383, p < .001$)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.04 ($R^2 = .320, p < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279, p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีระดับภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 48.64 ($SD = 4.50$) ซึ่งถือว่ามีความสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพจิตใจ สมรรถภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยที่สนับสนุนเท่ากับบุคคลปกติส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร มุ้ยเงิน (2558) ที่พบว่าระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดปทุมธานีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.48 แปลผลอยู่ในเกณฑ์มีภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับคนทั่วไป เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนภาวะสุขภาพจิตที่พบสูงสุด คือ มีระดับภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 70.43 ($M = 46.98, SD = 1.50$) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71 ปี สามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.10 ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ เศร้าเสียใจจากการพลัดพรากหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่ามีคนคอยดูแล ให้ความช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 79.10 โดยลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นสังคมเมืองในต่างจังหวัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านของตนเอง จึงรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระของลูกหลานและครอบครัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.90 สามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 82.60 ซึ่งเป็นที่น่าสนใจว่า แม้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว แต่มีรายรับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.70 เนื่องจากมีแหล่งที่มาของรายได้ในการดำรงชีพส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 46.10 และผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในชุมชน ได้แก่ เกษตรกร ค้าขาย และรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,455 บาท ซึ่งพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บในแต่ละเดือน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐฐิตา เพชรประไพ (2558) พบว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนค่อนข้างต่ำ แต่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 47.00 ที่คิดว่ามีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรายจ่ายส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุคือค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นสวัสดิการจากภาครัฐของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการยกเว้นค่ารักษาพยาบาล จึงเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้สถานบริการสุขภาพในเขตเมืองส่วนใหญ่จะอยู่ใกล้บ้าน ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่าย

ในการเดินทางไปรักษาปัญหาสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.00 ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 40

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.04 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ ($\beta = .334, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ($\beta = .279, p < .01$) และการมองโลกในแง่ดี ($\beta = .189, p < .05$) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .334, p < .001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็น ร้อยละ 50.40 ส่วนใหญ่ยังมีร่างกายแข็งแรง สามารถออกนอกบ้าน พบปะเพื่อนฝูง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน คิดเป็นร้อยละ 79.10 ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวในการดำเนินชีวิต และมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.00 โดยผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นผู้ที่ได้รับการบริการสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้ามามีบทบาทดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการเชิญชวนให้ร่วมกิจกรรมในสังคมด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายและอบรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งนี้ผู้สูงอายุล้วนอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง เขตเทศบาล ซึ่งอยู่ใกล้ถนนหลักหรือทางหลวงที่มีรถโดยสารสาธารณะหรือรถแท็กซี่บริการ ทำให้การเดินทางสะดวก สามารถเดินทางไปใช้บริการด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีโอกาสมากขึ้นในการเข้าถึงสถานพยาบาลและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สูงกว่า นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.90 สามารถอ่านออกเขียนได้ มีการแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย มีความสามารถ และทักษะที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตนหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุนำไปสู่การมีสุขภาพกายที่ดี เมื่อมีสุขภาพกายดี ย่อมช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดการเสื่อมทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน การมีความฉลาดทางสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจ ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถรับรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริงและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจที่เหมาะสม (พีศสลักรังสรรค์กุล, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael et al. (2005) ที่พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .170,$

$p < .001$) สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ได้กล่าวไว้ว่า ความฉลาดด้านสุขภาพ เป็นการแสดงถึงความสำเร็จในด้านของการมีความรู้ ทักษะส่วนบุคคล ตลอดจนมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อพัฒนาสุขภาพทั้งของบุคคลและชุมชน โดยการเปลี่ยนวิถีชีวิตส่วนบุคคลและเงื่อนไขการใช้ชีวิต

2.2 การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นปัจจัยปกป้องลำดับที่สองรองจากความฉลาดด้านสุขภาพ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .279, p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับการความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เงิน วัสดุ สิ่งของ และการปกป้องดูแล โดยได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่น ๆ เช่น บุคคลที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกที่ทำให้ผู้สูงอายู้รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีแหล่งสนับสนุนหรือบุคคลคอยช่วยเหลือ เอาใจใส่ การมีมิตรภาพและความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเคารพ ความห่วงใย และการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่าง ๆ จากลูกหลานและผู้คนใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต (นันท์กัก ชนะพันธ์ และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Harada et al. (2018) ที่ทำการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น จำนวน 1,592 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .331, p < .05$)

2.3 การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องลำดับที่สาม ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($\beta = .189, p < .05$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในการเผชิญความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ ทั้งความเสื่อมถอยของอวัยวะและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อลดความกดดันที่มีต่อสถานการณ์และการมีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ดังกล่าวได้ดี ลดความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า (ปนัดดา มหิทรานุกภาพ และ บัวทอง สว่างโสภาค, 2555) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดี จึงเป็นอีกคุณลักษณะที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตที่ดี เป็นมุมมองทางบวกของบุคคลที่เชื่อว่า จะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในอนาคต จึงดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและเชื่อมั่นว่าตนเองจะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ (Scheier & Carver, 1992) สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพของ สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2559) ที่พบว่า การมองโลกทางบวกหรือการมีชีวิตที่คิดบวก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รู้จักปล่อยวาง และเข้าใจชีวิต ทำให้ชีวิตมีความสุขมากขึ้นและสอดคล้องกับการศึกษาของ Menendez et al. (2020) ที่พบว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลและภาวะ

ซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.342, p < .01$) และสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลได้

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแล และความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะว่า การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล โดยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง และอาศัยอยู่กับบุตร หลานเป็นส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแล สนับสนุนในการแสดงออกถึงความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกมีพลัง ทำให้รับรู้ความสามารถและพอใจในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ก็พบเช่นกันว่าไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ แม้ว่าจะมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง อาจเป็นเพราะว่า การศึกษาในครั้งนี้ค่อนข้างเน้นไปที่การศึกษาด้านหลักคำสอนของศาสนา ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความรู้สึกสบายใจ ของบุคคลมากกว่าการศึกษาด้านการทำกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งรวมทั้งการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติด้วยตนเอง หรือปฏิบัติร่วมกับผู้สูงอายุอื่นในศาสนสถาน นอกจากนี้ ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา ที่เคยเคารพนับถือนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ตามสภาพสังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ตัวแปรนี้ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต การพัฒนารูปแบบการพยาบาล และพัฒนากิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี ของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวิจัยต่อยอดในการศึกษาถึงแนวทางการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี ของผู้สูงอายุในชุมชน

2. พัฒนางานวิจัยแบบทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน จากหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและจำนวนมากขึ้น

4. ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยบูรณาการรูปแบบงานวิจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับความฉลาดด้านอารมณ์ การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความคิดและมุมมองผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิต เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่อไป



บรรณานุกรม

- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 11(1), 26-36.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). จำนวนประชากรผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. เข้าถึงได้จาก <https://www.moph.go.th>
- กระทรวงวัฒนธรรม. (2555). *หลักธรรมของแต่ละศาสนา*. เข้าถึงได้จาก https://www.m-culture.go.th/adminli/main.php?filename=ebook_relig5
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Health Indicator-15*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดูแลสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: บีคอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9 นครราชสีมา. (2563). *การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม*. เข้าถึงได้จาก <http://www.mhc9dmh.com/show.aspx?x=Status>
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2556). *พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส*. เข้าถึงได้จาก https://www.nakhonphc.go.th/datacenter/doc_download/osm19356.pdf
- เกสร มุ้ยจิน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(2), 306-318.
- จารุวรรณ ขอกระฉ่าง. (2554). *การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการริเริ่มด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฑารัตน์ แสงทอง. (2560). สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัย อย่างมีคุณภาพ. *วารสารรัฐสมิแล*, 38(1), 6-28.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2560). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 4(2), 102-111.

- ชัยวัฒน์ อินไชยา, โสภณ แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 17-33.
- ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ. (2561). *เอกสารคำสอนรายวิชา 10750260 สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- ชาญชัย ศิริมธุรส. (2557). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชุตติเดช เจียนคอน, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, ฉวีวรรณ บุญสุยา และนพพร ไหว้ระกุล. (2557). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 299-239.
- ณัฐธิดา เพชรประไพ. (2558). การสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร*, 33(1), 21-30.
- นันทกัฒ ชนะพันธ์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และประภา ยุทธไทร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(2), 44-57.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- เบญมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. เข้าถึงได้จาก <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/filemanager/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>
- ปนัดดา มหิตธานุภาพ และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2555). การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติพัฒนาใจและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 38(2), 166-178.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิศสลัฒ ชำรงศำรกุล. (2558). *การพัฒนาโปรแกรมการให้การศึกษาครอบครัวเชิงบูรณาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

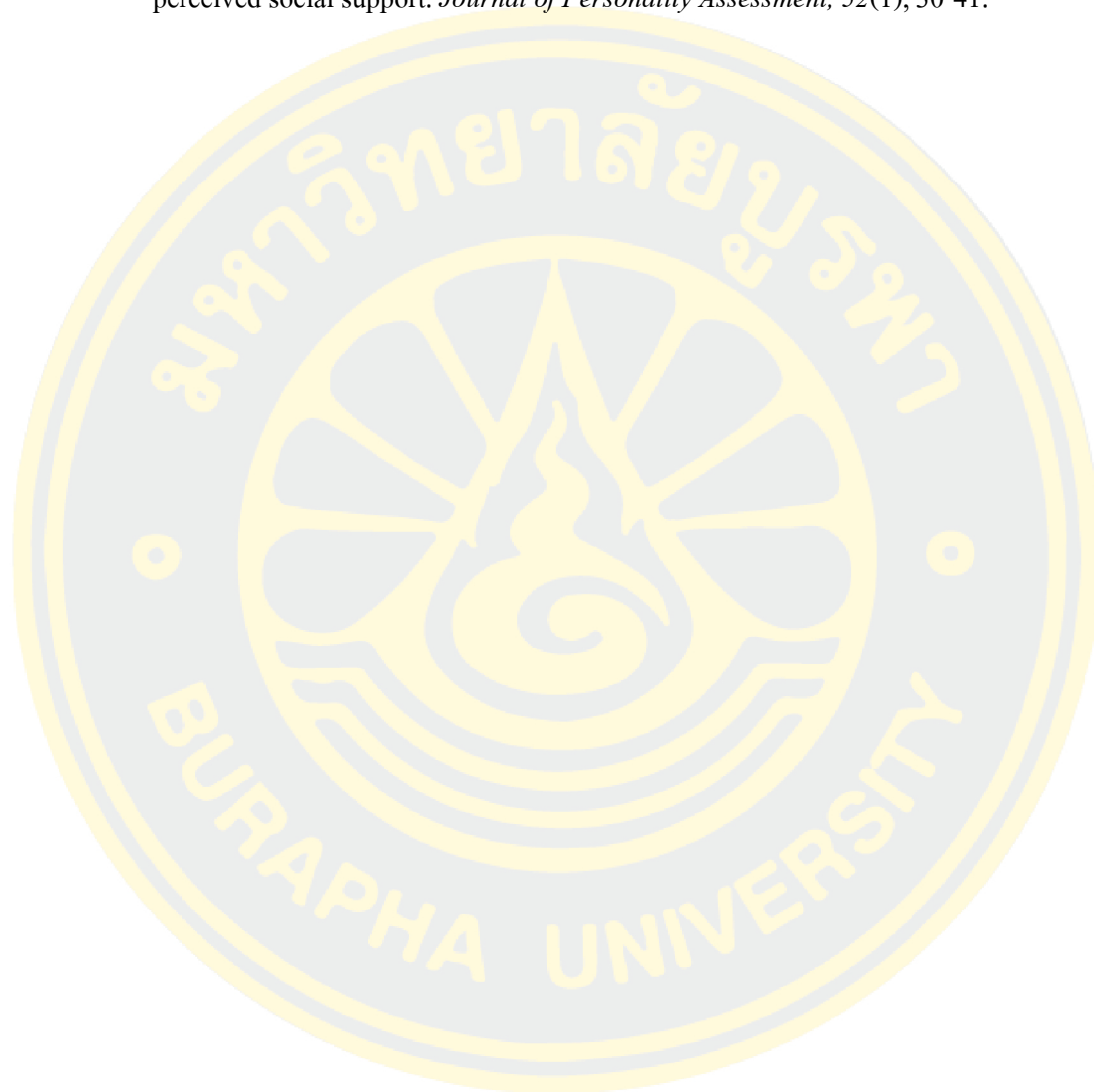
- ภาวिका พันอินากุล. (2561). อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภพธรรม วิชาดี. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2558). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยศยง จันทรวงศา. (2558). การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกันระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน บนสายการบินแห่งหนึ่ง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เลอลักษณ์ มหิพันธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรัตถ์นันท์ ชุมนะ โขติ. (2561). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไล คุปต์นริตติ์กุล. (2561). การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารี กังใจ. (2540). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2556). การดูแลผู้สูงอายุ: สุขและทุกข์. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา คาลลาส และภรภัทร เสงอุคมทรัพย์. (2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76-88
- สุภาวดี ไชยเดชาธร, ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน และกชกร แก้วพรหม. (2558). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างแกนนำชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 21(1), 32-40.
- สำนักงานพระพุทธศาสนา. (2552). *กิจกรรมทางศาสนา*. เข้าถึงได้จาก http://nwt.onab.go.th/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=50&Itemid=84
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัญญา ชูเลิศ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Evers, G., Isenberg, M., Phillipsen, G., Brouns, G., Halfens, R., & Smeets, H. (1986). The 'appraisal of self-care agency' ASA-scale: Research program to test reliability and validity. In *Proceedings of the International Nursing Research Conference New Frontiers in Nursing Research* (p. 130). Edmonton, Canada: University of Alberta, Canada.
- Goldberg, D. P. (1988). *The general health questionnaire*. New York: Oxford.
- Harada, K., Sugisawa, H., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., & Shimmei, M. (2018). Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among older adults in Japan. *Research on Aging*, 40(4), 388-405.
- Kellar, S. P., & Kelvin, E. A. (2013). *Munro's statistical methods for health care research* (6th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- King, D. E., Cummings, D., & Whetstone, L. (2005). Attendance at religious services and subsequent mental health in midlife woman. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35(3), 287-297.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.

- Menendez-Aller, A., Postigo, A., Montes-alvarez, P., Jose, F., & Garcia, E. (2020). Humeur as a protective factor against anxiety and depression. *International Journal of clinical Health & Psychology, 20*(1), 38-45.
- Michael, S., Julie, A., & David, W. (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Archives of Internal Medicine, 165*(17), 1946-1952.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. *Health Promotion International 2000, 15*(3), 259-267.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
- Shou, J., Du, Z., Wang, H., Ren, L., Liu, Y., & Zhu, S. (2018). Quality of life and its contributing factors in an elderly community-dwelling population in Shanghai, China. *Psychogeriatrics, 18*(2), 89-97.
- United Nations. (2019). *Ageing*. Retrieved from <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/ageing/>
- Valfre, M. M. (2001). *Foundations of mental health care* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/>
- World Health Organization. (2001). *WHO global report on falls prevention in older age*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/publication/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization. (2001). *World health report 2001*. Retrieved from https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

งานวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
คำชี้แจง :

แบบสัมภาษณ์เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 7 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักทางศาสนา

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

ข้อมูลที่รวบรวมได้ผู้วิจัยจะนำมาวิเคราะห์ รายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น คำตอบของท่านจะเป็นความลับ และผู้ตอบจะไม่ได้ได้รับความกระทบกระเทือนใด ๆ ทั้งสิ้นจากการตอบคำถามการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ดังนั้นจึงขอความร่วมมือให้ช่วยตอบคำถามการสัมภาษณ์ตามความเป็นจริงหรือความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มา ณ โอกาสนี้ด้วย

(นางสาวสุกัญญา เก่งงูเหลือม)

นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ

4. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. สมรส 3. แยกกันอยู่
 4. หม้าย 5. หย่า 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. สถานภาพการอยู่อาศัย

1. อยู่ตามลำพัง 2. อยู่กับคู่สมรส
 3. อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน 4. อยู่กับญาติ
 5. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ต่ำกว่าประถมศึกษาและอ่านไม่ออก
 3. ต่ำกว่าประถมศึกษาแต่อ่านออก 4. ประถมศึกษา
 5. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 8. สูงกว่าปริญญาตรี

7. ในปัจจุบัน ท่านยังทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้หรือไม่

1. ไม่ได้ทำงาน
 2. ทำ โปรดระบุอาชีพ.....

8. รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ตอบว่าทำงาน ในข้อที่ 7) โดยเฉลี่ย.....บาท/เดือน

9. ถ้าในข้อ 7 ตอบว่าไม่ได้ทำงาน ท่านดำรงชีพอย่างไร

- 1. เงินสะสม เงินออม
- 2. เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง
- 3. เงินบำเหน็จบำนาญของกลุ่มสมรส
- 4. รับการสนับสนุนจาก บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง
- 5. อื่น ๆ ระบุ.....

10. ฐานะการเงินของท่านเป็นอย่างไร

- 1. ไม่พอใช้ เป็นหนี้สิน
- 2. พอใช้ แต่ไม่มีเก็บ
- 3. พอใช้และมีเหลือเก็บ

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- 1. ไม่มีโรคประจำตัว
- 2. มีโรคประจำตัว ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพจิต

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยจะถามถึง
ประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมิน
เหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่าน ว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบ
ที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคย (1)	เล็กน้อย (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15. สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความฉลาดทางสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับตัวท่าน
เพียงคำตอบเดียว

หมายเหตุ ความฉลาดทางสุขภาพ ตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส คือ อ.1 : อาหาร อ.2 : ออกกำลังกาย
อ.3 : อารมณ์ และ ส.1 : สูบบุหรี่และ ส.2 : ดื่มสุรา

ความฉลาดทางสุขภาพ	พฤติกรรมปฏิบัติ				
	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บาง ครั้ง (2)	บ่อย ครั้ง (3)	ทุกครั้ง (4)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ					
1. เมื่อท่านต้องการข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลักพฤติกรรม 3๐2ส ท่านสามารถเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ทันทีบ่อยครั้งแค่ไหน					
2.					
3.					
4.					
5.					
ด้านทักษะการสื่อสาร					
6. ท่านเคยได้อ่านเอกสารแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนตามหลัก 3๐2ส แล้วพบว่าไม่ค่อยเข้าใจ บ่อยครั้งแค่ไหน					
7.					
8.					
9.					
10.					
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ					
11. เมื่อท่านเห็นโฆษณาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร วิธีการออกกำลังกาย บุหรี่ หรือสุราชนิดใหม่ ๆ ทางโทรทัศน์ และเกิดความสนใจ ท่านมีการหาข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตัดสินใจซื้อ บ่อยครั้งแค่ไหน					

ความฉลาดทางสุขภาพ	พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ				
	ไม่ได้ปฏิบัติ (0)	นาน ๆ ครั้ง (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	ทุกครั้ง (4)
12.					
13.					
14.					
15. ท่านจะพูดคุย วิพากษ์ วิचारณ์ เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ บ่อยครั้งแค่ไหน					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อผู้วิจัยได้อ่านคำถามให้ฟังแล้ว ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัวท่านเลย (1)	ตรงกับตัวท่านเล็กน้อย (2)	ตรงกับตัวท่านปานกลาง (3)	ตรงกับตัวท่านมาก (4)	ตรงกับตัวท่านมากที่สุด (5)
1. แม้ว่าอายุจะมากขึ้น ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

ข้อความ	ไม่ตรงกับตัว ท่านเลย (1)	ตรงกับ ตัวท่าน เล็กน้อย (2)	ตรงกับ ตัวท่าน ปาน กลาง (3)	ตรงกับ ตัวท่าน มาก (4)	ตรงกับ ตัวท่าน มากที่สุด (5)
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24. ท่านสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จึง สามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการ					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับความรู้สึกหรือการกระทำของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0)	ไม่เห็นด้วย (1)	ปานกลาง (2)	เห็นด้วย (3)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4)
1. ในช่วงเวลาที่ไม่แน่นอน ท่านมักคาดหวังว่าจะเกิดสิ่งที่ดีที่สุด					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10. โดยรวมท่านหวังให้สิ่งดีเกิดขึ้นกับท่านมากกว่าสิ่งที่ไม่ดี					

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความยึดมั่นและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความด้านซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓ ลงช่องขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่ แน่ใจ (3)	เห็น ด้วย (4)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. ท่านมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เมื่อท่านรู้สึกทุกข์หรือไม่สบายใจ					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. หลักคำสอนของศาสนา ช่วยให้ท่านรู้สึกดี มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต					

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ว่าท่านเห็นด้วยหรือไม่ ระดับใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|---|---------|---------------------------|
| 7 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมากที่สุด |
| 6 | หมายถึง | เห็นด้วยอย่างมาก |
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วย |
| 4 | หมายถึง | เฉย ๆ |
| 3 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วย |
| 2 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมาก |
| 1 | หมายถึง | ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด |

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1	มีคนพิเศษที่คอยอยู่ข้าง ๆ ท่าน เมื่อท่านมีความจำเป็น							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12	ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อนของท่านได้							



ภาคผนวก ข

คำชี้แจงเพื่อการอธิบายแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 036/2563

(สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

เรียน ผู้ร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเรื่อง "อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน" ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนปัจจัยที่น่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ รับฟังคำชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย และหากท่านตัดสินใจเข้าร่วมในงานวิจัยนี้แล้ว ข้าพเจ้าจะขอให้ท่านลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะเริ่มการสัมภาษณ์เพื่อทำการเก็บข้อมูล ข้าพเจ้าจะอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ให้ท่านรับทราบก่อน โดยข้าพเจ้าจะจัดให้ท่านอยู่ในสถานที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่านจะเป็นผู้สัมภาษณ์ข้อมูลตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามนี้ สามารถซักถามข้าพเจ้าหรือผู้ช่วยวิจัยได้ตลอด การตอบแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์คาดว่าจะใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

ผลของการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับท่านทางตรง ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพจิต ตลอดจนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และเป็นประโยชน์ทางอ้อมคือ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิประการใด ๆ ที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ โดยไม่ต้องแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบล่วงหน้า

ทั้งนี้ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลแบบสัมภาษณ์ต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน ส่วนเอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลาย

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อข้าพเจ้า นางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา โทรศัพท์มือถือหมายเลข 087-5138312 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102561-62

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 036/2563

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของข้าพเจ้าแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนามผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่อข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายนิ้วหัวแม่มือขวา.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนามพยาน
(.....)



ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรม



ที่ ๐๑๘/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 036/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตรระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- | | |
|---|--|
| ๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓ |
| ๖. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. - |

วันที่รับรอง : วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่หมดอายุ : วันที่ ๒๙ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม


(รองศาสตราจารย์ ดร.วิวิท แจ็งเอี่ยม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ง
หนังสืออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๐๕๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม

ตามที่ท่านมีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา” ของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนในชุมชน” โดย นางสาววรัตน์นันท์ ชุชนะโชติ หลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ท่านใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ ขอให้ประสานงานกับผู้วิจัยโดยตรงเพื่อขอเครื่องมือวิจัยฉบับเต็ม พร้อมทั้งให้อ้างอิงวิทยานิพนธ์ดังกล่าวด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๐๖๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

“แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ” ของงานวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง” ของกิจปพน ศรีธานี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถติดต่อที่เบอร์โทร ๐๘ - ๗๕๑๓ - ๘๓๑๖ หรือที่ E-mail: sukanya๕๔๑๑๐๐๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๐๖๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหาคบวงแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เองอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย ดังนี้

๑ “แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม” ของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การสนับสนุนทางสังคม ความเหมาะสมกับระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมและความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานต้อนรับบนเครื่องบินบนสายการบินแห่งหนึ่ง” โดย นายยศยง จันทรวงศา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมี ศาสตราจารย์ ดร.ศรีเรือน แก้วกังวล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

๒ “แบบสอบถามการมองโลกในแง่ดี” ของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การทดสอบแบบจำลองปัจจัยเอื้อต่อการทำงานและทรัพยากรส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มต้นด้วยตนเองภายใต้บทบาทสื่อของความผูกพันในงาน” โดย นางสาวจากรุวรรณ ยอดระฆัง หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะศิลปศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๔ โดยมี อาจารย์ ดร.อุบลวรรณ ภวานันท์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้บัณฑิตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถติดต่อบัณฑิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘ - ๗๕๑๓ - ๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๔๑๐๐๘๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๐๖๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจากท่าน คือ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากงานวิจัยเรื่องความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๐ นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๔๑๑๐๐๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
เพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยและดำเนินการวิจัย



โรงพยาบาลทหารอากาศสิมา
เลขที่รับ..... 10986
วันที่ - 4 ส.ย. 2563
เวลา 18:09 น.

ที่ อว ๘๑๓๗/๕๕๘

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ศูนย์วิจัยและพัฒนาบริการ
เลขที่รับ..... ๕11
วันที่ ๕ / ๕ / ๒๕๖๓
เวลา 11:5๕ น.

เรื่อง ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศสิมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน ๙ หน้า

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
เลขที่..... 1828
วันที่ 72 ส.ย. 2563
เวลา 10:5๖ น.

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนุชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๕๑๑๐๐๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

๑) เรียน ผู้อำนวยการ

- 12/05/2563

- 18/05/2563 เพศหญิง ชื่อ นิสิต

สุกัญญา

นางนงูเหลือม วงศ์วัยรักษ์

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

4 ส.ย. 2563

(นายจิรัฐ เมืองแก้ว)

รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

๒) เรียน หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม

เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

แจ้ง จ.ท.ภ.

๑๑/๐๕/๒๕๖๓

ดร.

- ๑๑/๐๕/๒๕๖๓

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

๑๓

12 ส.ย. 2563

ทราบ / ดำเนินการ

ห้องคาถา-๕๓, 10/๕/๒๕๖๓

โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ห้องคาถา-๕๓, 10/๕/๒๕๖๓

12/๐๕/๒๕๖๓

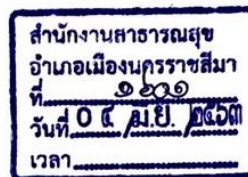
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

11 ส.ย. 2563

(นายชติเดช ลาบ-องศรีภัก)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทหารอากาศสิมา

- 5 มิ.ย. 2563



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๖๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน ๙ หน้า

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นจูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๔๑๑๐๐๘๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

เรียน สสอ.เมืองนครราชสีมา


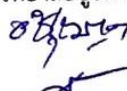
- เพื่อโปรดทราบ

- เพื่อยืนยัน


.....


ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



(นายสุริยา คำสบาย)

สาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา

- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/๕๖๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน ๙ หน้า

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๕๑๑๐๐๘๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

วค

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๗๖๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน ๙ หน้า

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๔๑๑๐๐๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉูด

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือวิจัย (แบบสอบถาม) จำนวน ๙ หน้า

ด้วยนางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม รหัสประจำตัว ๖๑๙๒๐๑๔๓ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่เบอร์โทร ๐๘-๗๕๑๓-๘๓๑๒ หรือที่ E-mail: sukanya๕๕๑๑๐๐๘๘@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรีย์ ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร 038 270 000 ต่อ 707, 705
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวสุกัญญา แก่นงูเหลือม	
วัน เดือน ปี เกิด	28 กันยายน 2535	
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	279 หมู่ 1 ตำบลแหลมทอง อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2558	พยาบาลวิชาชีพ แผนกศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
	พ.ศ. 2559-2561	พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหนองบุญมาก
	พ.ศ. 2561-ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
	พ.ศ. 2563	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา