

การสำรวจพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

Survey of Resilience Quotients in Older Adults at Outpatient

Departments of Public Hospitals

ปณิชา บุญสวัสดิ์* ดาววดี ไชยรินทร์** อัจฉริยา ปุณนา**
อรดี โชคสวัสดิ์*** เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์**** คิมิรัน เรืองใจ*****
Panicha Boonsawad* Daovadee Chaiyarintr** Achariya punna**,
Oradee Choksawat*** Temduang Boonpiamsak**** Simiran Rueangchai*****

บทคัดย่อ

พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวเป็นคุณสมบัติที่ทำให้ผู้สูงอายุก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข วัตถุประสงค์การวิจัยนี้ เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างมกราคม 2563 ถึง เมษายน 2564 ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจำนวน 135 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) มีอายุช่วงผู้สูงอายุตอนต้นระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 49.6) การรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับแข็งแรงมาก (ร้อยละ 53.3) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.0) มีรายได้เพียงพอในการดำเนินชีวิต (ร้อยละ 88.1) ผ่านประสบการณ์

Received: May 30, 2022

Revised: August 1, 2022

Accepted: August 30, 2022

- * Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภากาชาดไทย E-mail: panicha.b@stin.ac.th
- * Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Fundamental of Nursing and Nursing Administration, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. E-mail: panicha.b@stin.ac.th
- ** พยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย
- ** Nurse, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Thai Red Cross Society.
- *** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
- *** Instructor, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong Ubon Ratchathani.
- **** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภากาชาดไทย
- **** Assistant Professor, Department of Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing.
- ***** พยาบาล สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย
- ***** Nurse, Relief and Community Health Bureau, Thai Red Cross Society.

ความทุกข์ยาก (ร้อยละ 70.4) พลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 57.8) และระดับมากที่สุด (ร้อยละ 40.0) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านความเข้มแข็งของจิตใจมีคะแนนระดับมากที่สุด (ร้อยละ 52.6) และมีคะแนนระดับมากใน 4 ด้านเรียงตามลำดับ ได้แก่ การผ่อนคลายและแก้ปัญหา (ร้อยละ 64.4) ความเชื่อทางศาสนา และศรัทธา (ร้อยละ 61.5) ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 58.5) และการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (ร้อยละ 57.8)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุบุคลากรทีมสุขภาพควรนำวิธีการสร้างความเข้มแข็งจิตใจตน การผ่อนคลายและการแก้ปัญหา ความเชื่อความศรัทธามาประยุกต์ใช้

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยนอก

Abstract

Resilience Quotient refers to the ability of the elderly who were able to recover quickly from difficult conditions and live happily. This research aims to study the Resilience Quotient of 135 elderly people who availed of services at the Outpatient Department of Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society between January 2020 and April 2021. The Cronbach Alpha Coefficient of the Resilience Quotient Assessment form for the Thai Elderly was 0.83, which was then analyzed by descriptive statistics.

The results of the study revealed that more than half of the participants were female (60.0%) in the early old-aged group (60-69 years old, 49.6%). Half of this group perceived themselves as healthy (53.3%), but the majority had underlying diseases (81.0%), and all had sufficient financial support to live normally (88.1%). Most of them experienced adversity (70.4%). Their total resilience was at the high level (57.8%) followed by the highest level (40.0%). Their mental strength was found at the highest score (52.6 %), followed by four aspects: relaxation and problem-solving (64.4%), religious belief (61.5%), social support (58.5%, and interrelation (57.8%).

Research recommends that the resilience quotient in older adults should promote the application of strategies in terms of mental strength, relaxation and problem-solving, and religious belief.

Keywords: resilience quotient, the elderly, outpatient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการสร้างมิติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ โดยนิยาม ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง (active ageing) ว่าเป็นกระบวนการ (process) ที่ก่อให้เกิดโอกาสที่เหมาะสม (optimizing opportunities) เพื่อการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคม (participation) และมีหลักประกันที่มั่นคง (security) เพื่อจะยกระดับคุณภาพชีวิต (to enhance quality of life) ให้เป็นไปตามวัยของแต่ละคนอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมมิติสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทยได้นำแนวทางดังกล่าวมาเป็นนโยบายประเทศ¹ และนิยาม “ผู้สูงวัยอย่างมีพลัง” (active ageing) ว่าหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี มีความคล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลตนเองได้ ฟังตนเองได้ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ได้รับความเคารพสนับสนุนจากครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น อาทิ เพื่อน ชุมชน และสมาชิกอื่นในสังคม สอดคล้องกับคำนิยามผู้สูงวัยอย่างมีพลังของ ศศิปพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ² ว่าเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจและความต้องการของตัวเอง ร่วมกับการเป็นผู้สูงอายุที่ยังคุณประโยชน์ (productive ageing) คือ สามารถดูแลตนเอง (self-care) และพึ่งพาตนเองได้ (self-reliance) นอกจากนี้ยังใช้ความสามารถเฉพาะตนที่สั่งสมในทางสร้างสรรค์เพื่อประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัว และบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ

ทฤษฎีทางสังคมโดย Lars Tornstam³ ที่กล่าวว่าภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ (gerotranscendence) เป็นพัฒนาการซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจนเข้าสู่การเกิดวุฒิภาวะและภูมิปัญญา (maturation and wisdom) มีองค์ประกอบ 3 มิติ คือ การมองโลก การมองตน การมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นและสังคม ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกมาสอดคล้องกับวัฒนธรรมค่านิยม ทศนคติหรือภาวะวิกฤติ และความสามารถในการเผชิญและการปรับตัวของแต่ละบุคคล

ดังนั้นจะเห็นว่าผู้สูงวัยที่มีพลัง หรือประสบความสำเร็จในชีวิต ตามนิยามของ Lars Tornstam มีความสอดคล้องในทิศทางเดียวกับพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ)⁴ ซึ่งหมายถึงกระบวนการหรือพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของบุคคลในการปรับตัวและพลิกฟื้นคืนกลับหลังเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข พลังสุขภาพจิตสามารถเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ภายในตนหรือบางส่วนอาจเกิดการเรียนรู้จากภายนอก ซึ่งแบ่งความสามารถดังกล่าวนี้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ พลังฮึด (I am) คือ ปัจจัยภายในเฉพาะบุคคล เป็นสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง สงบ มั่นคง ทนต่อแรงกดดัน ควบคุมตัวเองได้และมั่นใจว่าตนเองต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคและผ่านพ้นวิกฤติได้ พลังฮึด (I have) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน เป็นปัจจัยภายนอกหรือคนรอบข้างที่สนับสนุนให้เกิดพลัง พลังฮึด (I can) คือ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีทักษะในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดต่อผู้เอาชนะอุปสรรค ปัญหาหรือวิกฤติ ได้เหมาะสม⁴

ทั้งนี้พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับพลังสุขภาพจิตที่สูงพร้อมในการรับมือและแก้ปัญหา ปรับตัวก้าวผ่านพ้นอุปสรรคต่างๆ ไปได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาตนเองให้สมดุลสำหรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นและเกิดคุณภาพชีวิตดี ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับหรือปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัจจุบันที่มีการใช้เทคโนโลยีในการดำรงชีวิตมากขึ้นมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจสูงและมีการพัฒนาสู่ความเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและทัศนคติเชิงลบที่บุคคลอื่นมีต่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ปรับตัวไม่เหมาะสมจะก่อเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต อาทิ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และอาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ต้องการพึ่งพิงและเป็นภาระของสังคม⁴ ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าสู่พัฒนาการขั้นสุดท้ายที่สมดุลแต่เกิดภาวะสิ้นหวัง (integrity vs. despair) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม 8 ขั้นของเอริกสัน (The Eight Stages of Psychosocial Development in Erikson) และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่าช่วงวัยอื่น และเผชิญกับความยากลำบากในชีวิต (adversity in life) จากการปฏิบัติตัว ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ภาวะด้านเศรษฐกิจ การปรับตัวในการดำเนินชีวิตช่วงการแพร่ระบาด มีรายงานพบภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ .1-1.3 ความเครียดสูงขึ้นร้อยละ 2.2 และความวิตกกังวลด้านการเงินร้อยละ

41.1 ด้านการติดเชื้อและเสียชีวิตได้มากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ร้อยละ 41.2 และกังวลสุขภาพจะแย่ลงจากการไม่ได้พบแพทย์ ร้อยละ 28.0 จนอาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้⁵

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังจิตที่ดี หรือมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจึงเป็นปัจจัยเชิงบวกที่ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ ชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิง การมีพลังสุขภาพจิตสูงเป็นความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์คุกคามชีวิตและสามารถปรับตัวและพลิกฟื้นอารมณ์และจิตใจจัดการกับปัญหาต่างๆ และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้อย่างเหมาะสม จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตที่มีนโยบายนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต มาพัฒนาในกลุ่มวัยต่างๆ รวมทั้งผู้สูงอายุ เพื่อปรับอารมณ์ ความคิด การกระทำและปรับเปลี่ยนเป้าหมาย (mind set) อีกทั้งเติมศรัทธาเติมมิตร และเติมจิตใจให้กว้างขึ้นนำสู่การเกิดคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤตโรค โรคโควิด-19 ภายใต้วีถีชีวิตใหม่ (new normal)⁵

ในบริบทของสังคมไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญนำสู่สุขภาวะในผู้สูงอายุ อาทิ การศึกษาพลังสุขภาพจิตในสถานสงเคราะห์คนชราภาคใต้⁶ ศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเขตกรุงเทพฯ⁷ การสำรวจภูมิคุ้มกันใจวัยสูงอายุภาคตะวันออก⁸ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดตะวันออก⁹ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดนครราชสีมา¹⁰ ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน¹¹ ทั้งนี้พบ

ว่าการศึกษาส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาจากต่างประเทศและมาแปลเป็นภาษาไทยซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุพอควรแต่ในบริบทของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีที่มีวิถีชีวิตหลากหลายยังมีการศึกษาจำกัด การวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสำคัญกับการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในบริบทของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมาได้รับการรักษาต่อเนื่อง รับรู้ว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงสามารถดำเนินชีวิตได้อิสระตามที่ต้องการ เพื่อได้ข้อมูลพื้นฐานและนำมาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

คำถามของการวิจัย

พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กรอบแนวคิดของการวิจัย

พลังสุขภาพจิตตามแนวคิดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กำหนดองค์ประกอบหลัก 3 มิติของพลังสุขภาพจิตหรือพลังอึด อึด ลู่วิตามนิยามของ Grothberg (1995)⁴ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ อึด: ฉันเป็น (I am) เป็น

ปัจจัยภายในเฉพาะบุคคล ทนต่อแรงกดดัน อึด: ฉันมี (I have) เป็นปัจจัยภายนอกและภายในคนที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพลังแรงใจดำเนินชีวิตต่อภายใต้แรงกดดัน ลู: ฉันสามารถ (I can) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้รวมทั้งการปรับตัวในการแก้ปัญหาและนิยามความหมายพลังสุขภาพจิตไว้ 3 ลักษณะ (1) สิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล (trait) (2) เป็นกระบวนการ (process) ปรับตัวซึ่งเป็นการเรียนรู้ตลอดชีวิตและนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ และ (3) ความสามารถ (ability)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มาใช้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาในรอบปีงบประมาณ 2564

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มประชากร โดยใช้สูตรทาโร ยามาเน¹²

$$\begin{aligned}n &= N / (1 + N (e^{-2})) \\&= 200 / 1 + (200 (0.05^2)) \\&= 133.33 \text{ คน}\end{aligned}$$

ได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 135 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ใช้วิธีจับสลากจากหมายเลขประจำตัวของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ จับสลากที่ละหมายเลขจนครบจำนวน 135 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเครียด วิตกกังวลระดับสูง หรือรู้สึกไม่สุขสบายมากระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย พัฒนาโดย สุนธยา มณีรัตน์, แสงอรุณ อิศระมัลย์ และ อุมพร บุญญโสพรรณ¹³ ได้รับอนุญาตจากมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (I can) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ 18 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น (0 คะแนน) อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ระดับน้อย (1-6 คะแนน) ระดับมาก (7-12 คะแนน) ระดับมากที่สุด (13-18 คะแนน) 2. ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ (I am) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่มีความเข้มแข็งของจิตใจ (0 คะแนน) มีความเข้มแข็งของจิตใจระดับน้อย (1-5 คะแนน) ระดับมาก (6-10 คะแนน) ระดับมากที่สุด (11-15 คะแนน) 3. ด้านความช่วยเหลือ (I have) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ 16 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่ได้รับความช่วยเหลือ (0 คะแนน) ได้รับความช่วยเหลือระดับน้อย (1-4 คะแนน) ระดับมาก (5-8 คะแนน) ระดับมากที่สุด (9-12 คะแนน) 4. ด้านความเชื่อทางศาสนา และศรัทธา (I have) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ 12 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่มีความเชื่อทางศาสนา และศรัทธา (0 คะแนน) มีความเชื่อในศาสนาและ

ศรัทธาระดับน้อย (1-4 คะแนน) ระดับมาก (5-8 คะแนน) ระดับมากที่สุด (9-12 คะแนน) 5. ด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา (I can) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คือ ไม่มีการผ่อนคลายและแก้ปัญหา (0 คะแนน) มีการผ่อนคลายและแก้ปัญหาระดับน้อย (1-5 คะแนน) ระดับมาก (6-10 คะแนน) ระดับมากที่สุด (11-15 คะแนน) คะแนนรวมทั้ง 5 ด้าน เกณฑ์การแปลผล คือ มีพลังสุขภาพจิต ระดับน้อย (1-24 คะแนน) ระดับมาก (25-48 คะแนน) ระดับมากที่สุด (49-72 คะแนน)

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย (0 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) เห็นด้วยมาก (2 คะแนน) เห็นด้วยมากที่สุด (3 คะแนน) การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ด้านความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ชลบุรี จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเที่ยง (reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .83 และรายด้าน ได้แก่ ด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ ด้านความช่วยเหลือ ด้านความเชื่อทางศาสนาและศรัทธา และด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา เท่ากับ .736, .767, .773, .785. และ .757 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ชลบุรี (รหัสโครงการ 052/2562) การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยพยาบาลประจำการในทีมวิจัยเชิงชุมชนผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและคัดเลือกผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล หลังจากตอบตกลงเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้อาสาสมัครลงนามยินยอมโดยการบอกกล่าวและเต็มใจ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โดยทีมผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย สอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสนใจผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัยและขอความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามและอธิบายแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างบางท่านมีข้อสงสัยผู้วิจัยเข้าไปอธิบายข้อมูลแบบสอบถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจชัดเจน การเก็บข้อมูลดำเนินการตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก เช่น ระหว่างรอตรวจหรือหลังพบแพทย์ ระหว่างรอรับยา ก่อนกลับบ้าน ในช่วงระหว่าง มกราคม 2563 ถึง เมษายน 2564 แบบสอบถามจำนวน 1 ชุด มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพ

จิตสำหรับผู้สูงอายุไทย จำนวน 24 ข้อ รวมเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาคำนวณค่าร้อยละ และข้อมูลพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นำมาคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแจกแจงความถี่ร่วม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับพลังสุขภาพจิต

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจผู้สูงอายุ จำนวน 135 คน ที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศ มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ที่ประกอบด้วยภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม การท่องเที่ยว การพาณิชย์และมีการสาธารณสุขทั้งของภาครัฐและเอกชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ในระดับดี เนื่องจากเป็นเมืองที่มีนิคมอุตสาหกรรมและการท่องเที่ยว ประชากรส่วนหนึ่งจึงเป็นแรงงานย้ายถิ่นเข้ามาอาศัยอยู่ บางส่วนจึงมีข้อจำกัดในการพบปะเพื่อนหรือการรวมกลุ่มทางสังคมที่มีการทำกิจกรรมร่วมกัน นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างบางส่วนต้องทำงานเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว เลี้ยงดูบุตรหลานที่พ่อแม่ไม่อยู่ ดูแลผู้ป่วยและผู้พิการในบ้าน จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง 81 คน (ร้อยละ 60.0) และผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 44 คน คน (ร้อยละ 56.4) มากกว่าเพศชาย เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ

60-69 ปี) มากที่สุด 67 คน (ร้อยละ 49.6) และผู้สูงอายุตอนต้นมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 36 คน (ร้อยละ 56.4) ดีกว่าผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลาย สถานภาพสมรสคู่ 89 คน (ร้อยละ 63.5) และมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 52 คน (ร้อยละ 66.7) ซึ่งมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรคมากที่สุด 56 คน (ร้อยละ 41.5) และมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 36 คน (ร้อยละ 46.2) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ผู้สูงอายุ

รับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงระดับมาก 72 คน (ร้อยละ 53.3) และมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 40 คน (ร้อยละ 51.0) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ผู้สูงอายุที่รับรู้ตนเองว่าสุขภาพแข็งแรงปานกลางหรือน้อย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จทุกซียาก 95 คน (ร้อยละ 70.4) และมีคะแนนพลังสุขภาพจิตในระดับมาก 56 คน (ร้อยละ 71.8) ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ผู้สูงอายุที่ไม่เคยประสบความสำเร็จทุกซียาก รายละเอียดข้อมูลทั่วไปเทียบกับพลังสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละและการแจกแจงความถี่ร่วมของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับพลังสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ และการแจกแจงความถี่ร่วม (Crosstabs) (n = 135)

	พลังสุขภาพจิต			รวม
	คะแนนระดับ น้อย	คะแนนระดับ มาก	คะแนนระดับ มากที่สุด	
เพศ				
ชาย	2 (66.7%)	34 (43.6%)	18 (33.3%)	54 (40.0%)
หญิง	1 (33.3%)	44 (56.4%)	36 (66.7%)	81 (60.0%)
ผู้สูงอายุ				
ตอนต้น (60-69 ปี)	1 (33.3%)	36 (46.2%)	30 (55.5%)	67 (49.6%)
ตอนกลาง (70-79 ปี)	0 (0%)	19 (24.4%)	17 (31.5%)	36 (26.7%)
ตอนปลาย (80-100 ปี)	2 (66.7%)	23 (29.5%)	7 (13.0%)	32 (23.7%)
สถานภาพสมรส				
โสด	0 (0%)	6 (7.7%)	6 (11.1%)	12 (8.9%)
คู่	2 (66.7%)	52 (66.7%)	35 (64.8%)	89 (65.9%)
หม้าย	0 (0%)	16 (20.5%)	12 (22.2%)	28 (20.7%)
หย่าร้าง	0 (0%)	2 (2.6%)	1 (1.9%)	3 (2.2%)
แยกกันอยู่	1 (33.3%)	2 (2.6%)	0 (0%)	3 (2.2%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับพลังสุขภาพจิต จำนวน ร้อยละ และการแจกแจง
ความถี่ร่วม (Crosstabs) (n = 135) (ต่อ)

	พลังสุขภาพจิต			รวม
	คะแนนระดับ น้อย	คะแนนระดับ มาก	คะแนนระดับ มากที่สุด	
การศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2 (66.7%)	68 (87.2%)	43 (79.6%)	113 (83.7%)
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1 (33.3%)	10 (12.8%)	11 (20.4%)	22 (16.3%)
รายได้				
มีรายได้	1 (33.3%)	69 (88.5%)	49 (90.7%)	119 (88.1%)
ไม่มีรายได้	2 (66.7%)	9 (11.5%)	5 (9.3%)	16 (11.9%)
อาชีพ				
ไม่ประกอบอาชีพ	3 (100%)	55 (70.5%)	28 (51.9%)	86 (63.7%)
ประกอบอาชีพ	0 (0%)	23 (29.5%)	26 (48.1%)	49 (36.3%)
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	0 (0%)	9 (11.5%)	10 (18.5%)	19 (14.1%)
มี 1 โรค	1 (33.3%)	36 (46.2%)	19 (35.2%)	56 (41.5%)
มี 2 โรค	1 (33.3%)	17 (21.8%)	9 (16.7%)	27 (20.0%)
มี 3 โรค	0 (0%)	12 (15.4%)	14 (25.9%)	26 (19.3%)
มี 4 โรค	0 (0%)	4 (5.1%)	2 (3.7%)	6 (4.4%)
มี 5 โรค	1 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.7%)
ภาวะสุขภาพปัจจุบัน				
แข็งแรงระดับมาก	0 (0%)	40 (51.3%)	32 (59.3%)	72 (53.3%)
แข็งแรงปานกลาง	2 (66.7%)	28 (35.9%)	17 (31.5%)	47 (34.8%)
แข็งแรงน้อย	1 (33.3%)	10 (12.8%)	5 (9.3%)	16 (11.9%)
การประสพภาวะความทุกข์ยาก				
ไม่เคย	1 (33.3%)	22 (28.2%)	17 (31.5%)	40 (29.6%)
เคย	2 (66.7%)	56 (71.8%)	37 (68.5%)	95 (70.4%)

2. พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

พลังสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 57.8 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าผู้สูงอายุเลือก “ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ” ในระดับมากที่สุดร้อยละ 52.6 และอีก 4 ด้าน

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเลือกในระดับมาก ได้แก่ ด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 57.8 และด้านความช่วยเหลือ ร้อยละ 58.5 ด้านความเชื่อทางศาสนาและศรัทธา ร้อยละ 61.5 ด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา ร้อยละ 64.4 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 135)

ด้าน	ระดับคะแนน							
	Mean	SD	Min	Max	ไม่มีเลย	น้อย	มาก	มากที่สุด
1. ด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น (I can) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ	10.05	3.64	1	18	0	27 (20.0%)	78 (57.8%)	30 (22.2%)
2. ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ (I am) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ	11.16	2.46	4	15	0	3 (2.2%)	61 (45.2%)	71 (52.6%)
3. ด้านความช่วยเหลือ (I have) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ	7.99	2.31	1	12	0	12 (8.9%)	79 (58.5%)	44 (32.6%)
4. ด้านความเชื่อทางศาสนา และ ศรัทธา (I have) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ	7.49	2.52	1	12	0	19 (14.1%)	83 (61.5%)	33 (24.4%)
5. ด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา (I can) ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ	9.63	2.83	0	15	1 (0.7%)	10 (7.4%)	87 (64.4%)	37 (27.4%)
คะแนนรวม ทั้ง 5 ด้าน	46.32	10.05	13	72	0	3 (2.2%)	78 (57.8%)	54 (40.0%)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.0) และพบคะแนน 5 ด้านเรียงตามลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุด ได้แก่ 1) ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ 2) ด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา 3) ด้านความเชื่อทางศาสนาและศรัทธา 4) ด้านความช่วยเหลือ และ 5) ด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทางของ Grothberg

ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ฉันเป็น (I am) เป็นปัจจัยภายในเฉพาะบุคคล ฉันมี (I have) เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพลังและฉันสามารถ (I can) เป็นสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้ รวมทั้งการปรับตัวในการแก้ปัญหา ดังรายละเอียด
ฉันเป็น (I am) เป็นปัจจัยภายในเฉพาะบุคคล เป็นสภาวะจิตใจที่เข้มแข็ง สงบ อดทนต่อแรงกดดัน ควบคุมตัวเองได้และมั่นใจว่าตนเองต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคได้ เป็นหมวดการประเมิน

ด้านความเข้มแข็งของจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยในระดับสูงที่สุดด้าน “ความเข้มแข็งของจิตใจ” โดยข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องได้แก่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น สถานภาพสมรสคู่ และมีรายได้เพียงพอ ระบุว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรง ปรับตัวตามวัยและอยู่ในสังคมปัจจุบันได้เหมาะสมถึงแม้ว่าจะมีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มที่ยังออกมาใช้บริการทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง หรือมีลูกหลานดูแลบ้าง แต่ยังคงเป็นช่วงวัยที่ดำเนินชีวิตได้ตามที่ตนเองต้องการ พึ่งพาตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและประกอบอาชีพได้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่ม “ติดสังคม” จึงมีทัศนคติบวกต่อตนเอง

สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรฤดี ภาระญาดี และคณะ⁷ และปณิชา บุญสวัสดิ์ และคณะ¹⁴ การศึกษาทั้งสองเรื่องพบผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 50 และ 57.5) โดยมีปัจจัยด้านอายุซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีพลังสามารถจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี มีสถานภาพสมรสคู่ และส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ ทั้งนี้การศึกษาทั้งสองเรื่องใช้เครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิตคนละชุดกันแต่ใช้กรอบแนวคิด Grothberg (1995) ในที่พัฒนาเครื่องมือเหมือนกัน นอกจากนั้นเพ็ญภา กุลนภาดลและจุฑามาศ แหนจอน⁸ ศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบค่าคะแนนเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตอยู่ระดับปานกลาง โดยมีความอิสระต่อการจัดการตนเองในการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิต และการศึกษาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่พบว่า การมีสุขภาพกายแข็งแรง และการเห็น

คุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยเชิงบวก 6 เช่นเดียวกับการศึกษาของมะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ¹⁰ พบผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา มีค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น สถานภาพสมรสคู่ มีโรคประจำตัว แต่กลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ จะเป็นปัจจัยด้านลบกับพลังสุขภาพจิต คือ ส่วนใหญ่มี และผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิต Wagnild & Young¹⁵ ที่กล่าวถึงปัจจัยเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในตนเอง การดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ รู้สึกชีวิตมีคุณค่า มีความหมาย

ฉันมี (I have) เป็นองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตภายใต้ความกดดัน: เป็นหมวดการประเมิน 2 เรื่อง ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาและศรัทธา และด้านความช่วยเหลือ มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ “ความเชื่อทางศาสนาและศรัทธา” ได้แก่ การได้ปฏิบัติกิจกรรมด้านความเชื่อศาสนาด้วยตนเอง หรือครอบครัวสังคมช่วยเหลือ ส่งเสริม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก สอดรับกับข้อมูลทั่วไปของการศึกษาที่สะท้อนมิติของวัฒนธรรมสังคมต่างจังหวัดที่สัมพันธ์ภาพในครอบครัวยังคงเหนียวแน่น ลูกหลานดูแลเลี้ยงดูมารดาบิดา โดยดูจากข้อมูลรายได้ที่ได้รับส่วนใหญ่ได้จากครอบครัวบุตรหลาน เป็นมิติเชิงสังคมอีกมิติหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการอาศัยอยู่ต่างจังหวัด การเข้าถึงและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมและศาสนา มี

ความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องและเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตผู้สูงอายุ จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลเกี่ยวข้อง กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ที่บ่งชี้ว่า หลักคำสอนทางศาสนา ช่วยในการจัดการ ความเครียดในชีวิต และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีใน ครอบครัว ก่อความสมดุลในชีวิต เพิ่มพลังสุขภาพ จิตและช่วยให้สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น¹⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย สุขภาพจิตแข็งแรงในผู้สูงอายุไทยในชนบท ใช้ หลักธรรมคำสอนการปฏิบัติตามหลักพระพุทธ ศาสนาเป็นหลักชัย¹⁷ ซึ่งแตกต่างจากบริบทผู้สูง อายุในสังคมเมืองที่มีการเข้าถึงหรือนำหลักแนวคิด แนวปฏิบัติทางธรรมมาใช้ไม่มากนักเช่นเดียวกับการ ศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าคะแนนด้านความเชื่อ ทางศาสนาและศรัทธาอยู่ในระดับท้าย เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีฐานะรายได้มั่นคงและเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ในการดำเนินชีวิตและเผชิญปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ยึดติดกับหลักธรรมด้านศาสนามากนัก¹⁴

สำหรับ “ด้านความช่วยเหลือ” ได้แก่ การ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในครอบครัว หรือแหล่ง สนับสนุนทางสังคมอื่น การศึกษานี้พบผู้สูงอายุมี แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสังคมที่ ให้การช่วยเหลือด้านกาย จิตใจสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัจจัยเชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และได้รับการสนับสนุน ค่าใช้จ่ายจากคนในครอบครัว คู่สมรสและบุตร หลาน และสามารถแสวงหาและเข้าถึงสิทธิ ประโยชน์และสวัสดิการ เช่น การยื่นขอรับเบี้ย ยังชีพ หรือเบี้ยผู้พิการเมื่อต้องเลี้ยงดูบุตรที่มีภาวะ

ทุพพลภาพ บางรายได้รับความช่วยเหลือเป็น อุปกรณ์ สิ่งของ จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับการ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว สังคมชุมชนและ บริการจากภาครัฐ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลวรรณ ปะธิเกและชนินฐา วิศิษฎ์เจริญ ที่พบ ว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการ ช่วยเหลือด้านอารมณ์และการปกป้องดูแลจาก สมาชิกครอบครัว เพื่อนหรือเครือข่ายทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับการสูญเสีย ความเครียด และมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติวงศ์ สาสวด ที่ พบว่าครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกรัก ช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน เป็นเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพ จิตและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ⁹ และเมื่อบุคคลรับรู้ ว่าตนมีแหล่งสนับสนุนหรือมีคนช่วยเหลือจะเกิด ความรู้สึกเชิงบวก รู้สึกปลอดภัยและเกิดความ เชื่อมั่นในตนเอง ช่วยปรับสมดุลชีวิตเมื่อต้องเผชิญ ความทุกข์ยากลำบาก มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษา พลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี กรุงเทพมหานครและการศึกษาในภาคใต้ ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว การมีบทบาทความ สัมพันธ์ทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิตเหล่านี้นี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกส่งเสริมพลัง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ^{6-7,10,19}

ฉันสามารถ (I can) เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า บุคคลนั้นสามารถทำการแก้ไขปัญหาและมีทักษะ ในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดต่อสื่ ่เอาชนะอุปสรรค ปัญหา หรือวิกฤต ได้เหมาะสม: เป็นหมวดการประเมิน 2 เรื่อง ได้แก่ ด้านการ ผ่านคลายและแก้ปัญหาและด้านการอยู่ร่วมกับ

ผู้อื่น คะแนนเฉลี่ยระดับมาก การศึกษาครั้งนี้ “ด้านการผ่อนคลายและแก้ปัญหา” ได้แก่ การเข้าใจ ยอมรับปรับตัวพัฒนาตนเองจากประสบการณ์การเรียนรู้ ควบคุมตนเองได้ดีในสถานการณ์ที่เผชิญ และมีคนที่ไวใจปรึกษาได้ และด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้แก่ อารมณ์ขัน การมองโลกบวก มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เป็นผู้ให้และผู้รับอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีโรคประจำตัว 1 โรค และรู้ว่าตนเองสุขภาพแข็งแรงระดับมาก ทั้งนี้สองหัวข้อนี้เป็นทักษะที่มีความเชื่อมโยงบูรณาการสิ่งต่าง ๆ ที่ลึกลับ เรียนรู้มาปรับตัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Lars Tornstam ที่กล่าวว่า ผู้ที่จะพัฒนาสู่การเกิดวุฒิภาวะและภูมิปัญญานั้นได้พัฒนาตนเองในมิติการมองโลกมิติมองตนและมิติการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจตนเองและบุคคลอื่นตามความเป็นจริง ยอมรับและปรับตัวอยู่ร่วมวัยอื่น ทั้งในครอบครัว และในสังคม และอยู่ด้วยความมีคุณค่าและศักดิ์ศรี⁴ สูงอายุกลุ่มนี้ จึงเป็นกลุ่มที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูง ดังเช่นการศึกษาที่พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้อื่น มีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมด้วยการเป็นผู้มีอารมณ์ขัน คิดบวก กระตือรือร้น และคงทำการช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลัง การมีเครือข่ายทางสังคม การมีกลุ่มเพื่อน การมีส่วนร่วมในครอบครัวเป็นปัจจัยเชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ²⁰ ทั้งนี้ ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมองโลกในแง่ดี คิดบวก ภูมิใจในตนเองและเชื่อมั่นในตนเอง มีจิตที่สงบและมั่นคง เป็นกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและการปรับตัว เหล่านี้เป็นกลไกสุขภาพจิตด้านปกป้อง (protective factors)¹⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาที่

พบว่าการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวทั้งในครอบครัวและสังคม การยอมรับเข้าใจและเรียนรู้การมีความยืดหยุ่นยอมรับการเปลี่ยนแปลง การมีความหวังและมองโลกในแง่ดีและมองให้กว้าง การคิดและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมเรียนรู้สิ่งใหม่เกี่ยวกับตัวเอง การภูมิใจในตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²¹ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบคนที่มีความคิดและอารมณ์เชิงบวก จะมีความแข็งแกร่งชีวิตหรือพลังสุขภาพจิตในระดับสูง¹⁸ นอกจากนั้นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานที่รู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรง มีความเชื่อมั่นตนเอง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จะสามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และประสบความสำเร็จในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพลังสุขภาพจิต¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบการรับรู้ภาวะสุขภาพเชิงบวกสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตโดยผ่านประสบการณ์ ความทุกข์ยาก และปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ กระตุ้นให้เกิดกระบวนการเกิดพลังสุขภาพจิตในแต่ละบุคคล⁷

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่เรียนรู้ ฝึกฝน ลังสมและพัฒนาได้ด้วยตนเองและการได้รับสนับสนุนจากบุคคลอื่นทั้ง ครอบครัว สังคม ชุมชน ในทั้งสามมิติทั้งในด้านการสร้าง ความมั่นคงทางอารมณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตน (I am) การเสริมสร้างกำลังใจ ซึ่งควรได้รับการยอมรับ สนับสนุน ดูแลจากครอบครัว สังคม ชุมชน (I have) และการเรียนรู้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาและปรับตัว

(I can) เป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างสมดุลทั้งด้านกายจิตสังคมจิตวิญญาณ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยมีข้อจำกัด คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลในระหว่างมี การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุไม่ได้เข้ามาตรวจรับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อจำกัดของการใช้เทคโนโลยีในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีข้อจำกัด เนื่องจากเป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือที่ใหม่สำหรับผู้สูงอายุ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและตอบข้อซักถาม ทั้งนี้อาจมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่เข้าใจแบบสอบถามแต่ไม่ได้สอบถามผู้วิจัยเพิ่ม ทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน ดังนั้นในการนำแบบประเมินที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคย ผู้วิจัยควรเป็นผู้อ่านแบบสอบถามชี้แจง ให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการปฏิบัติการพยาบาล ควรส่งเสริมให้บุคลากรทีมสุขภาพมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ

ยกย่องสนับสนุนให้คุณค่ากับประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้ตนเองว่ามีสุขภาพแข็งแรงและมาับการรักษาต่อเนื่อง พบมีองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตด้าน อึด: ฉันเป็น (I am) มีค่าระดับคะแนนสูงซึ่งสะท้อนความเข้มแข็ง ซึ่งเกิดจากผู้สูงอายุเป็นหลัก ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพควร และส่วนที่บุคลากรทีมสุขภาพควรเพิ่มการส่งเสริมมากขึ้นได้แก่ องค์ประกอบด้าน อึด: ฉันมี (I have) และ องค์ประกอบด้าน ลู: ฉันสามารถ (I can) โดยเปิดโอกาสให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเพื่อให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างสมดุล เป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful ageing) เข้าสู่พัฒนาการขั้นสุดท้ายที่สมดุล (integrity) ตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของเอริคสัน

2. ในการวิจัย ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยตระหนักถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุในแต่ละบริบท และควรมีการศึกษาด้วยการผสมผสานวิธีเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพที่สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Chunharas S, Damrikarnlerd L, Kaewket W, Thananchai C, editors. Situation of the Thai elderly 2008 [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 21]. Available from: <https://thaitgri.org/?p=36180>
2. Yodphet S, Phattanasri P, Sakdap T. The final report, the lessons learned from the best practices in schools and seniors' clubs with knowledge management activities. Bangkok: J Printing; 2017. (in Thai)
3. Tornstam L. Gero-transcendncnc: a reformulation of the disengagement theory. Aging Clin Exp Res 1989;1:55–63. <https://doi.org/10.1007/BF03323876>
4. Intasit S, Julkiri S, editors. Plean Rai Klay Pen Dee: resilience quotients. 4th ed. Bangkok: Beyond Publishing; 2019. (in Thai)
5. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of Thai Elderly 2020. Nakorn Pathom: Printery. (in Thai)
6. Chaosuansreecharoen KR, Chaosuansreecharoen P, Khongsanit S. Predicting factors of resilience among the elderly residents of nursing home in Southern Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2019;27(2):65-79. (in Thai)
7. Parayat C, Kangchai W, Somanusorn S. Predictive factors of resilience among elderly. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2016;24(2):97-106. (in Thai)
8. Koolnaphadol P, Haenjohn J. Education and development of resilience among elderly by integrating the participation process of the family and civil society networks. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2015. (in Thai)
9. Sasuad K. Factors affecting the quality of life of the elderly in the Eastern Province. NRRU Community Research Journal 2017;11(2):21-38. (in Thai)
10. Photipim M, Bonyaphagorn S, Bunyaphagorn J, Ketbumroong V, Norkaew J, Sungwalee W, Chavengkun W. Factors related to the resilience quotient of the older adults living in a community, Nakhon Ratchasima Province. Journal of Vongchavalitkul University 2021;34(1):22-33. (in Thai)
11. Chunsorn N, Kangchai W, Rattanajarana S. Predictive factors of resilience among elderly with diabetes. Journal of Nursing and Health Sciences 2018;12(2):12-24. (in Thai)

12. Yamane T. Statistics: an introductory statistics. 2nd ed. New York: Harper & Row; 1973.
13. Maneerat S, Isaramalai S, Boonyasopun U. A conceptual structure of resilience among Thai elderly. *International Journal of Behavioral Science* 2011;6(1):24-40
14. Boonsawad P, Petchlorlian A, Tongboonchoo C, Rattanaivicha W, Duangduen Y. Resilience in older adults at Wellness Center. *J Royal Thai Army Nurses* 2020;21(3): 481-90. (in Thai)
15. Wagnild G. Resilience and successful aging. Comparison among low and high income older adults. *J Gerontol Nurs* 2003;29(12):42-9. doi: 10.3928/0098-9134-20031201-09
16. Rezaei M, Izadi-Avanji FS, Safa A, Fernanda Cal S. The impact of resilience on the perception of chronic diseases from older adults' perspective. *JCCNC* 2018;4(4):231-39. doi:10.32598/jccnc.4.4.231
17. Boonsawad P, Sethabouppha H, Lasuka D, Muecke MA. An ethnography: How does Buddhist doctrine, a local wisdom, affect older Thai villagers' well-being? *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2016;20(3):252-65.
18. Pathike W, Wisitcharoen K. Community nurses' roles to promote resilience in Thai older people. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunprasitthiprasong* 2019;3(1):1-12. (in Thai)
19. Musiksirijirakun T, Sawangsopakul B. Resilience, family relationships, social participation activities, life satisfaction of elderly, Tambon Bang Rak Phatthana, Amphoe Bang Bua Thong, Nonthaburi Province. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham* 2016;35:75-86. (in Thai)
20. Cossío-Torres P, Padrón-Salas A, Sathiyaseelan A, Soria-Orozco M, Nieto-Caraveo A. Psychosocial correlates of resilience among older adults in Mexico. *Biomed Pharmacol J* 2019;12(2):825-32.
21. Thongkhum K, Peungposop N, Sakunpong N. Resilience in the elderly: concept and approaches to promoting resilience. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(1):105-16. (in Thai)