บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Predictive Factors of Resilience among Elderly with Diabetes

นภัสกร จันทร์สอน (NapassakornChunsorn)**
วารี กังใจ (WareeKangchai)***
สหัทยา รัตนจรณะ (SahattayaRattanajarana)****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 108 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74, .79, .85, .87 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 147.16, SD = 12.32) การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436)

---

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคคลากรทีมสุขภาพ ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

Abstract

The purpose of this predictive correlational study were to determine the resilience in odder adults with diabetes andthe predictive factors of resilience among older adults with diabetes. The participants were 108 male and female older adults aged 60 and older who had been diagnosed type 2 diabetes and received care at OPD, Banna Hospital, NakhonNayokprovince between July to August, 2016. They were selected by using simple random sampling technique. Demographic Questionnaire, Perceived Health Status Scale, Coping Scale, Instrumental Activity of Daily Living (Chula ADL Index) Questionnaire, Social Support Questionnaire, and the Resilience Scale were used to collect data. Cronbarch's alpha coefficients of these instruments were .74, .79, .85, .87 and.83 respectively. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The results indicated that the mean resilience score of the participants was at a high level ($\overline{X}$ = 147 .16, SD = 12.32). Social support, perceived health status, and IADLs all together could predict 43.6% of the variance in resilience (R2 = .436, $p < .01$).

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

Keywords: Predictive factors, Resilience, Older adults with diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆจากรายงานการเกิดโรคเบาหวานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.9 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.58 (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธาและภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่สอง (Type 2 Diabetes Mellitus) (Touhy& Jett, 2012)

สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยจากการเสื่อมสภาพของตับอ่อน ทำให้เซลล์เบต้า (Beta cell) และการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินของตับอ่อนลดลงรวมทั้งภาวะที่ดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีภาวะเมตาบอลิซึมผิดปกติส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่ตาและไต ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและสมอง และเป็นแผลที่เท้า (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคไตวายระยะสุดท้าย การมองเห็นลดลง และอัตราการตัดขา พบมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Li, Burrows, Gregg, Albright, &Geiss, 2012) ประกอบกับวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมต้องเผชิญปัญหากับโรคเป็นระยะเวลานาน ต้องปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและแผนการรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นสาเหตุนำไปสู่ความยุ่งยากในการปฏิบัติตัวและการดูแลรักษา (Kirkman, Briscoe, Clark, Florez, Haas, Halter, et al., 2012) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (Celano, Beale, Moore, Wexler, & Huffman, 2013) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่มีจิตใจเข้มแข็งสงบมั่นคงและมีพลังสุขภาพจิตสูงจะสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้ (Wagnild& Collins, 2009)

พลังสุขภาพจิต (Resilience) คือ คุณลักษณะเฉพาะของบุคคลในด้านบวก ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัว บรรเทาผลกระทบจากภาวะเครียด และฟื้นฟูภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความยากลำบากในชีวิต (Wagnild&Young, 1993) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ คือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง(Equanimity) 2) การมีความเพียรและอดทน (Perseverance) 3) การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) 4) การมีความหมายในชีวิต (Meaningfulness) และ 5) การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง (Existential aloneness)

การส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้แม้ต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต(Hengudomsub, 2007) ซึ่งพลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาได้และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ (Grotberg, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ยังมีข้อจำกัดและยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวปัจจัยที่นำมาศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของResnick, Gwyther, and Roberto (2011)ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะของบุคคล (Personality trait) เช่น การมองโลกในแง่ดี การมีสติและความเข้มแข็งอดทนด้านสุขภาพ 2) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 3) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา (Coping styles) และ 4) การปฏิบัติกิจกรรม (Activity) รวมทั้งจากงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ Wagnild and Young (1993)และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยเลือกมาทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฉัตรฤดี ภาระญาติและวารี กังใจ, 2559; Wagnild, 2003) การเผชิญปัญหา (Resnick,Gwyther, & Roberto,2011; Steward & Yuen, 2011; Yi-Frazier,Smith, Vitaliano, Yi, Mai, Hillman, et al., 2009) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง(Hardy, Concato, & Gill, 2004)และการสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติและวารี กังใจ, 2559; Wagnild, 2003) โดยศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ซึ่งมีผู้สูงอายุที่

เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นจำนวนมาก ดังข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา ปี พ.ศ. 2558พบว่ามีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 72.9 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาทั้งหมด และมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 3.5 (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านนา, 2558)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลจะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิตได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2559

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านนา อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 108 คน ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา ได้มาจากการสุ่มประชากรแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาตามนัดในแต่ละวัน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2) สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อนขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณจากสูตรของTabachnick & Fidell (2013) คือ $n \geq 104 + m$ ซึ่ง n คือ จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง m คือ จำนวนตัวแปรต้น ในการวิจัยครั้งนี้ มีตัวแปรต้นจำนวน 4 ตัวแปร เมื่อนำมาแทนค่าในสูตรจึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 108 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 108 คน

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) ของคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) แบบทดสอบนี้มีทั้งหมด 11 ข้อมีจุดตัด (Cut of point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมได้แก่ จุดตัด ≤ 14 คะแนนในผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือจุดตัด ≤ 17 คะแนนในผู้สูงอายุปกติเรียนหนังสือระดับประถมศึกษา และจุดตัด ≤ 22 คะแนนในผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของวนิดา หาญคุณากุล (2539) พัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของ Brook, Ware, Davies-Avery, Stewart, Donald, Rogers, et al. (1979) ครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีตปัจจุบันและอนาคตมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุดแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ โดยข้อความเชิงบวกให้คะแนน 4-1 คะแนน ข้อความเชิงลบให้คะแนน 1-4 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ไม่ดี และคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ดี วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 (วนิดา หาญคุณากุล, 2539)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญปัญหาของปราณี มิ่งขวัญ (2542)ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบวัดการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1988) โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman(1984) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดการเผชิญปัญหาของบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การจัดการกับอารมณ์และ 3) การเผชิญปัญหาทางอ้อม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ โดยให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้วิธีการเผชิญปัญหา ได้แก่ ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกือบทุกครั้ง วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .86 (ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) การแปลผลค่าคะแนนในการศึกษาครั้งนี้คะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุใช้วิธีต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหาบ่อยครั้ง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุใช้วิธีต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหาน้อยครั้ง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องดัชนีจุฬาเอดีแอล(Chula ADL Index)ของ Jitapunkul, Kamolratanakul, Chandraprasert, and Bunnag (1994) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมเรื่องการเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำงานบ้าน การประกอบอาหาร การแลกเปลี่ยน/ทอนเงิน และการใช้บริการขนส่งสาธารณะ โดยสอบถามกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการประเมินลักษณะการพึ่งพาของผู้สูงอายุ การพิจารณาภาวะพึ่งพาจะพิจารณาทั้งรายกิจกรรมและการใช้คะแนนรวม โดยที่คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 และคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 9 คะแนน(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .87(ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และสิร์ดาภัทร สุขฉวี, 2015)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การเงิน/แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประเมินค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 5-1 ตามลำดับได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย วิเคราะห์ความเที่ยง

ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ.81 (กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550)

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดความยืดหยุ่นของ ทัศนาชูวรรธนะปกรณ์ (Choowattanapakorn, Alex, Lundman, Norberg, &Nygren, 2010)ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (ResilienceScale) ของ Wagnlid and Young (1993) ข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน 1-7 ตามลำดับได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย เฉย ๆ เห็นด้วยเล็กน้อย เห็นด้วยปานกลางและเห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งระดับของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ วิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ.92 (Choowattanapakorn et al., 2010)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเครื่องมือที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในครั้งนี้ เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาอีก แต่ได้นำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การเผชิญปัญหาแบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่คลินิกเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ซึ่งมีลักษณะพื้นที่ทางกายภาพและจำนวนประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74, .79, .85, .87 และ .83 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ และแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเบาหวาน ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ชุด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อคำถามและข้อคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนประมาณ 30-45 นาที จนครบจำนวน 108 คน หลังจากนั้น นำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลส่วนบุคคลของ กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการ 14-03-2559 เมื่อวันที่ 20 เมษายนพ.ศ. 2559 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ชี้แจงให้ผู้สูงอายุทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมหรือการปฏิเสธและการถอนตัวจากโครงการเป็นไปตามสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การรายงานและการเผยแพร่งานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1.ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4) มีอายุเฉลี่ย 69.84 ปี (SD = 6.42) ครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี(ร้อยละ 50.0)มีสถานภาพสมรสคู่(ร้อยละ 50.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาสูงสุด เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.6) อาชีพในปัจจุบัน ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.7) แหล่งที่มาของรายได้หลัก มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 53.7) ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน อยู่ในช่วงระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือน้อยกว่า 5 ปี(ร้อยละ 34.3) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ครั้งล่าสุดอยู่ในช่วง 131-160 mg% (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือ 80 -130 mg% (ร้อยละ 29.6) โรคประจำตัวอื่นๆ ที่เป็นร่วมกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.0) ลักษณะของยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ใช้ยารับประทานอย่างเดียว (ร้อยละ 77.8) และชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานส่วนใหญ่ คือ Metformin (50 mg) (ร้อยละ76.9)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 147.16, SD = 12.32) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูง ($\overline{X}$ = 53.65, SD = 4.32) การเผชิญปัญหามีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางต่ำ ($\overline{X}$ = 92.48, SD =15.32) ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูง ($\overline{X}$ = 8.03, SD = 0.93) และการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยค่อนไปทางสูง ($\overline{X}$ = 70.65, SD = 6.30) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต (n =108)

ระดับของพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 121 คะแนน)	6	5.6
ปานกลาง (121-146 คะแนน)	43	39.8
สูง (147-175 คะแนน)	59	54.6
($\overline{X}$ = 147.16, SD = 12.32, ระดับสูง)		

ตารางที่ 2 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม (n =108)

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

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง สามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta = .393, p < .01) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .319, p < .01) และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Beta = .279, p < .01) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายพลังสุภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (n = 108)

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	P-value
การสนับสนุนทางสังคม	.768	.149	.393	5.134	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.907	.220	.319	4.120	< .001
ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง	3.688	.985	.279	3.748	< .001
Constant (a)	14.646	14.875	-	.985	.327

$R = .660, R^2 = .436$, R2adj = .419, $F(3, 104) = 26.751$ Sig of F = < .01

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 147.16, SD = 12.32) อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นคือ 60-69 ปีซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลังเป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ และเป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉง สามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากกว่าวัยอื่น(ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) นอกจากนั้นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถทำงานบ้านและใช้บริการขนส่งสาธารณะได้ โดยไม่ต้องมีคนดูแลซึ่งการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างสม่ำเสมอจะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ พึ่งตนเองได้ ลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้า ทำให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (Resnick et al., 2011)สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild & Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง การสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และการมีความหมายในชีวิต นอกจากนั้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 78.7) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอทำให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต และเข้าถึงแหล่งบริการด้านต่าง ๆ ได้ตามที่ต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnild (2003) พบว่า สองในสามของผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพลังสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากปัจจัยที่คัดสรร

ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญปัญหา ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 43.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .436) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .488, p < .01) และเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้มากที่สุด (Beta = .393, p < .01) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ความผูกพัน การให้ความช่วยเหลือ บริการต่าง ๆ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและข้อมูลย้อนกลับ ทำให้บุคคลมีความมั่นใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะที่ตึงเครียด (House, 1981) เป็นปัจจัยสนับสนุนภายนอกที่ช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตและปกป้องบุคคลจากสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Grotberg, 2003)การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือข่ายทางสังคมจะช่วยส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Resnick et al., 2011) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ53.7) มีแหล่งที่มาของรายได้หลักจากบุตรหลาน แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรหลาน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนาในการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานทุกครั้งที่มารับบริการ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย มองว่าชีวิตมีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Well (2010) พบว่า การมีเครือข่ายและแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (r = .21, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ และวารี กังใจ (2559) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตและสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .51, p < .01, R^2 = .309, p < .01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bahremand et al. (2015) พบว่า บทบาทหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (r = 0.57, p < .01) และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพจิตดีขึ้น

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .467, p < .01) และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Beta = .319, p < .01) อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของบุคคลโดยสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Brook, Rai, Alikhani, Mohammadi, Shahebrahimi, & Janjani, 1979) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีและมีพลังสุขภาพจิตที่สูง จะมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้และเป็นผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในชีวิต (Wagnild, 2003) จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 53.65 (SD = 4.32) ซึ่งมีคะแนนค่อนไปทางสูง เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีค่าเท่ากับ 42.50 และจากการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำ

ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจากทีมแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลบ้านนาทุกครั้งที่มารับบริการ รวมทั้งได้รับความรู้จากการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพประจำปีทุกปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี รับรู้ถึงความเข้าใจของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ มีความหวังเกี่ยวกับสุขภาพและตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดี เกิดพลังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง มองว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมาย ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Wagnild & Young (1993) ในด้านการมีความเชื่อมั่นในตนเอง และการมีความหมายในชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ Wagnild (2003) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ประสบผลสำเร็จในชีวิตเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ($r = .31, p < .01$ และ $r = .37, p < .01$ ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติและวารี กังใจ (2559) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตและสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01, R^2 = .309, p < .01$)

ส่วนความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยพบว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .342$, $p < .01$)และสามารถร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Beta = .279, $p < .01$) อธิบายได้ว่าความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมที่ซับซ้อนและจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน 2) การทำงานบ้าน 3) การประกอบอาหาร 4) การแลกเปลี่ยน/ ทอนเงิน และ 5) การใช้บริการขนส่งสาธารณะ (สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล, 2542) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในตนเองต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยลดระดับความเครียด ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ทำให้พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เกิดผลลัพธ์นำมาซึ่งสุขภาพที่ดีและความผาสุก (Resnick et al., 2011) จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องเท่ากับ 8.03 (SD = 0.93) ซึ่งมีคะแนนค่อนไปทางสูงเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของแบบสัมภาษณ์ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ที่มีค่าเท่ากับ 4.50 และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี สามารถจัดเตรียมอาหารได้เอง ทำความสะอาดบ้าน ถูบ้าน ซักเสื้อผ้าได้ สามารถทอนเงิน/แลกเงิน และสามารถใช้บริการรถเมล์/รถสองแถวได้เองโดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องและดำรงชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีพลังสุขภาพจิตสูง ดังนั้น ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง จึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตและสามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hardy et. al., (2004) ที่ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน พบว่า ความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.36, 95% CI = 1.05-1.69, $p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การเผชิญปัญหา ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่า การเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($r = -.266, p < .01$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก บุคคลจะประเมินเหตุการณ์และเลือกใช้วิธีการในการเผชิญปัญหาในแต่ละ

สถานการณ์แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ที่ได้รับ (Lazarus &Folkman, 1984) และองค์ประกอบของตัวแปรการเผชิญปัญหา ที่ประกอบด้วยวิธีการเผชิญปัญหา 3 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาทางอ้อม อาจใกล้เคียงกับองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิตซึ่งมี 2 ด้าน คือ ด้านความสามารถเฉพาะบุคคลและการยอมรับในตนเองและชีวิต จึงทำให้ไม่สามารถทำนายพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยระยะเวลาของการเป็นโรคเรื้อรังกับพลังสุขภาพจิตและพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคพาร์กินสัน เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาล เพื่อช่วยพัฒนาและส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

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

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

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

ฉัตรฤดี ภาระญาติและวารี กังใจ. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 97-106.

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

ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล, สมสมัย สังขมณี, สุธีร์ รัตนะมงคลกุล, วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์ และสิร์ดาภัทร สุขฉวี.(2015). ภาพสุขภาวะของผู้สูงอายุผ่านมุมมองพฤฒพลังในชุมชนจังหวัดนครนายก. Journal of Medicine and Health Sciences, 22(2), 48-60.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

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

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

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

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2).กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hengudomsub, P. (2007). Resilience in later life. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2(1), 115-123.

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

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

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

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

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

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

Resnick, B., Gwyther, L. P., & Roberto, K. A. (Eds.). (2011). Resilience in aging: Concepts, research, andoutcomes. New York: Springer.

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

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

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

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

Wagnild, G.M., &Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement, 1(2), 165-178.

Wagnild, G., & Collins, J. A. (2009).Assessing resilience. Psychosocial Nursing, 47(12), 28-33.

Well, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas.Journal of Rural Nursing and Health Care, 10(2), 45-54.

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