

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน

ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง พย.ม.¹, กานต์ตริน ศรีสุวรรณ พย.ม.^{1*},
เกษร ศาสตราธรรม พย.ม.², สงวน ธาณี ปรด.³

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลประสบปัญหาสุขภาพจิต ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด จากภาระดูแลผู้สูงอายุที่ยาวนาน จำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่ทำนาย ภาวะสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในระยะยาว งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยเป็นพรรณนาเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 114 ราย ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัด ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบวัดการมองโลกในทางบวก แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพและแบบวัดการสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากร ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .89, .85, .90 และ .92 ตามลำดับ และ แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) วัดระดับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .80, .76 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัย: รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมองโลกในแง่บวก เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิต ของผู้ดูแล โดยรายได้ทำนายภาวะซึมเศร้า (Beta = -0.218) และวิตกกังวล (Beta = -0.227) ส่วนการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน (Beta = -0.241) และการมองโลกในแง่บวก (Beta = -0.222) ทำนายภาวะเครียดได้ ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาดูแล ความฉลาดทางสุขภาพ และ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้

สรุป: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีรายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ ทักษะคิดเชิงบวก ซึ่งเป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงให้มีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ปัจจัยทำนาย ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³นักวิชาการอิสระ

* ติดต่อผู้พิมพ์: กานต์ตริน ศรีสุวรรณ; e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

วันรับ: 21 ก.ค. 2568 วันแก้ไข: 9 มี.ค. 2569 วันตอบรับ: 30 มี.ค. 2569

Factors Influencing the Mental Health of Caregivers of Elderly with Hypertension in the Community

Kongkrissadakorn Chondaeng M.N.S.¹, Kantarin Srisuwan M.N.S.^{1*},
Kesorn Sattratham M.N.S.², Sanguan Thanee Ph.D.³

Abstract

Background: As the number of elderly individuals with hypertension rises, caregivers increasingly face mental health challenges such as depression, anxiety, and stress due to the ongoing demands of caregiving. To enhance caregivers' long-term quality of life, it is essential to investigate the factors that predict these mental health conditions. This research seeks to explore the elements affecting the mental health of caregivers for elderly individuals with hypertension within the community.

Methods: This research is a predictive descriptive study involving a sample of 114 caregivers of elderly patients with hypertension in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The participants were selected through multi-stage random sampling. The research instruments, which were validated, included a personal information questionnaire, a self-efficacy scale, a positive thinking scale, a health literacy scale, and a resource support scale, with reliability coefficients of .89, .85, .90, and .92, respectively. Additionally, the caregivers' mental health status was evaluated using the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), which assesses levels of depression, anxiety, and stress, with reliability coefficients of .80, .76, and .82, respectively. Data analysis was conducted using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

Results: Income, self-efficacy, and optimism are key predictors of caregivers' mental health. Income is linked to depression (Beta = -0.218) and anxiety (Beta = -0.227), while self-efficacy (Beta = -0.241) and optimism (Beta = -0.222) account for a 12 percent prediction of stress, with statistical significance. Other factors, such as age, duration of caregiving, health literacy, and access to resources, do not predict mental health status.

Conclusion: The findings of this study underscore the significance of fostering income generation, self-efficacy, and a positive attitude. These elements serve as essential guidelines for planning support for caregivers of elderly individuals with hypertension, ensuring their mental well-being.

Keywords: mental health, predictive factors, caregivers, elderly, hypertension

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon ratchathani University

²Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Sunpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

³Independent Scholar

*Corresponding author: Kantarin Srisuwan; e-mail: kantarin.s@ubu.ac.th

Received: 21 July 2025 Revised: 9 March 2026 Accepted: 30 March 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์สำคัญของสังคมโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2023 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีประมาณ 1.1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.4 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 และอาจเพิ่มสูงถึงประมาณ 2.1 พันล้านคนในปี ค.ศ.2050 สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกอย่างรวดเร็ว¹ สำหรับประเทศไทยในปี ค.ศ. 2022 มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประมาณ 13.2 ล้านคน ในขณะที่มีอัตราการเกิดลดลง ทำให้ประชากรวัยทำงานก็มีแนวโน้มลดลงด้วย เหลือเพียงประมาณร้อยละ 56 ของประชากรทั้งหมด และอนาคตภายในปี ค.ศ. 2030 สัดส่วนผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 21.3 ซึ่งอยู่ในระดับสูงสุดเป็นอันดับสองในอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² โดยในกลุ่มผู้สูงอายุ “สุขภาพ” เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขหลักของประเทศ โดยคิดเป็นร้อยละ 75 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ³ ซึ่งโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนต้องการการดูแลในระยะยาวและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมักประสบกับภาวะทุพพลภาพและไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ “ผู้ดูแลผู้สูงอายุ” มีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลมักเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน หรือคู่สมรส อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นงานที่มีความซับซ้อนและต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ^{4,5}

จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากประสบกับปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล และมีอาการเหนื่อยล้าทางอารมณ์ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสุขภาพจิตที่อ่อนแอ และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และแหล่งทรัพยากรสนับสนุนทางสังคม⁷⁻⁸ โดยอายุและระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลและความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น⁹⁻¹⁰ ในขณะที่รายได้เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ช่วยเพิ่มความมั่นคงในการดำรงชีวิตและลดความกดดันด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น¹⁰ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมองโลกในแง่ดี ยังมีบทบาทสำคัญต่อการเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ดูแล โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีทัศนคติเชิงบวก มักสามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีระดับความเครียดต่ำกว่า¹¹⁻¹² ขณะเดียวกันความฉลาดทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดความวิตกกังวลในการดูแล¹³ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดภาระการดูแลและเป็นปัจจัยปกป้องสุขภาพจิตของผู้ดูแล¹⁴⁻¹⁵ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงซึ่งพบมากที่สุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ หากควบคุมโรคได้ไม่ดีอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และภาวะไตเสื่อม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตและต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการติดตามการรักษา การควบคุมอาหาร การใช้ยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะสร้างภาระให้แก่ผู้ดูแล

ทั้งในด้านการจัดการกับอาการที่เรื้อรังและความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง³ แม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักมีโรคร่วมหลายโรค แต่ในการศึกษานี้เน้นศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง เพียงอย่างเดียวเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว ทั้งการติดตามการใช้ยา การควบคุมอาหาร และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและ โรคอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้อย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ดูแล ต้องมีความรับผิดชอบในการติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด¹⁶

ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญ เพื่อทำความเข้าใจภาวะการดูแลเฉพาะของโรคดังกล่าวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาเพียงพอเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งยังมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัย จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่ได้รับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และควรได้รับการศึกษาเพื่ออธิบายอำนาจการทำนายของปัจจัยเหล่านี้ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

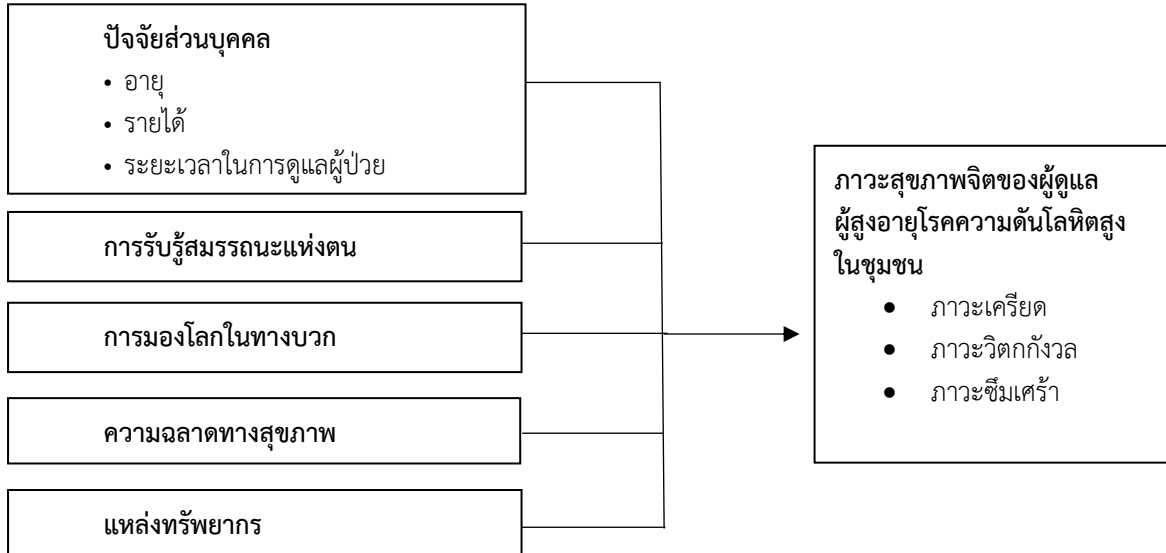
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และแหล่งทรัพยากร ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด Caregiving Stress Process Model⁹ มาใช้เป็นกรอบในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยแนวคิดดังกล่าวอธิบายว่าความเครียดของผู้ดูแลเป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัต (dynamic process) ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ความเครียดเบื้องต้น (primary stressors) ซึ่งเกิดจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ภาระงาน รับผิดชอบ และความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ต่อเนื่องไปสู่ความเครียดทุติยภูมิ (secondary stressors) ที่เกิดจากผลกระทบของบทบาทการดูแล เช่น ปัญหาทางการเงิน ความขัดแย้งภายในครอบครัว และข้อจำกัดด้านเวลา ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของความเครียดดังกล่าวอาจถูกปรับเปลี่ยนหรือบรรเทาได้ด้วยปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยปกป้อง (mediators) เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรในสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในการเผชิญและจัดการกับสถานการณ์การดูแลได้อย่างเหมาะสม ภายใต้กระบวนการดังกล่าว ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแล อาจมีบทบาททั้งในการเพิ่มหรือลดระดับความเครียด

จากบทบาทการดูแล ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงพลวัตของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคมดังกล่าว เพื่ออธิบายอำนาจการทำนายต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ดังแผนภาพกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และแหล่งทรัพยากร สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย (descriptive predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ของอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 3,292 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเดียว โดยได้รับการวินิจฉัยและรักษามากกว่า 3 เดือน ขึ้นไป 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช 5) ยินดีที่เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) มีปัญหาสุขภาพหรือเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในระหว่างการเก็บข้อมูลจนเป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล 2) ผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุเสียชีวิตในระหว่างช่วงที่เก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้โปรแกรมการคำนวณสำเร็จรูปในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้นจำนวน 114 ราย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยหลักการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ซึ่งเป็นสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดจำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทำนายทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ และแหล่งทรัพยากร การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงตามแนวคิดของ Cohen¹⁴ โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size, $f^2 = 0.15$)¹⁷ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่นิยมใช้ในการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าจำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่าง 104 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็นจำนวน 114 ราย ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) จากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมดจำนวน 22 แห่ง ในอำเภอวารินชำราบ มาจำนวน 4 แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งได้แก่ รพ.สต. เมืองศรีโค รพ.สต.โพธิ์ใหญ่ รพ.สต.ทุ่งบอน และรพ.สต.ก่อ จากนั้นคำนวณหาสัดส่วนตามจำนวนประชากรในพื้นที่ ได้แก่ รพ.สต.เมืองศรีโค 18 ราย รพ.สต. โพธิ์ใหญ่ 22 ราย รพ.สต. ทุ่งบอน 24 ราย และ รพ.สต. ก่อ 50 ราย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) จากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยในระบบของแต่ละ รพ.สต. เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 114 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566 เลขที่ UBU – REC 48 / 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาคุณเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมาใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) พัฒนาโดย Peter F. Lovibond และ Sydney H. Lovibond¹⁸ เพื่อใช้ประเมินภาวะอารมณ์ด้านลบ 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในระดับสากล⁹ ต่อมา ในบริบทของเอเชียรวมถึงประเทศไทย ได้มีการศึกษาตรวจสอบโครงสร้างและคุณภาพของเครื่องมือโดย Oei, Sawang, Goh and Mukhtar¹⁹ ซึ่งยืนยันว่า DASS-21 มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่าง สำหรับประเทศไทยได้รับการแปลและตรวจสอบคุณภาพในบริบทภาษาไทยโดยสุกัลยา สว่าง และคณะ¹⁹ ซึ่งพบว่ามีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สามารถนำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในประชากรไทยได้อย่างเหมาะสม โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (0–3 คะแนน) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) ภาวะวิตกกังวล (ข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) และความเครียด (ข้อ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) รวมจำนวน 21 ข้อ โดยมีการแปลผลดังนี้

ระดับ	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ภาวะเครียด
ระดับปกติ	0-4	0-3	0-7
ระดับเล็กน้อย	5-6	4-5	8-9
ระดับปานกลาง	7-10	6-7	10-12
ระดับรุนแรง	11-13	8-9	13-16
ระดับรุนแรงมาก	14 คะแนน ขึ้นไป	10 คะแนน ขึ้นไป	17 คะแนน ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมองโลกในทางบวก (optimism) ที่ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ The Life Orientation Test (LOT)²⁰ ที่มุ่งถามถึงความคาดหวังที่มีต่อเหตุการณ์ที่บุคคลคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นนั้นเป็นไปในเชิงบวกหรือลบ จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10 และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 7 และ 9 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ดังต่อไปนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ท่านไม่เห็นด้วยต่อข้อคำถามดังกล่าว	2	4
ท่านไม่แน่ใจต่อข้อคำถามดังกล่าว	3	3
ท่านเห็นด้วยต่อข้อคำถามดังกล่าว	4	2
ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อข้อคำถามดังกล่าว	5	1

การแปลผลคิดค่าการรวมคะแนนจากทุกข้อคำถามที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 10 – 50 คะแนน ดังนั้นหากผู้ที่มีผลรวมค่าคะแนนระดับสูง หมายถึง บุคคลมีการมองโลกในแง่ดีมาก และผู้ที่มีผลรวมค่าคะแนนระดับต่ำ หมายถึง บุคคลมีการมองโลกในแง่ดีน้อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพของโดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ²¹ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด 1 คะแนน หมายถึง น้อย 2 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 3 คะแนน หมายถึง มาก และ 4 คะแนน หมายถึง มากที่สุด การแปลผลผู้ที่มีผลรวมค่าคะแนนระดับสูง หมายถึง บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพมาก และผู้ที่มีค่าคะแนนระดับต่ำ หมายถึง บุคคลมีความฉลาดทางสุขภาพน้อย

ส่วนที่ 5 แบบประเมินแหล่งทรัพยากร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม²² มีจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแล 3 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลเล็กน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลเลย การแปลผลผู้ที่มีผลรวมค่าคะแนนระดับสูง หมายถึง บุคคลมีแหล่งทรัพยากรในการสนับสนุนได้เป็นอย่างดี และผู้ที่มีค่าคะแนนระดับต่ำ หมายถึง บุคคลมีแหล่งทรัพยากรในการสนับสนุนน้อย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสมรรถนะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางพัฒนาการและสติปัญญา²³ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมาก 3 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลเล็กน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลน้อยมากหรือไม่ตรงกับเลย การแปลผลผู้ที่มีค่าคะแนนระดับสูงจึงเป็นบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองสูง และผู้ที่มีค่าคะแนนระดับต่ำเป็นบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยคัดเลือกจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนจำนวน 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามด้านความครอบคลุม ความชัดเจนของภาษา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้น ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ถ้อยคำให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบประเมินสุขภาพจิต DASS-21 ด้านภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .76 และ .82 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบวัดการมองโลกในทางบวก แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ และแบบวัดการสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .85, .90 และ .92 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียม ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมจัดเตรียมเครื่องมือและจัดทำโครงการวิจัย จากนั้นยื่นขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมหนังสือแนะนำตัว และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ (try out) เพื่อนำไปปรับปรุง ก่อนติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สุ่มได้เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน มีนาคม – ตุลาคม 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของข้อมูล พร้อมขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบตามความสมัครใจและตามความเป็นจริง โดยเปิดโอกาสให้ตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ เมื่อได้รับแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว และผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ แหล่งทรัพยากร และภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ ภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์สถิติอ้างอิง (inferential statistics) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล ผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมองโลกในแง่ดี ความฉลาดทางสุขภาพ แหล่งทรัพยากร โดยใช้สถิติ

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยกำหนดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปร ความเป็นอิสระของตัวแปรอิสระ การกระจายตัวปกติของข้อมูล ความแปรปรวนที่สม่ำเสมอของข้อมูล และค่าที่มีอิทธิพลสูงต่อการวิเคราะห์ เมื่อข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงดังกล่าว จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-74 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51 ปี (*SD* = 10.21) ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 53.51 และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมซึ่งคิดเป็นร้อยละ 64.9 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 6,864.04 บาท ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท และร้อยละ 35.96 ของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 6-10 ปี รองลงมาคือ 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.43 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (*n* = 114)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	37	32.5
หญิง	77	67.5
อายุ (ปี)		
≤ 40 ปี	15	13.2
41-60 ปี	80	70.2
≥ 61 ปี	19	16.6
<i>M</i> = 51.18, <i>SD</i> = 10.21		
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	57	50.0
5,001-10,000	47	41.2
>10,000	10	8.8
<i>M</i> = 6,864.04, <i>SD</i> = 6,674.73		
ระยะเวลาในการดูแล (ปี)		
≤ 5 ปี	29	25.4
6-10 ปี	41	36.0
>10 ปี	44	38.6
<i>M</i> = 10.69, <i>SD</i> = 6.64		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่พบปัญหาสุขภาพจิตโดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 7.01, 4.38 และ 2.63 ตามลำดับ มีภาวะวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และระดับรุนแรงมากคิดเป็นร้อยละ 14.03, 1.74, 3.5 และ 3.5

ตามลำดับ และมีภาวะเครียดระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 6.14, 3.5 และ 0.86 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 114$)

ระดับ	ภาวะซึมเศร้า			ภาวะวิตกกังวล			ภาวะเครียด		
	0-21 คะแนน			0-21 คะแนน			0-21 คะแนน		
	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปกติ	0-4	98	86	0-3	88	77.2	0-7	102	89.5
ระดับเล็กน้อย	5-6	8	7.01	4-5	16	14.03	8-9	7	6.14
ระดับปานกลาง	7-10	5	4.38	6-7	2	1.74	10-12	4	3.5
ระดับรุนแรง	11-13	3	2.63	8-9	4	3.5	13-16	1	0.86
ระดับรุนแรงมาก	>14	0	0	>10	4	3.5	>17	0	0
	$(M = 1.97, SD = 2.59,$ Max = 12, Min = 0)			$(M = 2.31, SD = 2.59,$ Max = 11, Min = 0)			$(M = 4.05, SD=2.88,$ Max = 15, Min = 0)		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

จากการวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรต่างๆ พบว่ามี 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้แก่ รายได้ การมองโลกทางบวก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งนี้พบว่า การมองโลกทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกับทั้ง 3 ภาวะ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.207, p < .05$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.200, p < .05$) และภาวะเครียด ($r = -.299, p < .01$) รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r = -.218, p < .05$) ภาวะวิตกกังวล ($r = -.227, p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียด ($r = -.299, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ($n = 114$)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1.00									
2. รายได้	-.267**	1.00								
3. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย	.212*	-.131	1.00							
4. การมองโลกทางบวก	-.017	.131	.024	1.00						
5. ความฉลาดทางสุขภาพ	-.236*	.012	.167	.185*	1.00					
6. การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร	.067	-.170	.164	-.014	.521**	1.00				
7. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.184*	-.030	.124	.260**	.578**	.547**	1.00			
8. ภาวะซึมเศร้า	.136	-.218*	.176	-.207*	-.049	-.066	-.157	1.00		
9. ภาวะวิตกกังวล	.057	-.227*	.009	-.200*	-.025	-.090	-.135	.810**	1.00	
10. ภาวะเครียด	.061	-.092	.018	-.287**	-.173	-.169	-.299**	.775**	.726**	1.00

* p -value < .05, ** p < .01

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ได้แก่ รายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมองโลกทางบวก ซึ่งพบว่า ปัจจัยรายได้ของผู้ดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ทั้ง ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.218) และภาวะวิตกกังวล (Beta = -.227) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมองโลกทางบวกสามารถทำนายภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (Beta = -.241) รองลงมาคือการมองโลกทางบวก (Beta = -.222) ซึ่งปัจจัยทำนายทั้ง 2 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ความฉลาดทางสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (n = 114)

ตัวแปรตาม	ตัวแปรต้นสามารถทำนายได้	b	Std. Error	Beta	t	p-value
ภาวะซึมเศร้า	ค่าคงที่ (Constant)	2.555	.342		7.468	.000
	รายได้	-8.464	.000	-.218	-2.364	.020
R=.218, adjusted R ² =.039, S.E.=2.540, F (1,112) = 5.53, p = .020						
ภาวะวิตกกังวล	ค่าคงที่ (Constant)	2.913	.342		8.514	.000
	รายได้	-8.826	.000	-.227	-2.465	.015
R=.227, adjusted R ² =.043, S.E.=2.541, F (1,112) = 6.12, p = .015						
ภาวะเครียด	ค่าคงที่ (Constant)	14.690	1.605		5.803	.000
	1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.112	.042	-.241	-2.640	.009
	2. การมองโลกทางบวก	-.190	.078	-.222	-2.433	.017
R=.368, adjusted R ² =.120, S.E.=2.702, F (2,111) = 8.67, p < .01						

การอภิปรายผล

การศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า รายได้ของผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ทั้งด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกาย โดยเฉพาะการจัดการรายได้และการได้รับการสนับสนุนทางการเงินซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำมักต้องเผชิญกับความกดดันด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับยา อุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดจากภาระทางเศรษฐกิจและนำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁴ สามารถอธิบายได้ตามแนวคิด Caregiving Stress Process Model ที่อธิบายว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็น “secondary stressor” ที่เพิ่มความรุนแรงของความเครียดจากบทบาทการดูแล การมีรายได้ต่ำอาจจำกัดการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ เช่น ค่าเดินทางหรือค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการทางการแพทย์²⁴

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยตรง แต่ผู้ดูแลยังคงต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การสูญเสียรายได้จากการหยุดงาน ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ และภาระทางเศรษฐกิจอื่น ๆ ที่เกิดจากบทบาทการดูแล²⁵⁻²⁶ ภาระทางเศรษฐกิจดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความมั่นคงทางการเงินและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าที่พบว่ารายได้สามารถทำนายทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ดูแลได้ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากสามารถจัดการกับภาระทางการเงินและการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁹ อีกทั้งยังมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรหรือการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น การจ้างผู้ช่วยดูแล ซึ่งสามารถช่วยลดภาระการดูแลและความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ดูแลได้²⁷ ดังนั้น รายได้จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน โดยเฉพาะในมิติของความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากภาระทางเศรษฐกิจและความไม่มั่นคงทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับบทบาทการดูแล ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้ดูแลในชุมชนไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตเท่านั้น แต่ควรมีมาตรการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ เช่น การเชื่อมโยงสิทธิประโยชน์ การช่วยเหลือทางสังคม หรือการจัดบริการดูแลระยะสั้น เพื่อลดภาระทางการเงินและความเครียดของผู้ดูแล

ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นกลไกสำคัญในกระบวนการปรับตัวของผู้ดูแล โดยอธิบายได้ตามทฤษฎีของ Bandura¹¹ ซึ่งระบุว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและการแสดงออกที่จำเป็นในการตัดสินใจในการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีเหตุผลของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการดูแล ซึ่งทำให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของตนเองและการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม²⁸ ในการดูแลผู้สูงอายุติดต่อมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุลดลงไป เกิดความท้อแท้และความเครียด²⁹ สอดคล้องกับ สุกัญญา แก่นงูเหลือม⁷ ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .421, p < .001$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงย่อมมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นจากผลการศึกษาควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้าง self-efficacy เช่น การฝึกทักษะการดูแล การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา และการติดตามดูแลโดยพยาบาลชุมชนอย่างใกล้ชิด เพื่อเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดของผู้ดูแล เป็นต้น

การมองโลกในทางบวก ถือเป็นกลไกทางจิตวิทยาที่มีบทบาทสำคัญในการปกป้องสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Scheier, et al¹² ที่กล่าวถึงมิติของการมองโลกในทางบวกไม่เพียงแต่สะท้อนการรับรู้เชิงความคิด แต่ยังแสดงถึงการมองหาความหมายและทัศนคติที่สร้างสรรค์ต่อเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งช่วยลดแรงกดดันทางอารมณ์และเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมองโลกในทางบวกช่วยให้บุคคลตีความสถานการณ์ในเชิงสร้างสรรค์ ลดการรับรู้ภัยคุกคาม และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมองโลกในทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพรรณษา และคณะ³⁰ ที่รายงานว่า การมีทัศนคติเชิงบวกทำให้ผู้ดูแลสามารถปล่อยวาง เข้าใจชีวิต และมีความสุขมากขึ้น รวมถึงงานวิจัยของ สุกัญญา แก่นงูเหลือม⁷ ที่ชี้ว่าการมองโลกในทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลในระดับนัยสำคัญ ($r = -.289, p < .01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีแนวโน้มมองโลกในทางบวกจะเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ

ทั้งนี้ในบริบทของครอบครัวไทยยังสะท้อนให้เห็นมิติที่สำคัญของการมองโลกในทางบวก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีบทบาทโดยตรงต่อสุขภาพจิตของทั้งสองฝ่าย ความผูกพันทางอารมณ์ ความกตัญญู และคุณค่าทางวัฒนธรรมเอื้อให้ผู้ดูแลมองการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความหมายและเป็นหน้าที่ทางสังคมและครอบครัว การมีทัศนคติเชิงบวกในบริบทนี้จึงไม่เพียงแต่เป็นกลไกส่วนบุคคล แต่ยังเป็นผลจากการเสริมสร้างพลังใจผ่านความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งช่วยลดผลกระทบจากความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ช่วยหล่อหลอมทัศนคติและเพิ่มพลังใจของผู้ดูแล^{7,31}

ส่วนปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ความฉลาดทางสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร พบว่าไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ ทั้งนี้เนื่องจากอายุไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่กำหนดสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยสุขภาพจิตได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ความหลากหลายทางด้านสภาพแวดล้อม ประสบการณ์ชีวิตที่พบเจอ การสนับสนุนทางสังคมที่ดี และความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น⁹ จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุที่หลากหลายตั้งแต่ 21-71 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี ซึ่งถือเป็นวัยทำงาน แต่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวไปพร้อมกับการดูแลบุตรหลาน บางกลุ่มมีภาระต้องรับผิดชอบทั้งด้านการเงิน เวลา ทำให้ส่งผลต่ออารมณ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ³² สอดคล้องกับงานวิจัยบางงานที่พบว่าผู้ดูแลวัยทำงานมักเครียดสูงกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำและการดูแลครอบครัว³³ ในขณะที่ผู้ดูแลอายุมากกว่า 60 ปี แม้จะไม่ต้องทำงานนอกบ้านแล้ว แต่มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากร่างกายเปราะบาง และขาดการสนับสนุนทางสังคม³⁴ ดังนั้น ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าอายุเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายสุขภาพจิตได้ แต่ต้องพิจารณาควบคู่กับปัจจัยเชิงจิตสังคมและความสามารถในการปรับตัว ซึ่งแต่ละครอบครัวมีบริบทที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์และมีมุมมองโลกในแง่ดี จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีกว่าไม่ว่าจะมีอายุเท่าใดก็ตาม

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ เนื่องจากระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยหลายรายอาจจะไม่ได้ส่งผลต่อความท้อแท้ ความเหนื่อยล้าต่อผู้ดูแลเสมอไป ในทางกลับกันผู้ดูแลที่มีระยะเวลานานในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน ทำให้มีโอกาสปรับตัว มีความผูกพัน และเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแล ซึ่งสามารถช่วยลดความเครียดและค่อย ๆ ปรับปรุงสุขภาพจิตของตนเองได้⁹ จากงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะ 20-30 ปี เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานสามารถทำให้ผู้ดูแลหลายคนสามารถพัฒนาการรับมือกับความเครียดและความท้าทายได้ดีขึ้น³⁵

ปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าแม้ว่าผู้ดูแลจะมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่ภาระและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอาจยังคงมีอยู่และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ความรู้ทางสุขภาพอาจไม่เพียงพอที่จะลดความเครียดและความกังวลในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ อาจมีบางปัจจัยที่มีผลมากกว่าความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การมีแหล่งสนับสนุนที่ดี การมีรายได้ที่มั่นคง อาจส่งผลกับความเครียดและมีอิทธิพลมากกว่าการมีความรู้ทางสุขภาพเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับงานวิจัยของ Moore, et al³⁶ ที่ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าของฉลาดทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูลออนไลน์มีความสัมพันธ์กับภาระและความเครียดของผู้ดูแล โดยเฉพาะในด้านการสื่อสารสุขภาพและความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความเครียดที่ประสบ นอกจากนี้ Andrade, et al³⁷ รายงานว่าผู้ดูแลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ มักมีการรับรู้ภาระในการดูแลสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมจะไม่แตกต่างกันก็ตาม ขณะที่ Aldawsare³⁸ พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพสูงมีภาระการดูแล

ลดลง แต่ยังคงอาศัยปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ความมั่นใจในตนเอง ในการจัดการกับสถานการณ์การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยที่ผ่านมาที่ชี้ให้เห็นว่า ความฉลาดทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ แต่ไม่ใช่ปัจจัยเดียวที่กำหนดสุขภาพจิตของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐฐานะ และความสามารถในการเผชิญปัญหา ยังคงมีบทบาทสำคัญในการบรรเทาความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในงานวิจัยนี้ยังรวมไปถึงด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้ เป็นผลมาจากเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้คนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็ว และบางครั้งเกินความเป็นจริง ทำให้เกิดการตื่นตระหนกส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลกับเรื่องดังกล่าวได้ หรือในบางครั้งที่บุคคลมีข้อมูลมากขึ้น จะทำให้การตัดสินใจอาจยากขึ้นและใช้เวลานานขึ้น และเกิดความกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจที่ทำให้สามารถเพิ่มความเครียดเกิดขึ้นได้³⁹ ในปัจจุบันการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียวไม่สามารถคาดการณ์หรือทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ เพราะคุณภาพและความเหมาะสมของข้อมูลมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล หากขาดการกลั่นกรอง ขาดการให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรสุขภาพ หรือมีปริมาณมากเกินไป ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและจิตสังคมมีบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลมากกว่าปัจจัยพื้นฐาน โดยเฉพาะรายได้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมองโลกในทางบวก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถพัฒนาและเสริมสร้างได้ผ่านระบบบริการสุขภาพในชุมชน

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากพื้นที่เฉพาะในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 114 ราย ซึ่งเป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอนในพื้นที่จำกัด ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปสรุปได้ทั่วไปสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศ และความแตกต่างของบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสุขภาพของภูมิภาคต่าง ๆ อาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลไปใช้ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่าง และการศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงข้ามตัดขวางที่รวบรวมข้อมูลเพียงครั้งเดียว ดังนั้นไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างแน่ชัด ข้อมูลที่ได้จึงสะท้อนภาวะในช่วงเวลาที่ศึกษาเท่านั้น และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลอาจเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระยะยาว รวมทั้งตัวแปรตามในการศึกษามีเพียงส่วนหนึ่งของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยในการศึกษานี้ศึกษาเพียงภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด ซึ่งมาจากแบบประเมิน DASS-21 เท่านั้น ปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเหนื่อยล้า ความรู้สึกหมดหวัง หรือเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคล ไม่ได้ถูกศึกษา จึงอาจจำกัดความเข้าใจที่ครบถ้วนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ดูแลประสบพบ ทั้งนี้ปัจจัยด้านอายุ ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย ความฉลาดทางสุขภาพ และการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ที่ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะความเหลื่อมล้ำทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของพื้นที่ศึกษา จึงควรคำนึงว่าผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เฉพาะกับบริบทที่คล้ายคลึงเท่านั้น การศึกษาเพิ่มเติมในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเสริมสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแล

หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เน้นส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยที่ต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการพัฒนาทัศนคติเชิงบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด

2. ด้านนโยบายและการจัดบริการ

หน่วยงานภาครัฐสามารถใช้ข้อมูลจากการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) เพื่อกำหนดนโยบายการสนับสนุนผู้ดูแลในชุมชน เช่น การจัดสวัสดิการ การเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพจิต การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกันเอง หรือกลุ่มเสริมพลัง (empowerment group) เป็นต้น

3. ด้านการพัฒนาวิชาชีพ

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และใช้ประกอบการวางแผนให้คำปรึกษาเชิงรุก การเยี่ยมบ้าน การฝึกอบรม และการจัดกิจกรรมกลุ่มอย่างเหมาะสม

4. ด้านการวิจัย

ข้อมูลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ดูแล และสามารถขยายขอบเขตการศึกษาสู่ระดับจังหวัดหรือภูมิภาค เพื่อให้ได้ภาพรวมของปัญหาที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการเก็บข้อมูลในระดับที่กว้างขึ้น เช่น ในระดับจังหวัด ภูมิภาค หรือประเทศ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยภาพรวมที่ใหญ่ขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยในรูปแบบงานวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยและพัฒนา โดยนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมและแก้ปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ได้สนับสนุนทุนส่งเสริมการวิจัยในครั้งนี้ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงกับโครงการวิจัยในครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Department of Older Persons. Situation of the Thai older persons 2023. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2023.

3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราป่วยโดยโรค NCD [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 15 ส.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents>
4. จิรนนท์ ปุริมาตย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28:612-9.
5. รวีวรรณ แก้วอยู่, พัชรินทร์ เนียมเกิด, สุปราณี พรหมสุขันต์. ความสัมพันธ์ระหว่างการเกี่ยวหนุทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563;3:166-76.
6. อริศยา วิชัยดิษฐ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแหล่งทรัพยากรตามแนวคิดเพียร์ลีนต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลทหารบก 2565;23:371-9.
7. สุกัญญา แก่กนุงเหลื่อม. อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2563.
8. Harada K, Sugisawa H, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shimmei M. Social support, negative interactions, and mental health: Evidence of cross-domain buffering effects among older adults in Japan. *Res Aging* 2018;40:388-405.
9. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990;30:583-94.
10. Pinquart M, Sorensen S. Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003;18:250-67.
11. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
12. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol* 1994;67:1063-78.
13. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67:2072-8.
14. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98:310-57.
15. Harada K, Sugisawa H, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shimmei M. Social support and mental health among older caregivers in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15:2498.
16. Lima TMF, Costa AF, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA, Fernandes H, et al. Factors related to burden and self-care for hypertension in family caregivers. *Cogitare Enferm* 2023;28:e92871.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
18. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.

19. Sawang S, Oei TPS, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2013;48:1018-29.
20. Carver CS, Scheier MF. Three human strengths. In: Aspinwall LG, Staudinger UM, editors. *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future direction for a positive psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 87-102.
21. รุ่งนภา จันทรา, ชุติพร หีตอักษร. ความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2564;13:125-41.
22. กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการ [วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยศรีปทุม; 2563.
23. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยเรื่องผลการใช้โปรแกรมครอบครัวต่อการรับรู้สมรรถนะพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวและพัฒนาการของผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา. 2553.
24. วรธา มงคลสืบสกุล. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของไทย : ภาพสะท้อนและความเหลื่อมล้ำของกลุ่มเปราะบาง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์* 2565;6:55-69.
25. ปิยะ วงบุญสิน, สมชาย เปี่ยมพงษ์สานต์, สมศักดิ์ นิธิยารัมภ์พงศ์. การสูงวัยในประเทศไทย: บทบาทของครอบครัวและนโยบาย. *วารสารประชากรและการสูงอายุ* 2564;14:365-80.
26. วิทยา จันทระเดวิท, ประเสริฐ พลพิรุฬห์. ภาระทางเศรษฐกิจของการดูแลระยะยาวในประเทศไทย. *Social Science & Medicine* 2020;265:113530.
27. Mahoney R, Regan C, Katona C. Anxiety and depression in family caregivers of the elderly: A review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2021;36:147-56.
28. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
29. Cheng ST, Mak E, Lau R. Resilience in family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *Gerontologist* 2020;60:360-75.
30. สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2559;26:76-88.
31. Padwang B, Jongudomkarn D, Nieamsup T. Experience of grandchildren in caring for older adult in Thai family. *International Journal of Multidisciplinary Research and Publications* 2019;2:32-37.
32. Smith K. Correlates of physical and emotional strain among older adult caregivers. *Journal of Aging & Social Policy* 2020;32:234-49.
33. Wang YN, Hsu WC, Yang PS, Yao G, Chiu YC, Chen ST, Huang TH, Shyu YIL. Caregiving demands, job demands, and health outcomes for employed family caregivers of older adults with dementia: Structural equation modeling. *Journal of Family Nursing* 2018;24:491-510.

34. Purimat C, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Pitikultang S, Yodmai K. Factors influencing quality of life among caregivers of dependent elderly persons in Chanthaburi province. *Journal of Health Science* 2019;28:610–9.
35. อุไรวรรณ ทองอร่าม, นิภาวรรณ สามารถกิจ. อิทธิพลของความพร้อมในการดูแล ภาระในการดูแล และรางวัลจากการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสหการพยาบาล* 2562;46:88-102.
36. Moore C, Thoma-Lurken T, Klein M, Schilling G. Health literacy, eHealth literacy, and the well-being of informal caregivers of cancer patients: A cross-sectional study. *Front Psychol* 2024;15:1283227. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1283227.
37. Andrade C, Tavares M, Soares H, Coelho F, Tomás C. Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:15276. doi: 10.3390/ijerph192215276.
38. Aldawsare R. The influence of health literacy and self-efficacy on caregiving burden among caregivers of patients with chronic illnesses [dissertation]. San Diego (CA): University of San Diego; 2022.
39. Information overload. A negative factor affecting mental health: Longevity Protocols [Internet]. [cited 2025 Aug 24]. Available from: <https://longevity-protocols.com/en/knowledge-base/interventions/negative/information-overload/>