

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา
Factors Related to Resilience Quotient among Elderly with Chronic Disease in
Rural Area of Nakhon Ratchasima Province

กชกร ฉายากุล^{1*} และ ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก¹
Kotchakorn Chayakul^{1*} and Prontip Ponkratok¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima^{1*}

(Received: December 30, 2019; Revised: May 03, 2020; Accepted: May 18, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน เป็นผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความสัมพันธของบุคคลในครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ .80, .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และโคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ เพศ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การรับรู้ความสัมพันธของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรมีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kotchakorn@knc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 084-2993177)

Abstract

This research aimed to study factors related to the resilience quotient among elderly with a chronic disease in rural area of Nakhon Ratchasima. The sample consisted in 135 elderly people with diabetes and/or hypertension, aged 60 years or more. Data were collected by interviewing, using questionnaires for personal information, perception of family relationships, perception of activities in daily living, and resilience quotient. The reliability of the instruments, analyzed by Cronbach coefficient, yielded .80, .82 and .80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Chi-Square test.

Result showed that the following factors were not correlated with resilience quotient: age, sex, income, complications, marital status, perceived severity of the chronic disease, and caregivers ($p > .01$). However, perception of family relationships, and perception of the activity of daily living, were significantly correlated, though low positively, with resilience quotient ($p < .01$).

So this research suggests that promotion of resilience quotient in elderly with chronic disease should involve family relationships and activity of daily living.

Keywords: Resilience Quotient, Elderly, Chronic Disease

บทนำ

ในเกือบทุกประเทศทั่วโลกสัดส่วนของผู้สูงอายุมีการเติบโตเร็วกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ที่เพิ่มขึ้นและการลดลงของอัตราการภาวะเจริญพันธุ์ (United Nations, 2017) สำหรับในประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) แล้วจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 (National Statistical Office, 2015) และร้อยละ 16.06 ในปี 2561 โดยจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้สูงอายุมากเป็นลำดับ 2 (ร้อยละ 16.45) รองจากกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 17.98) (National Statistical Office, 2019)

การที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นจะทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งนับเป็นโรคพื้นฐานที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 40 และร้อยละ 10 ตามลำดับ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) จากรูปแบบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังส่งผลไปถึงการเป็นภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครัวเรือน ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพ ที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Silapasuwat, 2013) รวมทั้งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นได้ง่ายกับผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อการมีภาระและกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (Sihapark, Chuengsatiansup, & Tengrang, 2013)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ มีโอกาสเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นด้วย (Hopman, Harrison, Co, Friedberg, Buchanan, & VanDenKerkhof, 2009) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามวัยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง (Turner, & Kelly, 2000) และเมื่อผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ยังมีอายุเพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Chen, & Chen, 2017) ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเอง

อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก็จะทำให้สามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Sanurak Phoha, & Phanitcharoen, 2017) และยังส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ดังรายงานการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Wagnild, & Young, 1993; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016; Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia, 2017; Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุอีกประการ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความเคารพ ยกย่องและให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว (Seemoungngam, 2018) มีผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) และความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019)

ปัญหาทางสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนั้น มักพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (Turner, & Kelly, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่ด้วยโรคเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง เทศบาลเมืองแสนสุข ประเทศไทย พบว่า มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Klinwichit, Klinwichit, Incha, & Klinwichit, 2015) ความพร้อมในการรับมือกับความทุกข์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทั้งจากความเสื่อมตามวัย และโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับพื้นฐานพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) หรือความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคลเนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจสำหรับการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้พลังสุขภาพจิตประกอบไปด้วยการตระหนักรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (I Can) (Grothberg, 1995) ในด้านความทนทานทางอารมณ์ การสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง (Department of Mental Health, 2011) จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการส่งเสริมการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต มีองค์ประกอบ 5 ประการคือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง (Wagnild, & Young, 1993) เหล่านี้เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวปรับใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ รวมทั้งสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตดีย่อมสามารถฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี

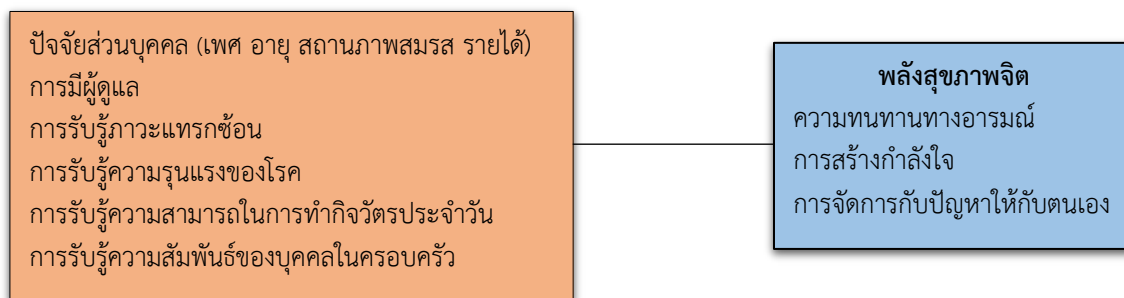
ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้มีความเข้มแข็งทางใจพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤติ สามารถฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค การมีผู้ดูแล การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดหลักเกี่ยวกับโครงสร้างของพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการตระหนักรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบ (Grothberg, 1995) ในด้านความทนทานทางอารมณ์ การสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง (Department of Mental Health, 2011) ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบ 5 ประการของการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Wagnlid, & Young, 1993) โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson, & Brulin, 2007; Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Lakomy, & Kafkova, 2017; Wagnild, & Young, 1993) 2) การมีผู้ดูแล (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) 3) การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016; Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia, 2017; Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Nygren, Alex, Jonsen, Gustafson, Norberg, & Lundman, 2005) 5) การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และ 6) การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019) ดังแสดงภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Surveys)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุทุกคนในเขตชนบท จำนวน 31 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา (ยกเว้นอำเภอเมืองฯ) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบทของจังหวัดนครราชสีมา 2) เป็นผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมีหรือไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม 3) สามารถให้ข้อมูลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่มีการให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตชนบทที่เป็นโรคเรื้อรัง ของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นประชากรที่มีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน คำนวณด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งพัฒนามาจากพื้นฐานของ Power Analysis โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha=.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จากการศึกษาที่คล้ายกันก่อนหน้านี้ ($r=.66$) (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 115 คน และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอจากจังหวัดนครราชสีมา ได้อำเภอคง ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลหนองมะนาว และขั้นที่ 3 สุ่มตัวแทนจากหมู่บ้านต่าง ๆ

ของตำบลหนองมะนาว อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมาด้วยการใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of Random Numbers) โดยมีกรอบสำหรับสุ่มตัวอย่าง (Sampling Frame) โดยสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านต่างๆ จนได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และไม่มีการเลือกซ้ำกับกลุ่มที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ หญิง ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณิโรคความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวาน การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค การมีผู้ดูแล

2. การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การพูดคุยปรึกษาหารือกับคนในครอบครัว การทะเลาะหรือมีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว การใส่ใจดูแลของคนที่ครอบครัวยามเจ็บป่วย และระดับความผูกพันกันของคนในครอบครัว ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำจากการคำนวณหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|--------|---------------|--|
| 1 - 5 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี |
| 6 - 11 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง |
| 12-16 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับดี |

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งดัดแปลงจาก แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index) ของ Mahoney และ Barthel (1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำจากการคำนวณหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|--------|---------------|---|
| 0 - 5 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองน้อย |
| 6 - 10 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองปานกลาง |
| 11-16 | คะแนน หมายถึง | รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมาก |

3. แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2554) โดยใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างของพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) และ Wagnild, & Young (1993) จำนวน 35 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีการแปลผลคะแนนพลังสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ โดยเทียบสัดส่วนตามเกณฑ์ (Reference Criteria) ของพลังสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตกำหนด (Department of Mental Health, 2011) ดังนี้

- | | | |
|-------------------|---------|---------------------------------|
| ต่ำกว่า 98 คะแนน | หมายถึง | มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ |
| 98-119 คะแนน | หมายถึง | มีพลังสุขภาพจิตในเกณฑ์ปกติ |
| มากกว่า 119 คะแนน | หมายถึง | มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต มีความตรงตามเนื้อหาจากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ข้อคำถามมีค่า IOC = .60 - 1 ถือว่าคำถามนั้นตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยในระดับยอมรับถึงดีมาก นำมาปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Chronbach 'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 8 คนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อจะทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล และแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองมะนาว อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และประสานกับอสม. ในเขตรับผิดชอบเพื่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อคำถามให้ฟังและข้อคำตอบจากผู้สูงอายุที่ละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนประมาณ 30-45 นาที จนครบจำนวน 138 คน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน กับ พลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2 - Test) หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) แทน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว กับ พลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ที่ผ่านการทดสอบการกระจายแบบปกติและการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นแล้ว มีการกำหนดระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41-0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61-0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติการวิจัยในคนแล้ว จากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (เลขที่โครงการ COA 003/2560)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ 135 คน คิดเป็นร้อยละ 97.83 ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60-90 ปี ($M=70.44$, $SD=7.27$) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.40 เพศชายร้อยละ 32.6 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 600-30,700 บาท ($M=2,961.48$, $SD=4,182.18$) ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 71.10 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.40 เบาหวานร้อยละ 34.8 เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.80 มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 34.80 มีผู้ดูแลร้อยละ 90.40 การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลใน

ครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.90 และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ไม่
เป็นภาระพึ่งพา ร้อยละ 100

2. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง มีพลัง
สุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 39.30 ต่ำสุดคือ ต่ำ
กว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.70 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระดับพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 98 คะแนน)	9	6.70
เกณฑ์ปกติ (ระหว่าง 98-119 คะแนน)	53	39.30
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (สูงกว่า 119 คะแนน)	73	54.10
รวม	135	100.00

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณี
โรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน
การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การ
รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มี
ความสัมพันธ์ในทางบวกระดับต่ำกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (ตาราง 2 และ 3)

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน และการมีผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับพลังสุขภาพจิต			χ^2	Exact Sig. (2 Sided)
	ต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกณฑ์ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	สูงกว่าเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				3.177	.190
ชาย	1(2.3%)	15(34.1%)	28(63.6%)		
หญิง	8(8.8%)	38(41.8%)	45(49.5%)		
สถานภาพสมรส				1.812	.760
โสด	1(14.3%)	3(42.9%)	3(42.9%)		
คู่	5(5.7%)	35(40.2%)	47(54.0%)		
หม้าย/หย่า/แยก	3(7.3%)	15(36.6%)	23(56.1%)		
ภาวะแทรกซ้อน				.620	.793
ไม่มี	5(8.5%)	23(39.0%)	31(52.5%)		
มี	4(5.3%)	30(39.5%)	42(55.3%)		
ผู้ดูแล				.696	.649
ไม่มี	1(7.7%)	6(46.2%)	3(42.9%)		
มี	8(6.6%)	47(38.5%)	67(54.9%)		

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน กับพลังสุขภาพจิต

ปัจจัย	M	SD	r	p-value
อายุ	70.44	7.27	-.018	.835
รายได้	2,961.48	4,182.18	.158	.067
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	2.89	2.37	.038	.663
การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว	10.65	1.79	.218	.011
การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	15.76	1.02	.376	.000

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต แม้จะมีความแตกต่างไปจากบางรายงานก่อนหน้านี้ เช่น พลังสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson, & Brulin, 2007; Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013) เพศชายกับเพศหญิงมีพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (Lakomy, & Kafkova, 2017) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับ อายุ รายได้ เพศ (Wagnild, & Young, 1993) เช่นเดียวกับ Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al. (2013) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต สำหรับกรณีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ อาจเทียบเคียงกับการศึกษาของ Nygren, Alex, Jonsen, Gustafson, Norberg, & Lundman (2005) ซึ่งรายงานว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การศึกษาของ Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al. (2013); Parayat, Kangchai, & Somanusorn (2016); Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia (2017) และ Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพลังสุขภาพจิต

ดังนั้น ผลการศึกษานี้ สนับสนุนมุมมองที่ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนได้แบบไดนามิก (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013) และเป็นความคิดในการเอาชนะความทุกข์ยาก หรือปัญหาอุปสรรคด้วยความกล้าหาญ ทักษะและศรัทธาที่เสริมสร้างความรู้สึกละและความเชื่อที่สนับสนุนพลังสุขภาพจิต Grotberg (1995) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดส่วนตัว เช่น การเจ็บป่วยนั้นด้วยการมองเห็นความเป็นจริง ของสถานการณ์ของตนเอง (I Am) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง (I Can) และความพึงพอใจกับสิ่งที่มี (I Have) แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากแต่กลับช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายของตนเองและชีวิต (McCarthy, & Fitzpatrick, 2016) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ และมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ หากพิจารณาตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild, & Young (1993) อาจกล่าวได้ว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเช่นนี้ ต้องอาศัยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง การมีความเพียรและอดทน การเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และการสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งมีบริบทของวัฒนธรรมอีสานที่มีขนบธรรมเนียม ประเพณีที่ส่งเสริมการเกิดกำลังใจในยามเจ็บป่วย เช่น การสวดวิญญู การแสดงความเคารพพระลี้กถึงญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว เป็นต้น ประกอบกับผู้สูงอายุยังมีโอกาสได้รับการดูแลจากลูกหลาน ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อเรื่องการตอบแทนคุณพ่อแม่ยามแก่เฒ่า และมีโอกาสที่ชุมชน ครอบครัว ได้ร่วมงานบุญประเพณีต่าง ๆ

ซึ่งสนับสนุนการสร้างความรักใคร่สนิทสนม และดูแลกันและกันได้ดี (Thammikboworn, Krishanajuda, & Srisuphan, 2018) จึงมีส่วนในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตนั่นเอง

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) สนับสนุนแนวคิดด้านการเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Reliant) ในความสามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อใช้แนวทางในการดำเนินชีวิต (Wagnlid, & Young, 1993) และแนวคิดด้านฉันเป็น (I Am) ในมุมมองของการมีอิสระในการกระทำการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง อันส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (Grotberg, 1995)

จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในเรื่องการปรึกษารื้อกับคนในครอบครัว ($r=.33$, $p=.001$) และการทะเลาะหรือขัดแย้งกับคนในครอบครัว ($r=-.216$, $p=.01$) นั้นหมายถึงการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) และความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิต (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019) ทั้งนี้ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความรักความห่วงใย ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเอาใจใส่จากคนในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแล และรู้สึกว่ามีคุณค่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย (Sasud, 2017; Gadudom, Apinyalungkon, Janjaroen, & wae, 2018) ดังนั้น การรับรู้ว่ามีปัญหาจะสามารถปรึกษารื้อกับคนในครอบครัวได้ และการทะเลาะหรือขัดแย้งกับคนในครอบครัวน้อย จะส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สนับสนุนมุมมองในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หากมีการยอมรับและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การเป็นที่รักของผู้อื่นได้ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ เชื่อมั่นได้ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง และจะส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตนั่นเอง (Grotberg, 1995) หากพิจารณาผลเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและการมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นภาพสะท้อนของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวได้ว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสเช่นไร มีผู้ดูแลหรือไม่ ก็ไม่ส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดีเท่ากับการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับคนในครอบครัว

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำ ผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่สามารถจัดการและปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุและโรคประจำตัวได้

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัย ครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านอื่น ๆ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิตในวัยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพยาบาล โปรแกรมการพยาบาล หรือกิจกรรมที่สร้างเสริม ให้เกิดพลังสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกรณีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ
3. ควรมีการทดสอบเครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิตซ้ำ และจำเป็นต้องตรวจสอบเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของเครื่องมือซึ่งสร้างขึ้นใหม่

References

- Chaosuansreecharoen, K. R., Chaosuansreecharoen, P., & Khongsanit, S. (2019). Predicting Factors of Resilience among the Elderly Residents of Nursing Home in Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 65-79. (in Thai)
- Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factors Associated with Quality of Life Among Older Adults with Chronic Disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11, 12-15.
- Chunsorn, N., Kangchai, W., & Rattanajarana, S. (2018). Predictive Factors of Resilience among Elderly with Diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(2), 12-14. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2011). *Activities Guide: The Promotion for Resilience Quotient in Community*. Nontaburi: Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2016). *Situation of The Thai Elderly 2016*. Retrieved November 23, 2018 from <http://thaitgri.org/>. (in Thai)
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K., & wae, N. (2018). Family Roles to Increase Quality of Life of Older Persons in a Changing Situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 300-310. (in Thai)
- Gerino, E., Rolle, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017) Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychol*, 8 (Article 2003), 1-12.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard Van Leer Foundation. Retrieved from May 10, 2017, <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>.
- Hopman, W. M., Harrison, M. B., Coe, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009). Associations Between Chronic Disease. *Age and Physical and Mental Health Status, Chronic Diseases in Canada*, 29(2), 108-116.
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Sanurak Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of Life among Elderly Who are Living with Chronic Diseases, Srichomphu District, Khom Khan Province. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26. (in Thai)
- Klinwichit, S., Klinwichit, W., Incha, P., & Klinwichit, P. (2015). Mental Health Evaluation of the Elderly with Chronic Illness in Community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand, *Burapha Journal of Medicine*, 2(1), 21-33. (in Thai)
- Lakomy, M., & Kafkova, M. P. (2017). Resilience a Factor of Longevity and Gender Difference in its Effects. *Czech Sociological Review*, 53(3), 369-392.



- Losoi, H., Turunen, S., Waljas, M., Helminen, M., Ohman, J., Julkunen, J., & Rosti-Otajarvi, E. (2013). Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 1–10, doi:10.5964/pch.v2i1.40. Retrieved November 9 2018 from <https://pch.psychopen.eu> > article
- Lundman, B., strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric Properties of the Swedish Version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229-237.
- McCarthy, G., & Fitzpatrick, J. J. (2016). “Resilience. In Garcia-Dia, J.m. & O’Flaherty, D.” *Nursing Concept Analysis: Applications to Research and Practice*. (pp. 237-248). New York: Springer Publishing Company.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-transcendence in Relation to Perceived Physical and Mental Health among the Oldest Old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354–362.
- Parayat, C., Kangchai, W., & Somanusorn, S. (2016) Predictive Factors of Resilience among Elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 97-106. (in Thai)
- Sasud, K. (2017). Factors Affecting The Quality of Life of The Elderly in The Eastern Province. *NRRU Community Research Journal*, 11(2), 21-38. (In Thai)
- Seemoungnam, W. (2018). *Factors Associated with The Quality on Life of The Elderly with Chronic Disease in Moo 10 Community of Rai Noi Sub-District, Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province*. RTUNC 2018: The 3rd National Conference. Ubonratchathani, Thailand. Retrieved November 1, 2019 from <http://jes.rtu.ac.th/rtunc2018>. (in Thai)
- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2013) *Impact and Burden of Long-Term Care for The Elderly in Thai Culture: Research Report*. Nontaburi: Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Silapasuwan, P. (2013). *Data Analysis and Summary of Preventive Surveillance Operations and Non-Communicable Diseases Relevant Agencies at The National Level in 2008-2112*. Retrieved November 23, 2018 from thaincd.com > file > download > knowledge > NCD-ebook211013. (in Thai)
- Thammikboworn, S., Krishanajuda, S., & Srisuphan, P. (2018). *Isan Culture and Elderly Health Care*. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University. (in Thai)
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional Dimensions of Chronic Disease. *West J Med*, 17(2), 124-128.
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017 Highlights*. New York: United Nations.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson.