

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to the Resilience Quotient of the Older Adults Living in a Community, Nakhon Ratchasima Province

มะลิ โพธิพิมพ์, สด. (Mali Photipim, Dr. P.H.)^{1*}

สุชาติ บุญยภากร, ส.ม. (Suchat Bonyaphagorn, M.P.H.)²

จีรภา บุญยภากร, พย.บ. (Jeerapa Bunyaphagorn, B.N.S.)³

วลัญช์ชยา เขตบำรุง, ประ.ด. (Valanchaya Ketbumroong, Ph.D.)⁴

จุน นน่อแก้ว, ส.ม. (Jun Norkaew, M.P.H.)⁵

วรรัตน์ สังวะลี, ประ.ด. (Wararat Sungwalee, Ph.D.)⁶

वासुกรี เชวงกุล, ส.ม. (Wasugree Chavengkun, M.P.H.)⁷

Received : March 23, 2021

Revised : April 29, 2021

Accepted : May 17, 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ระดับพลังสุขภาพจิต 2) ระดับการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 290 คน จาก 10 หมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์

ผลการวิจัย: พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.38) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 55.52) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 66.21) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 69.31) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.41) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.59) ดื่มสุรา (ร้อยละ 12.07) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.38) ระดับพลังสุขภาพจิต และระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.70 และ 59.00 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรจัดโครงการเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม

^{1,4,5,6}อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

(Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province)

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

(Public Health Scholar, Nong Kham Health Promotion Hospital, Nong Ra Wiang Sub-district, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province)

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

(Professional Nurse, Nong Kham Health Promotion Hospital, Nong Ra Wiang Sub-district, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province)

⁷อาจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

(Lecturer, Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author)

E-mail: mali_pho@vu.ac.th

Abstract

Objective: This cross-sectional analytical study aimed to examine 1) the older adult resilience quotient level, 2) the social support level, and 3) the factors related with resilience quotient of the older adults living in a community, Nakhon Ratchasima Province.

Method: Samples were 290 older adults living in 10 communities, Nong Kham Sub-District Health Promoting Hospital, Nong Rawiang Sub-District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were recruited by using stratified random sampling method. A questionnaire was used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation, and chi-square for correlation.

Results: The results indicated that most subjects were male (61.38%), 60-69 years old (55.52 %), married (66.21%), completed secondary education (69.31%), had insufficient income (62 %), had underlying diseases (57.59%), alcohol drinking (12.07%) and smoking (21.38%). the elderly Resilience Quotient and the social support were at moderate levels (60.70%, 59.00%, respectively). Factors associated with Resilience Quotient were demographic data, which consisted of marital status, sufficient of income, underlying diseases, alcohol drinking, smoking and social support factors ($p < .05$). Therefore, health personnel should organize projects to develop the mental health vitality of the older adults especially in the area of social support.

Keywords: Resilience Quotient, older adults, social support

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โลกมีวิวัฒนาการความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นกว่าศตวรรษก่อนหน้านี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์การว่าอัตราประชากรผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 จะสูงกว่าศตวรรษก่อน (United Nations, 2018) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานสัดส่วนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.76, 15.32, 15.75, 16.27 และ 16.91 ในปี 2556, 2557, 2558, 2559 และ 2560 ตามลำดับ คาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 (16 ล้านคน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องผ่านประสบการณ์ชีวิตอย่างยาวนาน ทั้งประสบการณ์ที่นำมาปรับเป็นบทเรียนที่ดี และ ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม รวมถึงจิตวิญญาณ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความสูญเสียเหล่านี้นำมาซึ่งความทุกข์ทั้งกายและจิตใจในระยะแรกๆ แต่เมื่อเหตุการณ์นั้นได้ผ่านพ้นไป ผู้สูงอายุจะมีการปรับตัวยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้มากขึ้น ทำให้ความรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานนั้นค่อยๆ ลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุบางส่วนสามารถปรับตัวปรับใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเองอย่างมีสติ กลับพบว่า มีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ไม่สามารถรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมานนั้นได้ และยิ่งอายุมากขึ้น ความทรงจำเก่าๆ ยิ่งเพิ่มความเจ็บปวดที่ นำไปสู่ความหวาดระแวง ความซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในที่สุด (เพ็ญภา กุลนภาดล และจุฑามาศ แหนจอ, 2558)

พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Resilience Quotient in older adults) คือ กระบวนการในการปรับตัวอย่างดี มีประสิทธิภาพ ในภาวะที่ยากลำบาก ภาวะบาดเจ็บ ภาวะคุกคาม เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต หรือท่ามกลางสถานการณ์อันเลวร้าย (American Psychological Association, 2015; โสพรรณ อินทสิทธิ์ และคณะ, 2563) องค์ประกอบสำคัญของการมีพลังสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (I Can) (Grothberg, 1995) อธิบายได้ว่า องค์ประกอบหลักตัวแรกคือ ฉันมี (I have) เป็นองค์ประกอบที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากภายนอกส่งเสริมให้บุคคลเกิดพลังสุขภาพจิต ฉันเป็น (I am) เป็นพลังสุขภาพจิตภายในเฉพาะบุคคล ส่วนฉันสามารถ (I Can) คือสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้ ทั้งนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย การมีความสามารถในการอยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นเวลานานอย่างไม่รู้สึกหงอยเหงา มีความสามารถในการใช้วิจรรณญาณอย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง และมีความสามารถในการปรับตัวปรับใจในการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ในทางตรงข้ามอีกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ การสูญเสีย คู่ชีวิต ทำให้สภาพจิตใจซึมเศร้า โดดเดี่ยว ทำให้พลังสุขภาพจิตเสื่อมถอย ไม่สามารถปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพทางร่างกายและสังคมได้ หากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวนมาก ขึ้นย่อมไม่ส่งผลดีต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากต้องระดมทรัพยากรจำนวนมากในการแก้ปัญหาให้ประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่จะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (นภัสกร จันทร์สอน, วารี กังใจ, สหทัยา รัตนจรณะ, 2561; อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2562;

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, (2559) และยังพบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ ขวัญและกำลังใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, (2559) จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลการวิจัยยังมีความแตกต่างกัน และการศึกษายังไม่ชัดเจนครอบคลุมปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับสองของประเทศไทย รองจากกรุงเทพมหานคร เป็นผู้สูงอายุชายจำนวน 202,231 คน ผู้สูงอายุหญิงจำนวน 251,175 คน รวมผู้สูงอายุ จำนวน 453,388 คน คิดเป็นร้อยละ 17.12 (สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมด้านผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุระดับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ผลจากการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลที่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการบริหารจัดการผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา

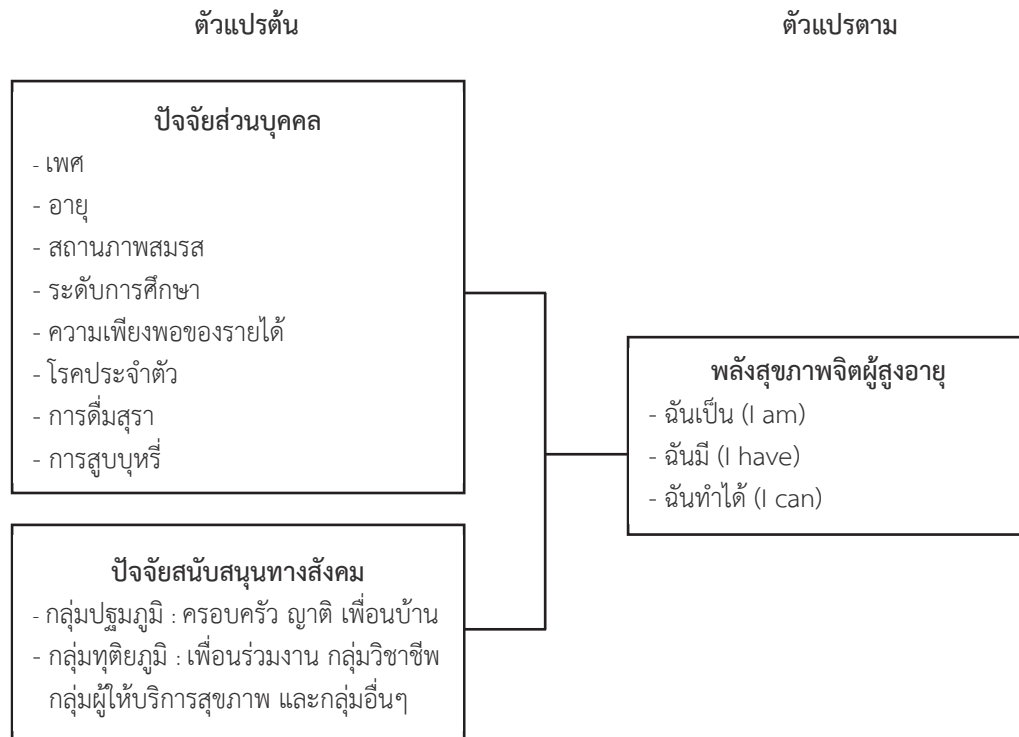
2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับ
พลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

3.2 การสนับสนุนทางสังคมมีความ
สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research)

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,127 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา, 2563) กลุ่มตัวอย่างกำหนดจากการเปิดตาราง Krejcie & Morgan (1970) แบบทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดค่า alpha error เท่ากับ 0.05 ค่าความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจใน

ประชากรเท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอกรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (drop out) จึงบวกเพิ่มร้อยละ 10 เป็น 28 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 313 คน ทำการสุ่มจาก 10 หมู่บ้านโดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) มีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) สมัยใจเข้าร่วมวิจัย 2) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจและติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นปกติ ที่ไม่มีข้อจำกัดในการพูดและฟัง และเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนครบทุกตอน ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ข้อมูลครบถ้วนจำนวน 290 ฉบับ (ร้อยละ 92.65)

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of item objective congruence: IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 มีการพัฒนาเครื่องมือโดยนำเอาแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบ และแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุตำบลภูหลวง อำเภอปักธงชัย จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในส่วนของแบบสอบถามด้านพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูล 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นคำถามปลายปิด คำถามประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต จำนวน 30 ข้อ คำถามประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (Grothberg, 1995) โดยองค์ประกอบแรกคือ ฉันมี (I have) เป็นองค์ประกอบที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากภายนอกส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต ฉันเป็น (I am) เป็นพลังสุขภาพจิตภายในเฉพาะบุคคล ส่วนฉันสามารถ (I Can) คือสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้ องค์ประกอบละ 10 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นค่าตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก เกณฑ์ประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ พลังสุขภาพจิตสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) พลังสุขภาพจิตปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) พลังสุขภาพจิตต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ คำถามประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มปฐมนิคม (ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน) และการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มทุติยภูมิ (เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ) องค์ประกอบละ 10 ข้อ ข้อคำถามศึกษาในประเด็นความรักใคร่ผูกพันในครอบครัวและชุมชน การให้ข้อมูล การช่วยเหลือสนับสนุนด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในสังคม มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ คำถามเชิงบวก จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ จริงมากที่สุด 5 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน จริงปานกลาง 3 คะแนน จริงน้อย 2 คะแนน และจริงน้อยที่สุด 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นค่าตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก เกณฑ์ประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยโดยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 10 หมู่ที่สมัครใจร่วมเก็บข้อมูล จากนั้นได้ประชุมชี้แจงขั้นตอน วิธีการสัมภาษณ์ รวมถึงอธิบายข้อคำถามเพื่อการเข้าใจตรงกัน การเก็บรวบรวมข้อมูลยึดหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และ

วิธีดำเนินการวิจัย พร้อมการลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เอกสารรับรองเลขที่ 003/2564

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

5.4.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับพลังสุขภาพจิต และระดับการสนับสนุนทางสังคม ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.4.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square)

6. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

6.1 ผลการวิจัย

6.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่ม

ตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.38) อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 55.52) สถานภาพ สมรสคู่ (ร้อยละ 66.21) จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 69.31) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.41) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.59) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ดื่มน้ำ ร้อยละ 12.07 สูบบุหรี่ ร้อยละ 21.38 ตามลำดับ

6.1.2 ระดับพลังสุขภาพจิต

ผลการประเมินระดับของพลังสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ มีพลังสุขภาพจิตระดับสูง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 39.3 ค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81 ไม่พบว่ามีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับของพลังสุขภาพจิต (n = 290)

ระดับของพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	114	39.30
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	176	60.70
ต่ำ	0	0
รวม	290	100

ค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81

6.1.3 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง จำนวน 171 คน

คิดเป็นร้อยละ 59.00 รองลงมาคือ ระดับสูง จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 41.00 ค่าเฉลี่ย 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83 ไม่พบว่ามี การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 290)

สนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	119	41.00
ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน)	171	59.00
ต่ำ	0	0
รวม	290	100

ค่าเฉลี่ย 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.83

6.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .000, .000, .012, .004, .000$, ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ($p = .220, .380$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n=290)

ปัจจัย	ระดับพลังสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.508	.220
ชาย	113 (63.48)	65 (36.52)		
หญิง	63 (56.25)	49 (43.75)		
สถานภาพสมรส			25.158	.000*
โสด	42 (85.71)	7 (14.29)		
สมรส/คู่	116 (60.42)	76 (39.58)		
หม้าย	15 (34.88)	28 (65.12)		
หย่าร้าง/แยก	3 (50.00)	3 (50.00)		
ความเพียงพอของรายได้			35.248	.000*
ไม่เพียงพอ	99 (66.89)	49 (33.11)		
เพียงพอ	77 (63.64)	65 (36.36)		
มีโรคประจำตัว			6.341	.012*
ไม่มี	85 (69.11)	38 (30.89)		
มี	91 (54.49)	76 (45.51)		
การดื่มสุรา			8.199	.004*
ไม่ดื่ม	147 (57.65)	108 (42.35)		
ดื่ม	29 (82.86)	6 (17.14)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n=290) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพลังสุขภาพจิต		χ^2	p-value
	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การสูบบุหรี่			25.952	.000*
ไม่สูบ	121 (53.07)	107 (46.93)		
สูบ	55 (88.71)	7 (11.29)		
การเป็นสมาชิกชมรม			0.771	.380
ไม่เป็นสมาชิก	58 (64.44)	32 (35.56)		
เป็นสมาชิก	118 (59.00)	82 (41.00)		
การสนับสนุนทางสังคม				
ปานกลาง	146 (85.40)	25 (14.60)	106.484	.000*
สูง	30 (25.20)	89 (74.80)		

6.2 อภิปรายผล

การศึกษาพลังสุขภาพจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิต ระดับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้

6.2.1 ระดับพลังสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ระดับพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 องค์ประกอบหลัก คือ ฉันมี (I have) ฉันเป็น (I am) และ ฉันสามารถ (I Can) อยู่ในระดับปานกลาง ไม่พบผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ฉายากุล และ ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก (2563) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า แม้ว่าผลการศึกษามีระดับที่ต่ำกว่า แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ย 3.66

ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00 คะแนน) อย่างไรก็ตาม ยังมีเหตุผลที่อาจทำให้พลังสุขภาพจิตไม่อยู่ในระดับสูง คือ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดพลังสุขภาพจิตมีลักษณะ จำนวนข้อคำถาม และองค์ประกอบที่แตกต่างกับการศึกษาอื่น โดยการศึกษาที่ใช้แนวคิด 3 องค์ประกอบหลักของ Grothberg (Grothberg, 1995) ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ โดย 1) ฉันมี (I have) เป็นองค์ประกอบที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากภายนอกส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิตที่ดี อธิบายได้ว่า ปัจจัยที่เอื้อให้พลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง คือ จากข้อมูลบริบทชุมชน พบว่า เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง เป็นชุมชนชนบทที่มีความปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีวัดเป็นศูนย์กลางด้านศาสนา วัฒนธรรมและจิตใจ คนในชุมชนมีการร่วมกิจกรรมด้านประเพณี วัฒนธรรมอย่างต่อเนื่อง ตลอดปี มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีคู่สมรส (ร้อยละ 66.21) มีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนได้อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

2) ฉันเป็น (I am) เป็นพลังสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจาก

ภายในบุคคลนั้น อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี (ร้อยละ 55.52) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการดื่มสุรา (ร้อยละ 12.07) และสูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.38) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 57.59) ซึ่งการมีโรคประจำตัว และปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง (chronic disease) และไม่ได้ติดเชื้อ (non-infectious disease) เช่น

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น ปัญหาสุขภาพเหล่านี้มักต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจต้องหยุดงาน ทำให้รายได้ลดลง ไม่เพียงพอจ่ายรายจ่าย บทบาททางสังคมลดลงเกิดความรู้สึกท้อแท้ ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น อาจส่งผลทำให้ระดับพลังสุขภาพจิตไม่อยู่ในระดับสูงได้ (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) และ

3) ฉันสามารถ (I Can) คือสิ่งที่บุคคลนั้นทำได้จากการสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดที่มีผลให้ระดับพลังสุขภาพจิตไม่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเผชิญปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การร่วมกิจกรรมทางสังคม อนึ่ง ผู้สูงอายุอาจพบปัญหาการสูญเสียเพื่อนฝูงรุ่นราวคราวเดียวกัน ทำให้สภาพจิตใจหม่นหมอง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ขาดความสามารถด้านการปรับตัวในสังคม ทำให้ขาดความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมอย่างต่อเนื่อง (ธโรธร ตูทองคำ, 2564) ในขณะที่มีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 52.41) จึงเป็นเหตุผลที่พลังสุขภาพจิตไม่อยู่ในระดับสูง

6.2.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปฐมภูมิ (ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน) และกลุ่มทุติยภูมิ (เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยไม่พบผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ เมื่อพิจารณา

เปรียบเทียบกับกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง พบว่า มีจำนวนใกล้เคียงกัน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 3.72

มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ ธีระธนะชัยกุล (2563) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความสุขผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และสมุทรปราการ พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการอยู่ในระดับมากอภิปรายได้ว่าปัจจัยที่เอื้อให้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกับระดับสูง เนื่องจากสังคมที่ศึกษาเป็นสังคมชนบท ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอพิมายประมาณ 25 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดนครราชสีมาประมาณ 65 กิโลเมตร จึงไม่ห่างไกลศูนย์กลางความเจริญมากนัก อาชีพประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร ผู้สูงอายุที่ศึกษาอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว มีการดูแลช่วยเหลือกันร่วมกิจกรรมภายในครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะช่วงเทศกาล หรืองานบุญต่างๆ ผู้สูงอายุมักได้รับการยอมรับ เชื้อถือในการเป็นผู้นำด้านการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การที่ผู้สูงอายุรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จะเกิดการรับรู้ว่าได้ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่วนปัจจัยที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากความไม่เพียงพอด้านจำนวนบุคลากร และงบประมาณภาครัฐ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากรความรู้ และการบริการต่างๆ ประกอบกับผู้สูงอายุบางส่วนมีข้อจำกัดในการรับรู้ การสื่อสาร ทำให้การเข้าถึงบริการต่างๆของภาครัฐไม่สามารถทำได้โดยง่าย จึงทำให้ระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับกลางค่อนข้างสูง

6.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว การดื่มสุรา

การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักพบปัญหาการสูญเสียเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันหรือคู่ชีวิต การสูญเสียทั้งที่เกิดขึ้นจากกะทันหัน หรือมีเวลาปรับตัวปรับใจบ้างก็ตาม มักทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง แตกต่างจากผู้ที่มีคู่ครองของตน ญาติมิตร และเพื่อนฝูงคอยดูแล ห่วงใย ให้ความรัก ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ย่อมมีกำลังใจในการเผชิญการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต ที่ดี ด้านความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพออาจมีความรู้สึกที่ตนเองมีความพร้อมทั้งด้านทรัพย์สิน สิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตต่างๆ สามารถร่วมกิจกรรมในสังคมได้อย่างสม่ำเสมอ ได้รับการยอมรับนับถือจากคนในสังคม จึงส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตดี ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2559) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อาจเป็นไปได้อาบบริบทของพื้นที่ที่ศึกษามีความแตกต่างกัน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนอาจแตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจมีสาเหตุจากข้อจำกัดด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งด้านการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอเหมาะสม ของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน, 2562) อาจมีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถเข้าร่วมสังคมได้อย่างคนทั่วไป ถูกมองว่าเป็นภาระคนอื่น ต้องพึ่งพาคนใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา จึงส่งผลให้พลังสุขภาพจิตไม่ดีเท่าที่ควร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส

การเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2559) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถ ร่วมกันทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2559) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท (2562) ที่ศึกษา เรื่องปัจจัยทำนายความเข้มแข็งในจิตใจของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ ผลการศึกษพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทั้งด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ หรือทางอารมณ์ รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน เช่น พ่อแม่ สามิภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน หน่วยงานราชการ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับเกิดการรับรู้ที่ตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (House, 1985)

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

7.1.1 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านสุขภาพ และองค์กรส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพหรือความเชี่ยวชาญส่วนบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมในสังคมต่อไป

7.1.2 องค์กรชุมชน ผู้นำชุมชน และสถานบริการสุขภาพควรนำผลการวิจัยในภาพรวมไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเพิ่มปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมจากกลุ่มวิชาชีพ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ

7.1.3 นำผลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาปรับปรุงเนื้อหาในหลักสูตรการสอนที่เกี่ยวข้อง

7.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

7.2.1 การศึกษาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โรคเมเร็ง ฯลฯ

7.2.2 การศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ เช่น ภาวะสุขภาพ การอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเมือง หรือชนบท ฯลฯ

7.2.3 การศึกษารูปแบบการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

8. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียงทุกท่านที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล

9. เอกสารอ้างอิง

- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2563). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความสุขผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และสมุทรปราการ. รายงานการวิจัย สาขาการจัดการคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- กชกร ฉายากุล และ ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(2), 127-137.
- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. (2562). โรคไร้เชื้อบูรณาการสุขภาพ: แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อวิถีชีวิตที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา บันลือธรรม.
- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้, วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 27(2), 65-79.
- ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24 (2), 97-106.
- ธโสธร ตูทองคำ. (2564). การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุและบุคคลลักษณะพิเศษ. เข้าถึงได้จาก <https://www.stou.ac.th/Schoolnew/polsci/UploadedFile/82427-15.pdf>

7. นภัสกร จันทร์สอน, วาริ กังใจ, และสหทัยา รัตนจรณะ. (2561). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(2), 12-24.
8. เพ็ญนภา กุลนาคดล และจุฑามาศ แหนจอน. (2558). *การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุ โดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม*. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
9. มุกข์ดา ผดุงยาม และอัญชลี ช. ดวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง จังหวัดนครราชสีมา. (2563). *รายงานประจำปี2563*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง.
11. โสพรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลศิริ บรรณาธิการ. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
12. สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ.2562*. เข้าถึงจาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
13. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากรและเคหะ*. เข้าถึงจาก http://nkrat.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=435
14. อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 30(2): 127-142.
15. อิงอร ลิ้มวัฒนาถาวรกุล, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นของผู้สูงอายุโรคเมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 24-36.
16. American Psychological Association. (2021). *What is resilience?*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/resilience>
17. Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall Inc.
18. Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard Van Leer Foundation. Retrieved from <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>.
19. House, J. S. (1981). Measure and concepts of social support. In S. E. Cohen, & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Florida: Academic Press.
20. Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities, *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610.
21. United Nations, (2018). Population Division. Online. <https://www.un.org/development/desa/pd/>