# บทวิจัย

## ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร

**พิณทิพย์ สดวิไลย* พัชราพร เกิดมงคล****

**ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ*** พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ*****

**บทคัดย่อ**

สุขภาวะทางจิตมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางกาย เช่นโรคเรื้อรัง ซึ่งมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 385 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและการถดถอยพหุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ($p < .05$ )

ผลการวิจัยสนับสนุนว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้ความสำคัญกับการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างอิสระ

**คำสำคัญ: สุขภาวะทางจิต/ ผู้สูงอายุ/ โรคเรื้อรัง**

---

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

# Predictive Factors of Psychological Well-Being Among Older Adults with Chronic Disease Receiving Care at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

**Pintip Sodvilai*Patcharaporn Kerdmongkol****
**Kwanjai Amnajsatsue*** Pimpan Silapasuwan******

**ABSTRACT**

Psychological well-being is important for older adults, especially those with physical illness, which often affects their psychological well-being. This descriptive research was conducted to examine psychological well-being and its predictive factors among older adults with chronic diseases. Study subjects were 385 older subjects diagnosed with a chronic disease and who received medical treatment at the outpatient department of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute between June and August 2018. Data were collected by interview using a questionnaire developed by the researcher incorporating Ryff's concept of psychological well-being. Data were analysed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, Chi-square, and multiple regression analysis.

The results showed that most subjects reported a moderate level of psychological well-being. According to multiple regression analysis, health awareness, social support, health behavior and community participation jointly explained 51.2% of the variance of subject's psychological well-being ($p < 0.05$).

The findings suggest that community nurse practitioners should focus more on promoting health awareness, social support, health behavior modification, and community participation in order to maintain independent living among older adults with chronic disease.

**KEYWORDS:** psychological well-being / older adult / chronic disease

Article info: Received March 21, 2019; Revised May 10, 2019; Accepted 25 August 2019

*Master student in community nurse practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**Corresponding Author, Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

****Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**ความสำคัญและที่มาของการศึกษา**

การขยายตัวของประชากรผู้สูงอายุ กำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากเดิมร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2006 เป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050[1] ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และมีแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงยิ่งเจ็บป่วย โดยเฉพาะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้มีภาวะการพึ่งพิง ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและระยะยาว

โรคเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสังคมและจิตใจ เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิต[2] จากการศึกษาของ Kamble et al.[3] ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตถึงร้อยละ 41.3 และจากการศึกษาของศิริพันธ์ สาสัตย์[4] พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความวิตกกังวลเพราะผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพคือมีการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง มีภาวะทุพพลภาพหรือพิการ

สถาบันบำราศนราดูร เป็นโรงพยาบาลรัฐบาลเฉพาะทาง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม ตรวจ วินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และโรคติดต่ออันตราย ต่อมาได้มีการปรับภารกิจใหม่ ดูแลและให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมากขึ้น จึงมีผู้รับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยโรคที่พบมากเป็นอันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุในต่างประเทศยังมีข้อขัดแย้งกันในแต่ละพื้นที่ และระดับเศรษฐกิจ[5] รวมถึงยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำไปส่งเสริมบริการสุขภาพของสถานบริการให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และปรับแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ วิถีการดำเนินชีวิตและบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะในทุกมิติอย่างยั่งยืน

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ

ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต[6] รีฟฟ์ ได้กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตต้องพิจารณาถึงมิติทางสังคมเชิงบวกของบุคคลด้วยโดยจำแนกไว้เป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. การยอมรับในตนเอง 2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ 3. ความเป็นตัวของตัวเอง 4. ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว 5. การมีเป้าหมายในชีวิต และ 6. การเจริญพัฒนาแห่งตน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงประยุกต์และบูรณาการใช้กรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มาเป็นกรอบและตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีข้อจำกัด และการเสื่อมถอยในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้[7] 2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังถูกทอดทิ้ง และเกิดความว้าเหว่ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทหน้าที่ จากการเกษียณอายุการทำงานทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ อำนาจ บทบาทและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 4) การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีความก้าวหน้าและใช้เทคโนโลยีมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจถูกมองว่าด้อยคุณค่า และไร้ความสามารถเนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุเหมือนในอดีต[8] การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้นหากผู้สูงอายุไม่ยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะเกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต รบกวนการดำเนินชีวิต และส่งผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[9]

**วิธีการดำเนินการวิจัย**

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการศึกษาวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ของสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 4,000 คน ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน[10] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 385 คน

*เกณฑ์คัดเข้า* เป็นผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1. โรคหัวใจและหลอดเลือด 2. โรคมะเร็ง 3. โรคทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4. โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพาต 5. โรคเบาหวาน 6. โรคความดันโลหิตสูง 7. โรคข้อเสื่อม และ 8.โรคไต ที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมของสถาบันบำราศนราดูร ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คัดกรองด้วยแบบทดสอบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป โดยอ้างอิงจากสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล[11] ซึ่งสามารถพูด สื่อสาร

และเข้าใจภาษาไทย ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาเมื่อได้รับการชี้แจง

*เกณฑ์คัดออก* ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคซึมเศร้าหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้ายหรือ admit ในช่วงที่เก็บข้อมูล

**การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล**

วิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2018-094 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน สถาบันบำราศนราดูร เลขที่ NO13h/61_ExPD ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

**1. เครื่องมือคัดกรอง** ได้แก่ แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) จำนวน 13 ข้อ[11] ที่พัฒนาโดย ศ.นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ใช้ทดสอบสมรรถภาพของสมองส่วนต่างๆ ในการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา เชาวน์ การคำนวณ การพูด เกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน ถือว่ามีความผิดปกติของ Cognitive function จะคัดออกจากการศึกษาแบบสัมภาษณ์

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** ประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ โดยเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด ประกอบด้วย 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1ข้อมูลสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 12 ข้อ ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งยึดตามกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ มีความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.73

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุ ใช้เครื่องมือของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ[12] ประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการวัดความจำกัดในกิจวัตรที่ซับซ้อนขึ้นหรือมีอุปกรณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค=1

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบคัดกรองที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้น[13] แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8DS) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 1

ส่วนที่ 5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 อันดับ มีทั้งหมด 15 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.71

ส่วนที่ 7 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบมาตรประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ

วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.86

ส่วนที่ 8 การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า(Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.83

ส่วนที่ 9 การมีส่วนร่วมในชุมชน มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 6 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

ส่วนที่ 10 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ รวมถึงความพึงพอใจต่อบริการ(ในภาพรวม) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายใน ค่าสัมประสิทธ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.70

นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมารักษาที่แผนกอายุรกรรมสถาบันบำราศนราดูร ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นภายในทั้งฉบับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค = 0.82

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากที่โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุหรือมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการเตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดย เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมารับการตรวจที่แผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลในคอมพิวเตอร์และขอความยินยอมจากผู้รับบริการ โดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ในห้องที่จัดเตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 45-60นาที หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และนำไปบันทึกข้อมูลต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการทดสอบสถิติ chi-square วิเคราะห์ข้อมูลการทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผลการวิจัย**

**คุณลักษณะทางประชากร**

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.6) และมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 45.5) ซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ62.9) โดยเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.7) ประมาณครึ่ง จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 93.2) ส่วนใหญ่จะอยู่กับครอบครัวได้แก่ คู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 51.4) รายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.6) โดยรายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 76.4) และเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.7) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ

71.9 มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์ข้าราชการ (ร้อยละ 74.0) และไม่เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรม (ร้อยละ 86.8) มากกว่าครึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 57.1) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ96.4) แต่พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.1) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 45.2) และโรคข้อเสื่อม (ร้อยละ 23.4) ตามลำดับ และ มีภาวะอ้วนในระดับที่สอง (ร้อยละ 41.3)

**สุขภาวะทางจิต**

จากการศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร พบว่า ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2 (ค่าเฉลี่ย56.64±5.51) รองลงมาคือมีสุขภาวะทางจิตระดับสูง ร้อยละ 15.8 สำหรับเกณฑ์ในการแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแปลผลแบบอิงกลุ่ม โดยคิดจากค่า Mean ± S.D. เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะทางจิตด้านการการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตน อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาวะทางจิตด้านการเจริญพัฒนาแห่งตนมากที่สุด (Mean= 3.32,S.D.=0.57) รองลงมาคือด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Mean=3.29,S.D.=0.50) และน้อยที่สุดคือด้านการมีเป้าหมายในชีวิต (Mean= 2.95,S.D.=0.52)

ตารางที่ 1 แสดงคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปร เพศ ระดับอายุ ระดับรายได้ สิทธิการรักษา ของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**Table 1.** Association between demographic characteristics and psychological well-being among older adults with chronic diseases: (n = 385)

| Factors | Level of psychological well-being | | | $\chi^2$ | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| | Low number(%) | Moderate number(%) | High number(%) | | |
| **Sex** | | | | | |
| Female | 29(58) | 175(63.9) | 41(67.2) | 1.030[a] | .597 |
| Male | 21(42) | 99(36.1) | 20(32.8) | | |
| **Age** (year) | | | | | |
| 60-69 | 18(36) | 129(47.1) | 28(45.9) | 4.657[a] | .324 |

| Factors | Level of psychological well-being | | | $\chi^2$ | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|
| | Low number(%) | Moderate number(%) | High number(%) | | |
| 70-79 | 19(38) | 105(38.3) | 24(39.2) | | |
| 80 or over | 13(26) | 40(14.6) | 9(14.8) | | |
| **Marital status** | | | | | |
| Married | 20(40) | 179(65.3) | 43(70.5) | 13.429[a] | .001** |
| Single/Widow/Separate | 30(60) | 95(34.7) | 18(29.5) | | |
| **Education level** | | | | | |
| primary school | 37(74) | 122(44.5) | 32(52.5) | | |
| secondary education / diploma | 6(12) | 74(27) | 12(19.7) | 15.442[a] | .004* |
| Bachelor or over | 7(14) | 78(28.5) | 17(27.9) | | |
| **Income/month (baht)** | | | | | |
| ≤ 10,000 | 27(54) | 116(42.3) | 32(52.5) | 9.456[a] | .051 |
| 10,000-20,000 | 12(24) | 94(34.3) | 10(16.4) | | |
| 20,000 ≥ | 11(22) | 64(23.4) | 19(31.1) | | |
| **Treatment rights** | | | | | |
| Government officials / state enterprises | 36(72) | 215(78.5) | 45(73.8) | | |
| Social Security | 4(8) | 19(6.9) | 8(13.1) | 3.690[a] | .450 |
| Payment | 10(20) | 40(14.6) | 8(15.1) | | |
| **Easily access to services** | | | | | |
| no | 29(58) | 106(38.7) | 15(24.6) | | |
| yes | 21(42) | 168(61.3) | 46(75.4) | 12.927[a] | .002** |

* p - value < 0.05, ** p – value < 0.01, a. 0 cells ( 0% ) have expected count less than

ตารางที่ 2 ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูรพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะซึมเศร้า จำนวนโรคเรื้อรัง และภาวะพึ่งพิง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับสุขภาวะทางจิต

**Table 2.** Factors related to psychological well-being among older adults with chronic diseases (n = 385)

| Factors | psychological well-being | |
|---|---|---|
| | r | p-value |
| Health perception | .660** | <0.001 |
| Family relationship | .633** | <0.001 |
| Social support | .558** | <0.001 |
| Health behavior | .484** | <0.001 |
| Community participation | .393** | <0.001 |
| Depression | -.392** | <0.001 |
| Number of family members | .159** | 0.002 |
| Number of chronic diseases | -.157** | 0.002 |
| Dependency | -.117* | 0.022 |

* p - value < 0.05, ** p – value < 0.01

ตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาแยกวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพสถานะภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูร ได้ ร้อยละ 52.7 (F Change 34.608, p-value < 0.05)

**Table 3**. Variables that can predict psychological well-being among older adults with chronic diseases (n = 385)

| Factor | b | Standardized beta | t | p-value |
|---|---|---|---|---|
| Access to services | .933 | .083 | 2.193 | .029 |
| Marital status | .858 | .075 | 1.985 | .048 |
| Health perception | .255 | .282 | 4.448 | .001 |
| Health behavior | .243 | .129 | 2.865 | .004 |
| Community participation | .236 | .126 | 3.018 | .003 |
| Social support | .107 | .149 | 2.565 | .011 |

Constant = 14.159, $R^2$ = 0.527,$R^2$ Adjusted = 0.512, F Change = 34.608, p – value <0.05

**อภิปรายผล**

**สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ**

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในสถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือมีสุขภาวะทางจิตระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตน อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์[14] และการศึกษาของปิยะกมล วิจิตรศิริ[15] โดยมีด้านการยอมรับตนเอง และด้านการเจริญพัฒนาแห่งตนในระดับสูง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ที่มองว่าเป็นคุณลักษณะทางบวกทางจิตใจ เป็นพฤติกรรมการแสดงออกท่าทางหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุที่แสดงถึงภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการที่ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต สามารถจัดการกับสภาพแวดล้อม มีการเจริญเติบโตเฉพาะบุคคล มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นและมีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง**

**สมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของบีคแมน และคณะ[16] พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่ำจะสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะโรคซึมเศร้า ส่วนสถานภาพพบว่าการเป็นหม้ายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่แต่งงานแล้วแต่อาศัยอยู่ลำพัง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ นันทพร จิตรประเสริฐ[17] ที่พบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นเพราะ การที่มีจำนวนสมาชิกมากแต่สัมพันธภาพไม่ดี หรือขาดการดูแลเอาใจใส่

**สมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพ เรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในทางบวก โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุจะมีอาการเวียนศีรษะบ่อยๆ จากการรับประทานยามาก นั่นหมายความว่า ผู้สูงอายุเมื่อได้รับประทานยามากหรือรักษาหลายโรคจะมีอาการเวียนศีรษะหรือมีอาการน้อย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรคและเป็นมาระยะเวลานาน จึงมีความเคยชินกับยาเพราะต้องทานต่อเนื่องและติดต่อกันระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ

กาญจนา ไทยเจริญ[18] ที่พบว่า การรับรู้สุขภาพเป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32 ส่วนจำนวนโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในทางลบ จึงอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการรับรู้ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความพอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

**สมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ คือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 6ด้าน คือ การเลือกรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยา และยึดมั่นในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดา ทองวิเชียร[19] ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในด้านของการเจริญพัฒนาแห่งตน เป็นการที่บุคคลจะพัฒนาตนเองให้สุขภาพดี ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้สุขภาพดีขึ้น สนใจในการดูแลสุขภาพ พยายามปรับปรุงหรือลดข้อจำกัดที่เคยมีให้น้อยลง โดยพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพ จึงจะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมที่จะดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**สมมติฐานข้อที่ 4 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สถาบันบำราศนราดูรสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ[20] ที่พบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .01 ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี[21] และจากการศึกษาของสถิตย์พงษ์ มั่นหลำ[22] พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัมพันธ์กับการศึกษาของธิดา ทองวิเชียร[19] ที่พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต การเข้าถึงบริการสุขภาพในการศึกษานี้เน้นที่ความสะดวกในการเข้าถึงบริการเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุนั้นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน การมารักษาหรือรับยานั้นต้องสม่ำเสมอ ถ้ามีความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการจะทำให้ผู้สูงอายุขาดการรักษาที่มี

คุณภาพ ไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวพามา ที่ไม่สามารถมาด้วยตนเองหรือมีความลำบากนั้น จากการศึกษาพบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เรื่องข้อเสื่อม อาการปวดเมื่อย อ่อนล้า เหนื่อยเพลีย ตามวัยของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 39 ดังนั้นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

**สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง** ผลการศึกษาพบว่า สถานะภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชนในเชิงการพัฒนาชุมชน และเชิงการทำหน้าที่พลเมือง การสนับสนุนทางสังคม เชิงการได้รับการช่วยเหลือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงินสิ่งของและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เชิงความสะดวกในเข้ารับบริการ สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2 ซึ่งสนับสนุนแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาวะทางจิตของรีฟฟ์ ที่อธิบายว่า สุขภาพจิตที่ดีต้องปราศจากอารมณ์หรือคุณลักษณะทางลบ เช่น ปราศจากความวิตกกังวล ปราศจากความซึมเศร้า ซึ่งรีฟฟ์มองว่าเป็นการมองข้ามหรือไม่นำลักษณะทางบวกมากล่าวเลย รีฟฟ์จึงเสนอว่า การอธิบายถึงสุขภาพจิตที่ดีต้องมองจากลักษณะด้านบวกที่บุคคลมีอยู่ ว่ามีอยู่มากน้อยเพียงใด อย่างไร โดยปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศรายได้ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิต เช่น สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในเชิงบวก นั่นหมายถึงคนที่มีคู่ชีวิตสามีหรือภรรยายังมีชีวิตอยู่ อยู่ด้วยกัน จะทำให้มีสุขภาวะทางจิตดี ทั้งนี้เพราะมีคู่ชีวิตเป็นที่ปรึกษา ตัวแปรปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต โดยถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือตระหนักในความรุนแรง ก็จะหันมาดูแลตนเองมากขึ้น เอาใจใส่ และพัฒนาปรับปรุงให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ตัวแปรปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในชุมชน มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยการมีสัมพันธภาพที่ดีมีส่วนช่วยในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิณห์นิภา บุญญานุวัตร[23] ที่พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาทสูงที่สุด คือ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัวตามลำดับ

**ข้อจำกัดในการวิจัย**

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจาก 1 โรงพยาบาล ซึ่งไม่มีความหลากหลายของประชากร และส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการอาจจะทำให้ไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

**จุดแข็ง** ได้แก่ งานวิจัยนี้มีตัวแปรหลายตัว ที่คัดเลือกมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ศึกษาอิทธิพลของตัวแปรหลายตัวร่วมกัน จึงทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

**จุดอ่อน** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ไม่ครอบคลุมสิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้อาจไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

**สรุป**

การศึกษานี้พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ ตัวแปรสถานะภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในชุมชนในเชิงการพัฒนาชุมชนและเชิงการทำหน้าที่พลเมือง การสนับสนุนทางสังคม เชิงการได้รับการช่วยเหลือ การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเงิน สิ่งของและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสะดวกการเข้ารับบริการ โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 51.2

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุได้มากที่สุด ดังนั้นเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพราะการมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเองจะทำให้มองเห็นประโยชน์ของการกระทำ มีความพอใจในการกระทำ และมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมที่ดูแลสุขภาพโดยรวมของตนเองมากขึ้น ผู้บริหารรวมทั้งเจ้าหน้าที่ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ ตระหนักในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งหาแนวทางร่วมกันในการดูแลสุขภาพ

2. ผู้บริหารพยาบาล ควรให้ความสำคัญในการจัดบริการหรือกิจกรรมเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

3. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรออกแบบการต่อเนื่องผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ควรสนับสนุนญาติหรือผู้ที่ดูแล โดยเฉพาะการให้กำลังใจ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน แก่ผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุด้วยการให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองให้มากที่สุด รวมไปถึงการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4. หลักสูตรการศึกษาพยาบาล ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่เน้นให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยเน้นเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มbio-marker เช่น ระดับคอร์ติซอลในน้ำลาย ซึ่งสามารถสะท้อนภาวะเครียดของผู้สูงอายุได้

**กิตติกรรมประกาศ**

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันบำราศนราดูร ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานเวชสถิติ ตลอดจนบุคลากรใน

สถาบันที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

**เอกสารอ้างอิง**

1. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment [Internet]. 2015 [cited 2017 December 14]. Available from http://www.who.int/chp/chronic_ disease_report/full_report.pdf.
2. Nansuppawat V, Siriwattanamethanon J, Honboonherm P. Mental health in Elderly. Journal of the Northeastern Nursing Association. 2009;27(1). (in Thai)
3. Kamble SV, Ghodke YD, Dhumale GB, Avchat SS. Health Status of Elderly Persons in Rural Area of India.India: Indian Medical Gazette; 2012.
4. Sasut S. Directions and trends in long-term elderly care. Journal of Nursing. 2010;25(3):5-10.(in Thai)
5. Steptoe A, DPhil, Deaton A, Stone A. Psychological well-being, health and ageing. HHS Public Access. 2015; 385(9968):640-648.
6. Mongkol A, Hattapanom W, Chetchotsak P, Chalorkul V, Punyoyai L, Suwannacheep S. Development and testing of Thai mental health indicators (version 2007). Bangkok; Printing Agriculture Cooperatives of Thailand; 2009. (in Thai)
7. Ryff CD. Psychological Well-Being in Adult Life. Current Directions in Psychological Science. 1995;4(4):99-104.
8. Linton A.D, Lach H.W. Matterson & McConnell's gerontological nursing: Concept and practice (3rd ed.). Bangkok: St Louis:Saunders Elsevier; 2007.
9. Miller C.A. Nursing for wellness in older adults (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.2009
10. Krejcie R.V, Morgan D.W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational Psychology Meas.1970; 30(1): 607.
11. Jitapankul S. Status of the current elderly population in Thailand and various actions of the country. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai)
12. Bureau of Elderly Health. Long Term Care[Internet]. 2016[cited 2016 January 15]. Available from.http://eh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=LongTremCare (in Thai)
13. Department of Mental Health: New depression screening form 2004

[Internet]. 2014[cited 2016 January 11]. Available from http://www.dmh. go.th/test/depress/asheet.asp?id=1

14. Sappawong K. Psychological well-being in Thai Elderly.BU Academic Review. 2012; 99-110. (in Thai)
15. Wijitsiri P. Wisdom Social Support and Psychological Well-being of Elderly in the Elderly Club at Wat Sarod Rat Burana District Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Kasetsart University, 2012.
16. Beekman A.T, Deeg D.J, Van T.T, Smit J.H, Hooijer C, Van T. W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 1995; 36(1-2):65-75.
17. Jitprasert N. Factors associated with quality of life among older adults in Bangpa-in district, Ayutthaya Province (Thesis) Bangkok Faculty of Graduate Studies Manidol University
18. Thaicharoen K.Factors that predict mental health status of the elderly in Chonburi province. [Thesis]. Chonburi: Faculty of Graduate studies, Burapa University, 2000.
19. Tongvichean T. The Psychologicall well-being of the elderly in Samut Prakan Province. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University, 2010.
20. Wongpoom T. Factors related to mental health problems of the elderly in Chiang Mai Province.[Thesis] . Bangkok: Faculty of Graduate studies, Ramkhamhaeng University, 2010.
21. Wongpanarak N, Kumpol B,Chamusi S. Mental health status, hope, and self-care behaviors regarding mental health of elderly in Maha Sarakham municipality. Research Journal Faculty of Public Health Khonkaen University. 2013; 6 (1): 141-150. (in Thai)
22. Munlam S. Factors associated with participation in social activities of the elderly in Yannawa District Bangkok. [Thesis]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Ramkhamhaeng University, 2010.
23. Boonyanuwat J. Development of learning programs to enhance Psychological well-being of Elderly in Chainat Province. Journal of Academic and Social Sciences Research, Nakhon Sawan Rajabhat College.2013; 24(8): 89-106. (in Thai)