



ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
เอกชน



ปวีณา จิบ โลกหาว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
เอกชน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING SPIRITUAL WELL-BEING AMONG OLDER
RESIDENTS OF PRIVATE ELDERLY CARE CENTERS



PAVEENA JIBKHOKWAI

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ปวีณา จิบ โศกหทัย ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ศรีโสภา)

..... ประธาน

(ศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ ศรีโสภา)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณฤ์ ทูลศิริ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ่มเยี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64910046: สาขาวิชา: การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต; พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
 คำสำคัญ: ปัจจัยด้านจิตสังคม/ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ/ ผู้สูงอายุ/ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน
 ปรินาม จิบ โศกหาวาย : ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุใน
 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน. (PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING SPIRITUAL WELL-BEING
 AMONG OLDER RESIDENTS OF PRIVATE ELDERLY CARE CENTERS) คณะกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์: ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์, Ph.D., พรพรรณ ศรี โสภา, Ph.D. ปี พ.ศ. 2568.

การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน เป็นการบูรณาการความผาสุกทางกาย จิตใจ สังคมและทางจิตวิญญาณ
 หนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญ คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะใน
 กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณอย่าง
 สูง ซึ่งข้อมูลการศึกษาในกลุ่มศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนปัจจุบันยังมีข้อมูลอยู่อย่างจำกัด การวิจัยครั้งนี้เป็น
 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิต
 วิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน และอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิต
 วิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
 จำนวน 144 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 รวบรวมข้อมูลโดยใช้
 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสัมภาษณ์
 ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต แบบสัมภาษณ์ความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว
 และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์
 ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
 ภาคเอกชนมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 98.61 ($M = 67.92, SD = 4.17$) ปัจจัยที่สามารถ
 ทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต และการสนับสนุนจากเพื่อน
 และบุคลากร ($\beta = -.562, \beta = .151$ ตามลำดับ) สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัย
 อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ร้อยละ 33.7 (Adjusted $R^2 = .318, F_{(4-139)} = 17.637, p < .001$)

จากผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤตและการสนับสนุนจากเพื่อนและ
 บุคลากรที่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่ม
 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างสองปัจจัยนี้ อันจะส่งผลให้ความผาสุกในมิติ
 ที่ศึกษาเพิ่มขึ้น

64910046: MAJOR: PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING; M.N.S.
(PSYCHIATRIC AND MENTAL HEALTH NURSING)

KEYWORDS: PSYCHOSOCIAL FACTORS/ SPIRITUAL WELL-BEING/ OLDER ADULTS/
PRIVATE NURSING HOMES

PAVEENA JIBKHOKWAI : PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING
SPIRITUAL WELL-BEING AMONG OLDER RESIDENTS OF PRIVATE ELDERLY CARE
CENTERS. ADVISORY COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB, Ph.D. PORNPAN SRISOPA,
Ph.D. 2025.

The well-being of older adults encompasses physical, mental, social, and spiritual health. Among these, spiritual well-being is a key factor that contributes to a high quality of life. This is particularly important for older adults residing in nursing homes, where their spiritual needs should be addressed in a more comprehensive way. However, there is limited research on this demographic in private nursing homes. This is a descriptive, predictive correlational study designed to explore the spiritual well-being and examine the impact of psychosocial factors on nursing homes' residents' spiritual well-being in Nakhon Pathom Province. A sample of 144 individuals was selected based on specific criteria. Data collection was performed from September 2023 to May 2024 using a variety of questionnaires to gather data regarding residents' personal data, spiritual well-being, resilience, hope, peer and staff support and family support. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data.

The findings revealed that the spiritual well-being of older adults in private nursing homes is generally low, with 98.61% of participants reporting low levels of spiritual well-being ($M = 67.92$, $SD = 4.17$). Factors that predict spiritual well-being include crisis coping abilities, as well as support from peers and staff ($\beta = -.562$, $\beta = .151$ respectively). Together, these factors account for 33.7% of the variance in spiritual well-being (Adjusted $R^2 = .318$, $F_{(4,139)} = 17.637$, $p < .001$).

The research findings indicate that resilience and the support from friends and relevant personnels in private nursing homes are the vital factors that influence the spiritual well-being of this group of elderly individuals. Therefore, the development of nursing intervention to enhance these two factors would lead to an increase in such well-being.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ภรภัทร เสงอุดม ทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ อย่างสูงในทุกขั้นตอนของการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงให้กำลังใจเอาใจใส่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรพรรณ ศรี โสภา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ คำปรึกษาและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู ประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อแนะนำที่มีคุณค่าที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุก ๆ ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้ คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครปฐม และผู้บริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 แห่ง ในจังหวัดนครปฐม ที่ให้การสนับสนุนและให้ ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่ขาดไม่ได้ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุก ๆ ท่าน ที่สมัครใจในการตอบแบบสัมภาษณ์ในครั้งนี้ จนมาถึงวันที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครอบครัว ลูก ๆ อันเป็นที่รัก ที่ปลุกฝัง ความมานะ อดทน ความพากเพียรใฝ่รู้ในการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและ ประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ปวีณา จิบโคกหวาย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉุ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
สมมุติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. ผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	11
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	25
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	44
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	45
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	57
ตอนที่ 2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน	60

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน.....	60
ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน.....	61
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	64
อภิปรายผลการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	72
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก.....	79
ภาคผนวก ก.....	80
ภาคผนวก ข.....	82
ภาคผนวก ค.....	94
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	104

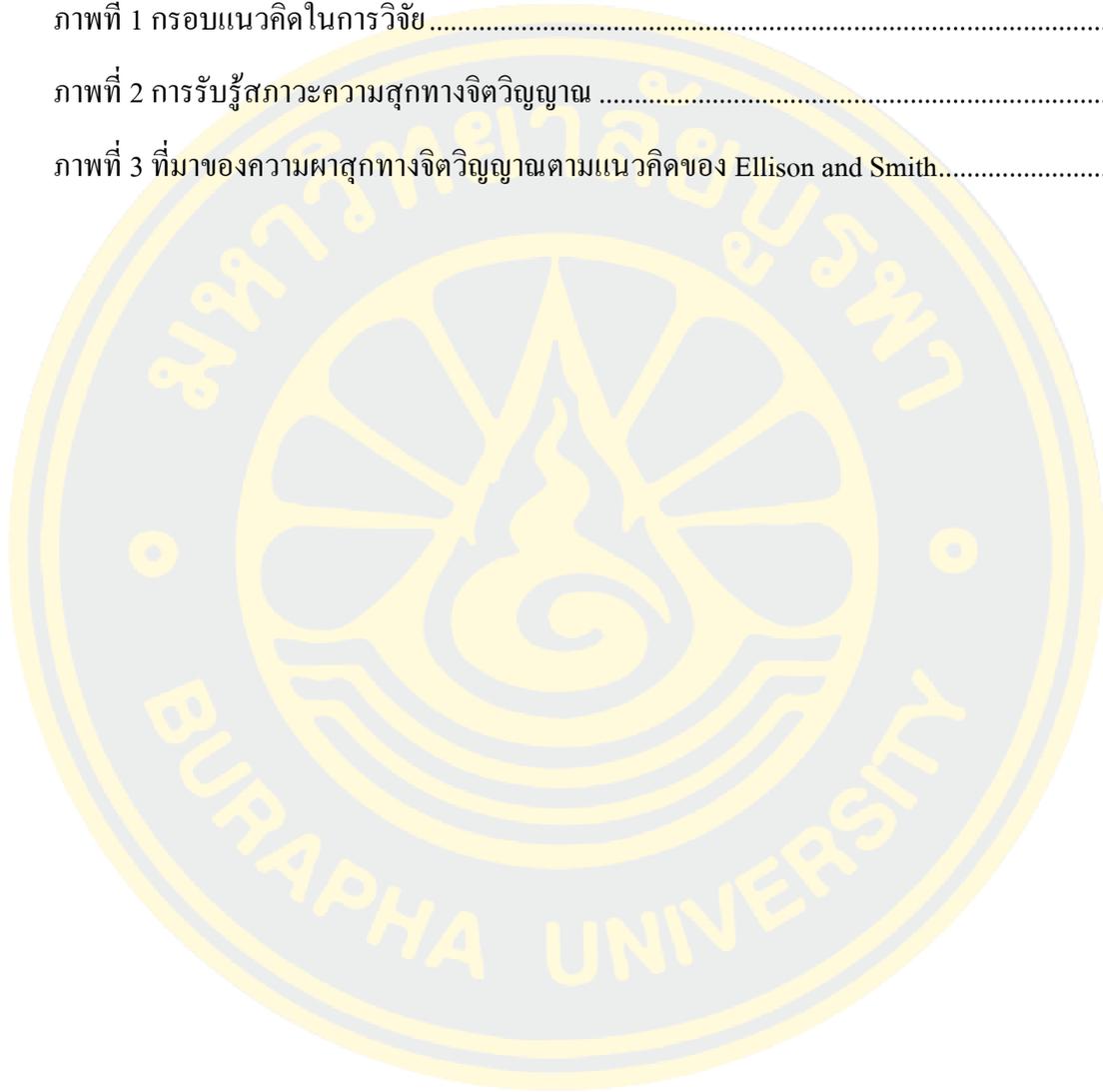
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูล ส่วนบุคคล ($n = 144$)	57
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่ม ตัวอย่าง ($n = 144$)	60
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษาคะแนนในภาพรวม	61
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนกับตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 144$)	62
ตารางที่ 6 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ($n = 144$)	63

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 การรับรู้สภาวะความสุขทางจิตวิญญาณ	31
ภาพที่ 3 ที่มาของความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith.....	31



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างของประชากรในวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่ในหลายประเทศกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในอีกไม่ช้า นับเป็นความท้าทายที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญ ซึ่งในปัจจุบันรัฐบาลทั่วโลก ต่างให้ความสำคัญกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2019) พบว่ามีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 703 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 สำหรับในประเทศไทย พบว่าได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกับนานาประเทศ จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย โดย กรมกิจการผู้สูงอายุ (2567) พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นถึง 13,444,127 คน คิดเป็นร้อยละ 20.6 โดยพบช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.5 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 13.6 ตามลำดับ และคาดว่าในปี 2579 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2562) จากการรายงานจำนวนผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และ สมุทรสาคร พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1,116,859 และมากเป็นอันดับที่ 6 (ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) จากสถานการณ์ดังกล่าวจังหวัดนครปฐมถือเป็นอีกจังหวัดหนึ่ง ที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุถึง 201,754 คน พบเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 5 สาเหตุหลักของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ได้แก่ อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลง (Total Fertility Rate) ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตของคนหนุ่มสาวรุ่นใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับตนเองทั้งความสำเร็จในหน้าที่การงาน การใช้ชีวิตอย่างอิสระ มากกว่าการสร้างครอบครัว ซึ่งมีส่วนทำให้อัตราการเกิดลดลง และความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

การเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และมีแนวโน้ม

ของภาวะพึ่งพิงอันเนื่องมาจากภาวะทุพพลภาพ (ชัชวาล วงศ์สารี, 2560) ด้านจิตใจพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มักพบกับความสูญเสีย เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือคนใกล้ชิด ทำให้ประสบกับภาวะโดดเดี่ยว เกิดความทุกข์ทางใจ ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) จากการศึกษาปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิต 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อยได้แก่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม พบว่าในปัจจุบันสภาพสังคมมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนรูปแบบเป็นชุมชนเมืองอย่างรวดเร็วมากขึ้น ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ผู้สูงอายุต้องแยกครอบครัวออกมาอยู่เพียงลำพังหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจำเป็นต้องดูแลตัวเองทั้งเรื่องสุขภาพ ที่อยู่อาศัย การกิน การอยู่ รวมทั้งค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ต้องรับภาระ จากการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2563 พบว่ามีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรกลุ่มวัยทำงานจากชนบทสู่เมือง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพังในชนบทเป็นจำนวนมาก ซึ่งอัตราของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยโดยลำพังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 1.7 ในปี 2550 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.7 และ 10.8 ในปี 2557 และ 2560 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถคาดการณ์ได้ แต่หากผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวได้หรือได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของประชากรในวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้องค์กรในทุกระดับให้ความสำคัญต่อการวางแผนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและมีมาตรการที่เน้นการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตและความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2561) ในส่วนของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนั้น แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) การดูแลภายในครอบครัว คือ การให้ความดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหาร เสื้อผ้า จัดที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพ รักษาพยาบาล รวมทั้งการให้เงิน การดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายจิตใจ เป็นต้น 2) การดูแลในสถาบัน แยกเป็นการดูแลในสถานสงเคราะห์ และการดูแลในสถานพยาบาลหรือสถานที่รับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 3) การดูแลโดยชุมชน เพื่อสร้างจิตสำนึกให้คนในชุมชนเกิดการแก้ไขปัญหาระดมความร่วมมือและพัฒนารูปแบบต่าง ๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนของตนระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน องค์กร และ สถาบันทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งมีรูปแบบและลักษณะบริการแตกต่างกัน และ 4) การดูแลในสถานการณพิเศษ (สายฤดี วรรกิจโกคาทร, ประภาพรรณ จูเจริญ, กมลพรรณ พันพิ่ง สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด, 2550) จะเห็นได้ว่าแต่ละรูปแบบมีลักษณะและความต้องการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ จะเป็นสิ่ง ที่ช่วยให้ ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต เกิดความไว้วางใจ และยอมรับตัวเอง (กัลยา พลอยใหม่, 2545) รวมทั้งสร้างความพร้อมให้กับตัวเองเพื่อเผชิญกับความ ทุกข์จากการเจ็บป่วย ความกลัว และความตายที่จะเกิดขึ้น (Cobb & Forman, 1997)

นอกจากรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีการ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบใหม่เกิดขึ้นเพื่อรองรับปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ “ศูนย์ ดูแลผู้สูงอายุเอกชน” ซึ่งเป็นสถานที่มุ่งเน้นให้การดูแล พักฟื้น และให้การช่วยเหลือในกิจวัตร ประจำวันแก่ผู้สูงอายุ ผู้ทุพพลภาพ ผู้ป่วยที่ต้องการพักฟื้นระยะสั้น และผู้ป่วยที่ต้องการพักฟื้น ระยะยาว เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น จากจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนในประเทศไทยที่ขึ้นทะเบียนกับกรมส่งเสริมบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีจำนวนทั้งสิ้น 714 แห่ง และ เขตสุขภาพที่ 5 อยู่ในลำดับที่ 4 มีจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนที่ได้รับใบอนุญาต จำนวน 88 แห่ง ซึ่งจังหวัดนครปฐมอยู่ในลำดับที่ 1 มีจำนวนศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนที่ได้รับใบอนุญาต จำนวน 29 แห่ง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยจะมีการให้บริการดูแล ผู้สูงอายุ จากทีม สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่ออำนวยความสะดวกและเฝ้าระวัง ดูแลด้านความปลอดภัย สำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุจะให้บริการในส่วนของ การดูแล ผู้สูงอายุทั่วไป การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยพยาบาลจะคอยดูแลผู้สูงอายุอย่าง ใกล้ชิดเพื่อคอยช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และ พยาบาลวิชาชีพจะคอยดูประเมิน อาการผู้สูงอายุในแต่ละวัน การออกกำลังกาย ด้านอาหาร โดยนักโภชนาการจะเข้ามาควบคุมด้าน อาหารเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อร่างกาย การดูแลด้าน กายภาพบำบัด โดยนักกายภาพบำบัดจะเข้ามาดำเนินการฟื้นฟูร่างกายให้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ เข้ารับบริการพักฟื้นเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติอีกครั้ง ในส่วนของเรื่องการทำกิจกรรม สันทนาการ กิจกรรมนันทนาการ จะมีทีมนักกิจกรรมบำบัดที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและได้รับความสุขทางใจ การทำกิจกรรมสวดมนต์หรือ กิจกรรมทางศาสนาถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความผาสุกทั้งทางใจ และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน พบว่า มาตรฐานการดูแล มุ่งเน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ ดี แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

มีอยู่อย่างจำกัด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หรือ spiritual well-being เป็นความเข้าใจในชีวิต การมีเป้าหมาย มีความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล มีผลให้สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติได้ โดยตั้งเป้าหมายของชีวิตและกำหนดความสำเร็จไว้ได้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 อย่างคือ 1) องค์ประกอบทางด้านศาสนา หมายถึงความผาสุกที่เกิดมาจากความศรัทธาในศาสนาความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การได้รับผลดีทางจิตใจ ความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ ตลอดจนการเข้าร่วมในศาสนาพิธีต่าง ๆ 2) องค์ประกอบด้านความต้องการมีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ หมายถึงความสุขในการใช้ชีวิต ระบุว่าชีวิตมีคุณค่าและเป็นสิ่งดีงาม มีความพึงพอใจรวมทั้งมีความหวังในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น (Ellison & Smith, 1991) จากการศึกษาของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาต่อศาสนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0258, p < .001$) นั่นคือ ผู้ที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะมีระดับความสุขที่สูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความสุขต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาต่อศาสนาที่ต่ำเช่นกัน และจากการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม และ อรัญญา นามวงศ์ (2560) พบว่า การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวอยู่ในระดับสูงทำให้ผู้สูงอายุมีพลัง ภายในตนเองที่จะตั้งเป้าหมายชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสม มีแรงจูงใจที่จะต่อสู้ มีความกระตือรือร้นในการ ดำเนินชีวิตที่จะเผชิญกับ โรคที่เป็นอยู่ เป็นความพร้อมจากภายในนำไปสู่ความสามารถในการผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายใน ภายนอกบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต (Resilience) เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลซึ่งช่วยให้บุคคลรับมือกับ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ สามารถที่จะพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้ เป็นความสำเร็จในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Wagnild & Young, 1993) และสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปให้มีความสุข ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการ กับปัญหา บุคคลที่มีความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตดีเมื่อเผชิญกับวิกฤตจะมีความสมดุลทางอารมณ์ มุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก มีความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี จัดการกับอารมณ์เศร้าเสียใจ และฟื้นตัวได้

เร็ว มีความทนทาน และความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัวและดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็ง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต จากการศึกษาของ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ในประเทศตุรกี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r = .54, p < .01$) (Duran, Avci & Esim, 2020) นั่นหมายถึงหากผู้สูงอายุมีความสามารถ ความทนทาน ความเข้มแข็งทางจิตใจ ตลอดจนสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ดี ก็จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี งานวิจัยนี้คาดว่าพลังสุขภาพจิตจะเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ความหวัง (Hope) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีแรงขับในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสีย หรือมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในชีวิต ความหวังมีพื้นฐานจากการที่ผู้สูงอายุปรารถนา ที่จะประสบความสำเร็จ มีเป้าหมายในชีวิต (Herth, 1993) ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญ ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และรับรู้ว่ามีสิ่งที่คุณค่า ไม่ใช่สิ่งที่รุนแรงเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ (Stephenson, 1991) การศึกษาของ Roger, Gail, and Neal (2021) ในเรื่อง ความหวังในการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยมะเร็งชาวแอฟริกา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .561, p = .046$) เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศตุรกี ในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,383 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตและความหวังอย่างมีนัยสำคัญสถิติ (Ozdemir, Buda, Dural & Gultekin, 2022) นั่นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีแรงขับที่ดีในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่มีความทุกข์ ความสูญเสีย หรือความไม่แน่นอน ความหวังจะช่วยให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ มีเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี ดังนั้นความหวังจึงเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจและมีทัศนคติทางบวก มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน รวมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา เต็มใจที่จะรับฟังสนทนา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดูแลและห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ (Thomas,

Vaccaro, & McNamara, 1992) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ในครอบครัวกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ในงานวิจัยของเพ็ญพิชญ์ จันทรานภรณ์ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน (2562) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.76, p < .01$) การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย เห็นคุณค่าของตนเอง และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อันจะส่งผลต่อการมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณที่ดี ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเช่นกัน

การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในคุณค่าของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (สุจิตรา บุญประเสริฐ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤติมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล (2562) พบว่า ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราภาครัฐบาล จำนวน 110 ราย การสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .01$) นั่นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสุขใจ และช่วยทำให้เป็นผู้ที่มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณที่ดี ดังนั้นการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุก็เป็นอีกปัจจัยด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน และปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน โดยทำการศึกษาในจังหวัดนครปฐม เนื่องจาก ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนภายในจังหวัดนครปฐมมีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 โดยมีสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 29 แห่ง และพบว่ามีอัตราการขยายของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งข้อมูลที่ได้ในการศึกษารุ่นนี้สามารถที่จะนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทีมสุขภาพ และสถานบริการศูนย์ดูแล

ผู้สูงอายุ ในการวางแผนการดำเนินการและการกำหนดรูปแบบและวิธีการเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

สมมุติฐานการวิจัย

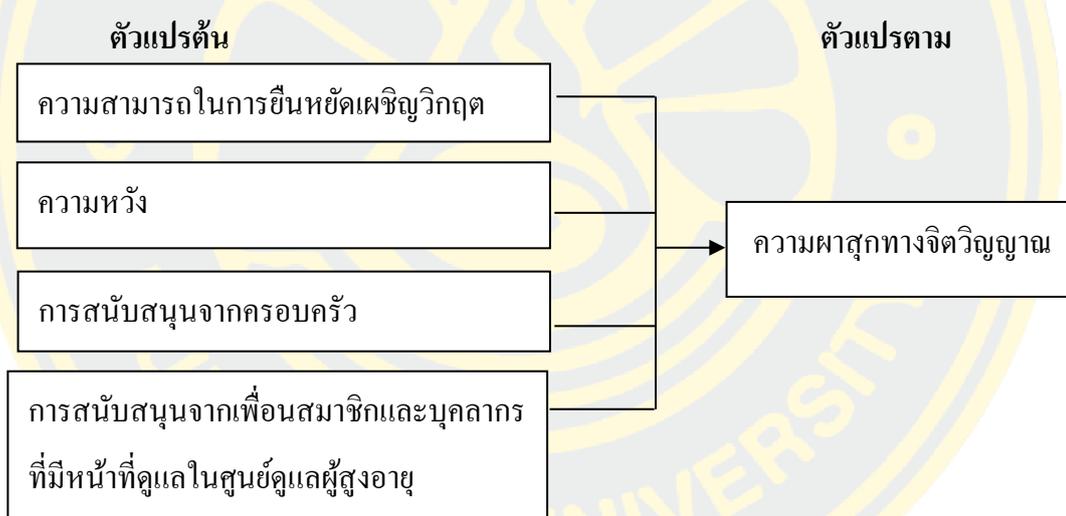
ปัจจัยด้านจิตสังคมประกอบด้วย ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความสุขทางจิตวิญญาณที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมีเป้าหมายในชีวิต มีความสมดุลของร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณมี 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบทางด้านศาสนา หมายถึงความผาสุกที่เกิดมาจากความศรัทธาในศาสนาความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การได้รับผลดีทางจิตใจ ความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ ตลอดจนการเข้าร่วมในศาสนาพิธีต่าง ๆ 2) องค์ประกอบด้านความต้องการ มีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ แสดงถึงการมีความสุขในการใช้ชีวิต รับรู้ว่ามีชีวิตมีคุณค่าและเป็นสิ่งดีงาม มีความพึงพอใจรวมทั้งมีความหวังในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน บางรายอาจมีภาวะพึ่งพิงในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ด้วยอายุ และความเจ็บป่วยจึงมีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ยังพบปัญหา การสูญเสียคนใกล้ชิด และเศรษฐกิจทางสังคม การเกษียณ

ความพิการ ทำให้ประสบกับภาวะ โดดเดี่ยว และเกิดความทุกข์ทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ลดลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของการเสื่อมลงของร่างกายและสมอง หากผู้สูงอายุบางคนไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวได้อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกสูญเสียในหลายด้าน การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเป็น ธรรมชาติหนึ่งที่สะท้อนถึงการปรับตัวในทางที่ดีของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับ แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) งานวิจัยนี้มุ่งศึกษา ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในตัว ผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต และความหวัง และ2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ จากแนวคิดดังกล่าว สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เป็นการศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม จำนวน 144 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ตัวแปรที่ศึกษามีดังนี้ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตัวแปรต้น ได้แก่ ความสามารถในการ

การขึ้นหัตถ์เผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิก และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นภาวะที่สะท้อนถึงการมีความรู้สึกลงทางบวก ความพอใจ ความรัก ความสวยงาม ความเคารพบนอบ การมีทัศนคติที่ดี และความสงบภายในจิตใจ และมีเป้าหมายและทิศทางในชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutizian and Ellison (1982) แปลเป็นภาษาไทยโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติและนางชนัดดา ผาสุกมุล (2545)

ความสามารถในการขึ้นหัตถ์เผชิญวิกฤต หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวในทางที่ดีเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต สามารถคิดพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้น ประเมินโดยใช้แบบความสามารถในการขึ้นหัตถ์เผชิญวิกฤต โดยใช้แบบสัมภาษณ์ True Resilience Scale ของ Wagnild (2014) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ นุจรี ไชยมงคล และปจรา โพธิหัง (2562)

ความหวัง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถตั้งเป้าหมาย และมีวิธีการบรรลุเป้าหมายนั้น ๆ ได้ ความหวังเป็นกระบวนการของความคิดที่มุ่งสู่เป้าหมายซึ่งนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายของบุคคล ประเมินโดยใช้แบบวัดความหวัง (Herth Hope Index [HHI]) ของ Herth (1992) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย จีราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์ (2541)

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับการช่วยเหลือต่าง ๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประดับประดอง การช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส ลูก หลาน บุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคคลอื่น ๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวของ นงลักษณ์ ศรีสุจริต (2548)

การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแล

ผู้สูงอายุในสถานดูแล ประเมินโดยตัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในสถานสงเคราะห์ คนชรา พัฒนาโดย นางลักษณ์ ศรีสุจริต (2548)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้ศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้เป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
 - 1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 1.2 แนวคิดผู้สูงอายุและความหมาย
 - 1.3 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 2.1 แนวคิดและความหมาย
 - 2.2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 3.1 ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต
 - 3.2 ความหวัง
 - 3.3 การสนับสนุนจากครอบครัว
 - 3.4 การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

1.1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในปีพ.ศ. 2563 จะมีประชากรสูงอายุถึง 13 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด และภายในปีพ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ 21.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 33.1 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะมีวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานมีสัดส่วนลดลง โดยวัยเด็กมีอัตราการลดลงร้อยละ 12.3 ต่อปี และวัยแรงงานมีอัตราการลดลงร้อยละ 7.5 ต่อปี ในขณะที่ วัยสูงอายุ

มีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.6 ต่อปี (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2560) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีสาเหตุหลักมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลง (Total Fertility Rate) ที่อยู่ต่ำกว่าระดับการทดแทน โดยที่ปัจจุบัน ผู้หญิง 1 คนมีบุตรเฉลี่ย 1.6 คนซึ่งลดลงจากเมื่อ 20 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2542) ที่ผู้หญิง 1 คนมีบุตรเฉลี่ย 2 คนและบุตรเฉลี่ยจะลดลงเหลือ 1.4 คนในปีพ.ศ. 2572 ประกอบกับ ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากเดิมเมื่อปีพ.ศ. 2508 คนไทยมีอายุเฉลี่ยที่ 58 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 75 ปีในปัจจุบัน (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ 2562) และยังพบว่า ประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัด กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สุพรรณบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และ สมุทรสาคร พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุถึง 1,116,859 และมากเป็นอันดับที่ 6 (ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด โดยมีจำนวนประชากรรวม 1,309,356 คน และพบว่าเขตสุขภาพที่ 5 มากเป็นลำดับที่ 6 (ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุกรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าวจังหวัดนครปฐมถือเป็นอีกจังหวัดหนึ่ง ที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุถึง 201,754 คน พบเป็นลำดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงส่งกับผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. สัดส่วนของคนวัยทำงานต่อผู้สูงอายุจะทยอยลดลงเรื่อย ๆ จากคนวัยทำงาน 6.4 ต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปีพ.ศ. 2548 และวัยแรงงานจะลดลงเหลือ 5.4 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปีพ.ศ. 2563 และวัยแรงงานลดลงเหลือเพียง 1.9 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในปีพ.ศ. 2578 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553) ทำให้ฐานภาษีของประเทศแคบลง ส่งผลต่อการจัดเก็บรายรับจากภาษีเงินได้ของภาครัฐที่จะนำมาใช้จ่ายในการพัฒนาประเทศลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อาจนำไปสู่การขาดดุลงบประมาณและการสะสมหนี้สาธารณะเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต 2. ค่าใช้จ่ายการจัดสวัสดิการของรัฐแก่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น อาทิ เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ค่ารักษาพยาบาลโดยสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 13 หรือประมาณ 4 แสนล้านบาท ต่อปีเฉลี่ยคนละ 6,286 บาท และหากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นไปถึง 1.4 ล้านล้านบาทต่อปี (ณัฐนันท์วิจิตรอักษร, 2562)

3. กำลังแรงงานที่เป็นปัจจัยทางการผลิตลดลง เกิดภาวะการขาดแคลนแรงงาน จะทำให้ค่าแรงมีแนวโน้มปรับตัวสูงขึ้นและก่อให้เกิดแรงกดดันทางด้านเงินเพื่อ ส่งผลกระทบต่อกรขยายตัวทางเศรษฐกิจอาจมีแนวโน้มลดลงได้

4. ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มต้องรับภาระเลี้ยงดูประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.2 ในปี พ.ศ. 2503 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.4 ในปีพ.ศ. 2578 (สำมะโนประชากร 2548)

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และความหมาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงระหว่างประเทศจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2525 ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้ให้คำนิยามว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีและมากกว่าขึ้นไป นับเป็นการให้ความหมายผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับเกณฑ์ของประเทศไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ตามอายุและระดับความสามารถของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. เกณฑ์ด้านอายุสามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือผู้สูงอายุตอนต้น ได้แก่อายุ 60-69 ปีผู้สูงอายุตอนกลาง ได้แก่อายุ 70-79 ปีและผู้สูงอายุตอนปลาย ได้แก่ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

2. เกณฑ์ด้านความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Functional assessment) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในด้านกิจกรรมส่วนตัวได้เช่น การลุกจากเตียงการใช้ห้องน้ำการขับถ่ายการล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำการแต่งตัว และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2 ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่ซับซ้อนมากกว่ากิจกรรมส่วนตัว เช่น การล้างจาน การซักผ้า การทำอาหาร การใช้โทรศัพท์ เป็นต้น

การแบ่งระดับสังคมผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing society) หมายถึง การมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 10 หรือในประเทศที่ใช้เกณฑ์ผู้สูงอายุโดยเริ่มนับที่อายุ 65 ปีจะใช้ค่าจำนวนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

2. ระดับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึง การมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

3. ระดับสังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบหรือสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) หมายถึงการมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 28 หรือจำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ วิไล กุปต์รัศมิ์กุล (2561) สรุปลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุไว้ 5 ประการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีกำลังสำรองของร่างกายลดลง (Reduced body reserve) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของร่างกายทุกระบบ จากความชรา ซึ่งค่อยเป็นค่อยไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มลดลง ประกอบกับการดำรงชีวิตที่มีการทำกิจกรรม รวมทั้งออกกำลังกายน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย กล้ามเนื้ออ่อนล้าง่าย นอกจากนี้ยังพบว่าหลอดเลือดแดงของผู้สูงอายุเริ่มมีความยืดหยุ่นลดลง หรือแข็งตัว (Atherosclerosis) ที่เพิ่มขึ้นตามวัยจึงทำให้พบโรคความดันเลือดสูงเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนด้านมวลกระดูกที่ลดลง เป็นสาเหตุให้พบโรคกระดูกพรุนและมีความเสี่ยงต่อกระดูกหักเพิ่มขึ้นตามอายุรวมถึงกระดูกอ่อนผิวข้อที่สึกไปตามการใช้งาน จึงพบโรคข้อเสื่อมในผู้สูงอายุมากเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบโรคพาร์กินสันในผู้สูงอายุเนื่องจากการลดลงของเซลล์ประสาทบริเวณเปลือกสมอง (Motor cortex) ทำให้ระดับโดพามีน (Dopamine) ลดลง

2. การมีอาการผิดปกติที่ไม่จำเพาะ (Atypical sign presentation) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มักไม่พบลักษณะอาการและอาการแสดงที่จำเพาะต่อโรคที่พบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า เช่น ผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) อาจไม่พบอาการไข้แต่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการซึม ไม่รับประทานอาหาร หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาจไม่พบอาการแน่นหน้าอกกร้าวไปแขน ดังเช่นผู้ป่วยที่อายุน้อย นอกจากนี้อาการที่ไม่จำเพาะนี้ยังหมายถึงรวมถึงอาการที่พบบ่อย ที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ที่เรียกว่า Geriatric giant ได้แก่ Immobility หมายถึง การไม่เคลื่อนไหว Instability หมายถึง การเดินไม่มั่นคง Incontinence หมายถึงการควบคุมการขับถ่ายผิดปกติและ Intellectual impairment หมายถึง ความบกพร่องทางสติปัญญา

3. การมีพยาธิสภาพของหลายระบบ (Multiple pathologies) การมีพยาธิสภาพหลายอย่างในหลายระบบของร่างกาย เนื่องจากระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา รวมทั้งพยาธิสภาพที่พบส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งการที่หลายอวัยวะมีพยาธิสภาพหลายอย่าง เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การถดถอยของสมรรถภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุมถึงภาวะพึ่งพาและคุณภาพชีวิตที่ลดลงของ ผู้สูงอายุ

4. การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) การที่ผู้สูงอายุต้องใช้ยาหลายขนาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายโรครวมถึงการซื้อยารับประทานเองจากร้านขายยา ที่ทำได้ง่ายใน

ประเทศไทยผลจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกันนั้น เป็นเหตุให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลไม่พึงประสงค์จากยาต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาทั้งเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อย

5. การมีความทุกข์ยากทางสังคม (Social adversity) ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลาย ๆ อย่าง เช่น การเกษียณจากงานประจำการแยกบ้านของลูกที่แต่งงานมีครอบครัวหรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด การจากไปของคู่ครองหรือเพื่อนสนิท การสูญเสียเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าแยกตัวไม่ยอมมีกิจกรรมใด ๆ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางรายที่ต้องการการดูแลเนื่องจากไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือการสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งกำลังกาย กำลังใจและกำลังทรัพย์ เพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจจึงควรให้ความสำคัญกับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุทั้ง 5 ประการ ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คือความสามารถสำรองของร่างกาย (Reduced body reserve) ในระบบต่าง ๆ ลดลงการมีพยาธิสภาพเรื้อรังหลายอย่างในหลายระบบของร่างกาย (Multiple pathology) รวมถึงการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Social adversity) นอกจากลักษณะเฉพาะที่พบในผู้สูงอายุควรต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้วย

การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นการเสื่อมสภาพทางสรีรวิทยาในทุกกระบวน ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอวัยวะในร่างกายส่วนใหญ่จะเกิดการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและสรีรวิทยาของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ในผู้สูงอายุมักพบปัญหาความจำระยะสั้นบกพร่อง พบว่าผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ช้ากว่าวัยหนุ่มสาวเนื่องจากกระบวนการรวบรวมข้อมูลในประสาทส่วนกลาง (Central information) ทำงานช้าลงการตอบสนองทุกอย่างใช้เวลามากขึ้น หากเป็นงานที่ต้องผ่านกระบวนการคิดที่สลับซับซ้อนมากเท่าใด ยิ่งใช้เวลามากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การทรงตัวและการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อจะลดลงเรื่อย ๆ เนื่องจากเซลล์ประสาท Nigrostriatal ในสมองส่วน Basalganglia ลดลง ซึ่งจะมีผลต่อท่าทางการเดินของผู้สูงอายุนอกจากท่าเดินที่เปลี่ยนไปแล้วยังมีปัญหาการทรงตัวอันเป็นเหตุให้หกล้มได้ง่ายขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าผู้สูงอายุจะมีมวลกล้ามเนื้อจำนวนและขนาดเส้นใยจะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีเนื้อเยื่อพังศืดและไขมันเข้ามาแทนที่ ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการสะสมของสาร Lipofuscin ทำให้กล้ามเนื้อห่อนยานและขาดความตึงตัว ส่วนระบบกระดูก พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีการทำงานของกระดูกที่เสื่อมลงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมน Estrogen ลดลงจากภาวะหมดประจำเดือน ทำให้แคลเซียมสลายออกจากกระดูกและเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) กระดูกตามบริเวณข้อต่าง ๆ จึงบางลง น้ำไขข้อมีปริมาณลดลง ทำให้เกิดการอักเสบของข้อและติดเชื้ได้ง่าย ส่งผลให้เกิดอาการปวดตามข้อกระดูก

1.3 การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบออก (Stroke volume) ลดลงอัตราหัวใจเต้นสูงสุดลดลง ในขณะที่ชีพจรขณะพักเพิ่มขึ้น แสดงถึงการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจมีประสิทธิภาพลดลงอีกทั้งหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง เป็นผลให้แรงดันเลือดสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง นอกจากนี้การทำงานของ Baroreceptor sensitivity ที่ลดลงทำให้พบภาวะความดันเลือดลดลงขณะเปลี่ยนท่าได้บ่อย (Postural hypotension) นอกจากนี้ยังพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังศืดและไขมันมาสะสม ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงผนังหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) หนาตัวมากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาตัวจึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจรั่วและตีบ

1.4 การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ พบว่า ในวัยสูงอายุทางเดินหายใจส่วนบนมีการทำงานของเซลล์ขน (Cilia) ลดลง ประสิทธิภาพในการไอลดลงความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการทำงานลดลงของฝาปิดกล่องเสียงจึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสำลักได้ง่าย นอกจากนี้การทำงานของทางเดินหายใจส่วนล่างบริเวณหลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม (Diaphragm) ที่ช่วยในการหายใจเข้าและหายใจออกลดลงกระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวลดลงจากการมีแคลเซียมมาเกาะรูปร่างทรวงอกเปลี่ยนเป็นรูปถัง (Barrel shape) มากขึ้น ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง นอกจากนี้การลดลงของจำนวนถุงลม ทำให้ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ผนังถุงลมแตกง่ายจึงมีโอกาสเกิดถุงลมโป่งพองได้ง่าย

1.5 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร พบว่า ฟันไม่แข็งแรง หลอดร่่วงง่ายแตกง่าย และมีสึกล้ำขึ้น เหนืออกที่หุ้มคอพินร่นลง เป็นสาเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกรับประทานอาหารได้น้อย นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเสื่อมหน้าที่ลงของต่อมน้ำลายการผลิตเอนไซม์ Ptyalin และน้ำลายลดลง ส่งผลให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากได้น้อยลงการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารห่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะ

ย้อนกลับขึ้นมาที่หลอดเลือดทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณยอดอกได้นอกจากนี้ยังพบว่า กระเพาะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยลดลงการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กน้อยลง ส่งผลต่อการดูดซึม สารอาหารได้ลดลง ส่วนลำไส้ใหญ่เกิดการหย่อนตัว ร่วมกับร่างกายเคลื่อนไหวน้อยลงและดื่มน้ำ น้อยจึงเกิดอาการท้องผูกได้ง่ายและในวัยสูงอายุกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักจะมีการหย่อนตัว ทำให้ความสามารถในการกั้นอุจจาระลดลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าการทำงานของไตลดลงจากการที่ หน่วยไตมีจำนวนลดลง ทำให้หน่วยไตที่เหลืออยู่มีขนาดใหญ่ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไต แข็งตัว ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงอัตราการกรองของเสียและการดูดกลับสาร ต่าง ๆ น้อยลง เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะสูญเสียน้ำและสารอิเล็กโทรไลต์ นอกจากนี้การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะมีการทำงานลดลงและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ทำให้ ปัสสาวะค้างคั่งในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ซึ่งสวนทางกับกระเพาะปัสสาวะที่มีขนาดเล็กลงความ จุในการกักเก็บน้อยลงจึงพบว่าผู้สูงอายุมีการถ่ายปัสสาวะบ่อย

1.7 การเปลี่ยนแปลงระบบสืบพันธุ์พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงรังไข่มีลักษณะฝ่อลง เยื่อบุ ภายใต้มดลูกบางลง มีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ช่องคลอดมีเลือดมาเลี้ยงลดลง ภายใต้วงคลอดมีสภาพ เป็นด่างมากขึ้น อาจจะเป็นสาเหตุให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่ายและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน หย่อนตัว มีผลให้ประสิทธิภาพการกั้นปัสสาวะได้ลดลง ส่วนในเพศชายพบว่าต่อมลูกหมากมี ขนาดโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลง ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบากและขับถ่ายปัสสาวะ บ่อยอันตะมีขนาดเล็กลงผลิตน้ำอสุจิได้น้อยและความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง

1.8 การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ พบว่า ต่อมใต้สมองมีน้ำหนักลดลง เลือด ไหลเวียนมามาเลี้ยงที่ต่อมใต้สมองลดลงและมีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้การผลิตฮอร์โมน ต่าง ๆ ลดลงการทำงานของต่อมไทรอยด์ลดลง มีผลทำให้อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง รวมไปถึงการทำงานของตับอ่อนมีการหลั่งอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายใต้วงกายตอบสนองต่อ อินซูลินน้อยกว่าปกติเป็นผลให้ทนต่อระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมาก ขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

1.9 การเปลี่ยนแปลงระบบผิวหนังในผู้สูงอายุ พบว่า อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทน เซลล์เดิมช้าลง ทำให้การหายของแผลช้าลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลงผิวหนังบางลง การ ไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิด แผลกดทับได้ง่ายและทนต่อความหนาวเย็นได้น้อย ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดเล็กลง ทำให้การ ขับเหงื่อไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การระบายความร้อนได้ไม่ดีจึงมีโอกาสเกิดอาการเป็นลมแดด (Heat stroke) นอกจากนี้เซลล์ในการสร้างสี (Melanocytes) ที่ผลิตเมลานินมีจำนวนลดลง จึงทำให้

ผู้สูงอายุที่ผิวจางลงได้

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Psychological change) ในผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดมักถูกละเลย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอย สิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวจึงเป็นวัยที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) ได้แก่

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักผู้สูงอายุอาจต้องพบกับการสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รักอื่น ๆ เช่น ญาติสนิท บุตรหลาน หรือเพื่อนฝูง โดยการตายจากกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก หากการสูญเสียเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง เนื่องจากการปรับตัวต่อการสูญเสียนี้กระทำได้ยากอาจเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่น ซึมเศร้าและถ้าไม่ได้รับการประคับประคองทางด้านจิตใจจาก ผู้ใกล้ชิดจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอย่างถาวร

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจวัยสูงอายุเป็นช่วงของการเกษียณอายุผู้สูงอายุต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ หรือหมดภาระที่ต้องติดต่อทางด้านการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่รู้สึกไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต รู้สึกขาดการเคารพนับถือนอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และในขณะเดียวกันก็ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ต้องปรับตัวด้านสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุบุตรหลานมักจะมีครอบครัวเป็นของตนเองและแยกย้ายไปตั้งครอบครัวใหม่โดยเฉพาะลักษณะของสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านการศึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความว้าวุ่นและรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (Sociological change) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม มีความเกี่ยวข้องต่อสถานะด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จึงมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2560) มีดังต่อไปนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงสังคมในระดับมหภาค (Macro level) ได้แก่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบหรือโครงสร้างของสังคม การเปลี่ยนแปลงของภาวะสังคม เช่น อัตราการเพิ่มของประชากร

มากขึ้น ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลและความเจริญทางด้านการศึกษา ทำให้ประชาชนรู้จักดูแลรักษาสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วยจึงทำให้อายุขัยของประชากรเพิ่มขึ้น จำนวนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น ปัญหาของผู้สูงอายุจึงมีเพิ่มตามไปด้วย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และวัฒนธรรมจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปในปัจจุบันครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง เป็นภาระกับบุตรหลาน

3.2 การเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาค (Microlevel) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นเป็นปกติ เช่น เรื่องค่านิยมหรือคุณค่าทางจริยธรรมในเรื่องการแต่งกาย ในเรื่องมารยาทของคนหนุ่มสาวที่เปลี่ยนจากเมื่อสมัยที่ผู้สูงอายุยังเป็นหนุ่มสาวอยู่จะทำให้ผู้สูงอายุขัดเคืองใจรำคาญ หรือพรวดสอนให้เปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างวัยได้ จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัวเพื่อเพิ่มคุณค่าในตนเองผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แล้ว ทำให้ไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่ตนเองเผชิญแล้ว ย่อมที่จะเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

จากแนวคิดผู้สูงอายุสามารถสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเสื่อมถอย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ดังกล่าว ผู้สูงอายุมีลักษณะทางสรีรวิทยาที่แตกต่างจากวัยอื่น เช่น มีพยาธิสภาพหลายระบบ ความแข็งแรงของกำลังแรงกายลดลงการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยช้า และอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจงเหมือนช่วงวัยอื่น จึงเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายด้านใดด้านหนึ่ง ต้องการความดูแลใส่ใจและการพึ่งพาจากลูกหลาน ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจและอาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจล้วนมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุแตกต่างกันตามเหตุการณ์ที่เผชิญ และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่อด้านการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียความเชื่อมั่นและความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดีหรือความสุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นต้น จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุเนื่องจากวัฒนธรรมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยกลายเป็นคนล้าสมัยจึงอาจมีความรู้สึกท้อแท้และแยกตัวออกจากครอบครัวมากขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) นิยามไว้แตกต่างกัน เช่น องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมาย

"การดูแลระยะยาว" เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลนอกระบบทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ผู้ที่ต้องการการดูแล รวมถึงผู้ดูแลในระบบที่หมายถึงทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมในสาขาวิชาชีพและผู้ช่วย ตลอดจนผู้ดูแลดั้งเดิมและอาสาสมัครปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล (องค์การอนามัยโลก, 1999)

"การดูแลระยะยาว" เป็นบริการสุขภาพและสังคม สำหรับ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากความพิการทางกายหรือทางจิต (The American Institute of Medicine) "การดูแลระยะยาว" เป็นการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการ ซึ่งการดูแลในโรงพยาบาลอาจจะไม่คุ้มค่า และมักจะเป็นการดูแลโดยไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนทดแทนการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพ (Norton, 2000)

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพสวัสดิการสังคมและอื่น ๆ หรือประชาชนทั่วไปทั้งครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ด้วยการจัดการและการปฏิบัติต่อบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ให้สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) และอยู่ในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความอิสระและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มุ่งตอบสนองกิจกรรมพื้นฐาน ใน 6 กลุ่ม คือ การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ การซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค การเตรียมอาหาร และการดูแลที่พกอาศัย ผู้รับบริการเหล่านี้อาจมีความหวังน้อยที่จะรักษาโรคหรือเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของการพึ่งพิงเพียงแต่ต้องการบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตหรือทุเลาสภาพบกพร่องที่เกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ อุบัติเหตุ หรือ การชราภาพทั้งนี้การช่วยเหลือในแต่ละเรื่องจะขึ้นอยู่กับศักยภาพของผู้ต้องการการดูแล โดยใช้แบบคัดกรองประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น
2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ

แต่ถ้าแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Peter R Kongstvedt จะแบ่งเป็นเสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงมาก

1. ผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย และมีพฤติกรรมเรื่องจำแนกเป็น เสี่ยงน้อย
2. ผู้สูงอายุที่ป่วย มีทั้งป่วยด้วยโรคปัจจุบัน และ โรคเรื้อรัง

การดูแลในสถาบัน (Institutional Care)

1. การบริการสุขภาพในสถาบัน

1.1 สถานพยาบาลทั้งของภาครัฐและเอกชน เน้นการรักษาพยาบาล แต่ไม่รวมถึงการบริการที่ต้องอยู่เป็นเวลานานหรืออาการเรื้อรังปัจจุบันให้ความสำคัญกับบริการทางการแพทย์ในลักษณะเฉียบพลันมากกว่าและบางแห่งมีบริการคลินิกผู้สูงอายุที่ให้บริการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และบริการข้อมูลข่าวสาร

1.2 สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing home) ดูแลเฉพาะผู้สูงอายุในลักษณะการพยาบาล (Nursing care) หากผู้สูงอายุเจ็บป่วยต้องส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ดำเนินการโดยแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ส่วนใหญ่ดำเนินงานโดยภาคเอกชน

1.3 ศูนย์ / สถานบริการสุขภาพ มีทั้งเป็นเอกเทศหรือเป็นกิจกรรมหนึ่งของโรงพยาบาลเอกชน เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไปไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ให้บริการที่พักหรือไม่มีที่พักผนวกกับสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย โดยคิดค่าบริการ

2. การบริการสังคมในสถาบัน ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดสวัสดิการผู้สูงอายุหลายด้าน เช่น

2.1 สถานสงเคราะห์คนชรา บริการอุปการะผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อน

2.2 การสงเคราะห์เครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องช่วยความพิการและอื่น ๆ

2.3 การประกันสุขภาพ โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

2.4 สวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 500 บาท ต่อคนต่อเดือนเริ่มดำเนินการในปี 2552

โดยรัฐบาลจ่ายเงินผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ

1.3 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

“มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ” หมายถึง กรอบในการพัฒนาการ ดูแลของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความพึงพอใจทั้งในด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย ในสถานบริการ โดยกำหนดกรอบมาตรฐานไว้ทั้ง 3 ด้านได้แก่

1) มาตรฐานด้านโครงสร้าง คือ การเข้าถึงการดูแลภายใน ระบบ การจัดองค์กร การดูแลบริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ อัตราบุคลากร ทักษะ และประสิทธิภาพของบุคลากร ค่าใช้จ่าย

2) มาตรฐานด้านกระบวนการ คือ กระบวนการทางเทคนิคกับ ผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติ กระบวนการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและ ครอบครัวรูปแบบความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

3) มาตรฐานด้านผลลัพธ์ คือ ความพึงพอใจของผู้พักอาศัย ป่วยต่อการดูแล ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล ความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว ต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

สำหรับสถานบริการดูแลระยะยาว หมายถึง สถานที่ให้บริการ ทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล ของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมี ศักยภาพให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป

โดยผู้ให้บริการอาจเป็นหน่วยงานของรัฐเช่นกระทรวง สาธารณสุขกรม ประชาสงเคราะห์ห้องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นหรือภาค เอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์การกุศล แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) บ้านพักคนชรา (Residential home) หรือชุมชนสำหรับ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ ซึ่งเป็นสถานที่ให้ บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถ เดินเองได้โดย เดินโดยใช้ไม้เท้าไม้เท้าช่วยเดินหรืออุปกรณ์ช่วยเดินและไม่ได้ต้องการ การดูแลจาก พยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแลแต่จะให้บริการช่วยเหลือ ในด้านการด้านดูแลส่วนบุคคลเช่นการ อาบน้ำแต่งตัว

2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living setting) เป็นสถานที่พัก อาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่ เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการ ที่ต้องการช่วยเหลือ ในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันบางอย่าง ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยแต่ ต้องการ อยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ มีบริการการดูแล ส่วนบุคคลและการดูแลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพผู้พักอาศัยสามารถทำ กิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้ที่คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการ ดูแล ที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาลมีห้องรับประทานอาหารและมีระบบ การขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

3) สถานบริการ (Nursing home) เป็นสถานที่ให้การดูแล ระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มี อาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ใน โรงพยาบาล แต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้และเป็น สถานที่ให้บริการ การดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวันหรือให้บริการ กำกับ ดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการ ช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันบางอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ เปร่าบางหรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางร่างกายหรือ ทางด้านการ รับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital) หมายถึง สถานที่ให้การ รักษาพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการ ดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลา อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไปซึ่งอาจเป็น โรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาล เอกชน

5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care) หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อน เสียชีวิตเพื่อช่วยในการดูแลอาการ เจ็บปวดหรืออาการอื่น ๆ โดยมุ่งเน้นการให้ความสุขสบาย และเปิดโอกาส ให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน ๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริม คุณภาพ ชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบ ในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การ รักษา

จากการวิจัยเรื่อง“การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้ บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในสถานดูแลระยะยาว” ของ รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาคัญ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ศศ.ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ ศศ.ดร.รังสิมันต์สุนทรไชยา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ในประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพาในสถานบริการ 3 ลักษณะ ประกอบด้วย

1. การจัดบริการระยะยาวในภาครัฐและเอกชน ในสถานสงเคราะห์ คนชรา บ้านพักของ มูลนิธิเอกชน สถานสงเคราะห์คนชราโดยปกติแล้วไม่ได้เป็นการจัดเพื่อตอบสนองความต้องการ ทางด้านสุขภาพตั้งแต่ในระยะแรก ส่วนใหญ่เป็นการ ดูแลเชิงสังคม เช่น กิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ในเรื่องการให้ที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มและการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการช่วย ทำ ความสะอาดร่างกาย กิจกรรมนันทนาการ และการฟื้นฟูการเคลื่อนไหว ร่างกาย แต่ทว่าผู้สูงอายุ บางส่วนมีภาวะพึ่งพา และเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีความต้องการ ดูแลทาง สุขภาพมากขึ้นตามแม้ว่าใน ปัจจุบันจะมีการพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสม แต่ยังไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การจัดบริการระยะยาวในภาคเอกชน ในสถานบริบาล (Nursing home) ลักษณะการ จัดบริการในสถานบริบาลนั้นมีวัตถุประสงค์ชัดเจน ว่า เปิดรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความ ต้องการด้านสุขภาพและ ครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลตามลำพังได้ เช่น เจ็บป่วยเรื้อรังในโรค หลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม จนไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้ อีกทั้งยังเน้น กิจกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ มีพยาบาล วิชาชีพอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ดูแลหลักจะ เป็นนักบริบาล ซึ่งผ่านการอบรมจากโรงเรียนบริบาล แต่การเปิดให้บริการจะยังไม่มี มาตรฐาน กลางที่จะใช้ป็นแนวทางในการจัดบริการจึงทำให้มีลักษณะ แตกต่างกันและหลากหลาย

ส่วนใหญ่เป็นการออกแบบการจัดบริการตามประสบการณ์ที่ได้ดูแลญาติและศึกษาเพิ่มเติมโดยอิงการจัดบริการตามแบบสถานพยาบาล ซึ่งพื้นที่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริบาลมาก ที่สุด

อย่างไรก็ตามด้วยนโยบายของรัฐบาลที่มีการส่งเสริมให้ภาค เอกชนที่สนใจเปิดบริการดูแล ประกอบกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผลให้ภายในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา มีการเปิด สถานบริบาลมากขึ้นและขยายสาขามากขึ้นทั้งในต่างจังหวัดและ กรุงเทพมหานคร

3. การจัดบริการระยะยาวใน โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน รูปแบบการจัดในลักษณะนี้มีในโรงพยาบาลเพียงบางแห่ง เช่น ในภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร เป็นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพและบางแห่ง ครอบคลุมการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวไม่สามารถให้การ ดูแลที่บ้านได้ มีการดูแลที่ซับซ้อนการจัดการดูแลที่บ้านมีข้อจำกัด ลักษณะการจัดเป็นหอผู้ป่วยที่ได้ปรับปรุงจากหอผู้ป่วยทั่วไป ให้มีความเหมาะสมกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ซึ่งการจัดบริการโดยทั่วไปใช้รูปแบบของการจัดแบบโรงพยาบาล

มาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในสถานบริบาลดูแลระยะยาวในประเทศไทย จากการสังเคราะห์มาตรฐานการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ รวมทั้งผลที่ได้จากการวิจัยในประเทศไทย คณะผู้วิจัยได้นำร่างมาตรฐาน สถานดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 7 ด้าน 62 มาตรฐาน ซึ่งเพื่อให้ง่าย ต่อการเข้าใจ คณะผู้วิจัยได้ปรับแก้ร่างมาตรฐานตามที่ประชุมได้ เสนอแนะ โดยจัดกลุ่มมาตรฐานตามโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ แบ่งออก เป็น 7 ด้าน 70 มาตรฐาน ดังนี้

1. มาตรฐาน โครงสร้างในการดูแล (structure of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 28 มาตรฐาน
 - 1.1 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน
 - 1.2 ด้านบุคลากร (Staff) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน
 - 1.3 ด้านการจัดการ (Management) มีทั้งหมด 16 มาตรฐาน
2. มาตรฐานกระบวนการดูแล (process of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 32 มาตรฐาน
 - 2.2 ด้านบริการดูแล (Care service) มีทั้งหมด 24 มาตรฐาน
 - 2.3 ด้านความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care) มีทั้งหมด 5 มาตรฐาน
 - 2.4 ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) มีทั้งหมด 3 มาตรฐาน
3. มาตรฐานผลลัพธ์ของการดูแล (outcomes of care) ประกอบด้วย 1 ด้าน 10 มาตรฐาน
 - 3.1 ความพึงพอใจและคุณภาพในการดูแล มีทั้งหมด 10 มาตรฐาน

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานางานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ซึ่งเป็นเขตที่มีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนจำนวนมาก ซึ่งผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าของสังคม ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีคุณและทำประโยชน์ให้กับสังคมในอดีต การดูแลผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายของชีวิตเป็นการตอบแทนที่ดีที่จะมอบให้กับผู้สูงอายุได้ แต่การช่วยเหลือด้านร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาวไม่เพียงพอ การดูแลด้านจิตใจก็เป็นสิ่งที่ไม่แพ้การดูแลด้านร่างกายแต่อย่างใด เมื่อเป็นเช่นนี้การส่งเสริมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้วิจัยสนใจในสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน โดยเลือกกลุ่มที่จะศึกษาเป็นแนวทางที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม โดยหาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังว่าผลของงานวิจัยจะสามารถชี้ให้เห็นได้ว่าการส่งเสริมทางจิตวิญญาณมีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ จนเกิดเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุต่อไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม เนื่องจากมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ที่รองรับผู้สูงอายุจากจังหวัดต่าง ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงรวมทั้งหมด 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาครและสมุทรปราการ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความแตกต่างและมีความหลากหลายทางสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม เพื่อใช้เป็น แนวทางการช่วยเหลือดูแลและพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนต่อไป

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2.1 แนวคิดและความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดจากความเข้าใจในชีวิต การมีเป้าหมาย จนเกิดความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ Ellison and Smith (1991) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล มีผลให้สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติได้ โดยตั้งเป้าหมายของชีวิตและกำหนดความสำเร็จไว้ได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีองค์ประกอบ 2 อย่างคือ

1. องค์ประกอบทางด้านศาสนา หมายถึงความผาสุกที่เกิดมาจากความศรัทธาในศาสนา ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การได้รับผลดีทางจิตใจ ความศรัทธาในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ ตลอดจนจนการเข้าร่วมในศาสนาพิธีต่าง ๆ

2. องค์ประกอบด้านความต้องการมีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ หมายถึงความสุขในการใช้ชีวิต ระบุว่าชีวิตมีคุณค่าและเป็นสิ่งดีงาม มีความพึงพอใจรวมทั้งมีความหวังในสิ่งที่ต้องการ รวมทั้งการตั้งเป้าหมายในชีวิตและการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น

Ellison and Smith (1991) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล มีผลให้สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติได้ โดยตั้งเป้าหมายของชีวิตและกำหนดความสำเร็จไว้ได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีองค์ประกอบ 2 อย่างคือ 1) องค์ประกอบทางด้านศาสนา และ 2) องค์ประกอบด้านความต้องการมีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ

โอ เบรน (อ้างในชนิดดา ผาสุกมุล, 2545) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเกี่ยวข้องกับความศรัทธาที่เกิดขึ้นกับตัวเองจนทำให้เกิดความเข้าใจในศักยภาพที่ตัวของเรามี มองภาพลักษณะของตัวเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อเป็นเช่นนั้นจึงเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขไว้วางใจ

มุมมองในเรื่องจิตวิญญาณของชาวเอเชียที่อาจแตกต่างออกไปบ้างเล็กน้อย มุมมองด้านจิตวิญญาณของชาวเอเชียมองว่าเป็นสภาวะของจิตใจที่สงบ มีความสุขใจ เยือกเย็น จนทำให้จิตใจแข็งแรงสามารถต้านทานต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบจิตใจ จิตที่มีความผาสุกนั้นจะไวต่อสิ่งที่เข้ามากระทบและรับรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในจิตใจ เมื่อรับรู้และตามทันก็ไม่ทำให้ขาดสติ สามารถยังคิดถึงเหตุผลได้ทัน ไม่ทำตามอารมณ์ ความผาสุกเป็นพลังแห่งความเข้าใจในชีวิต และเป็นสิ่งที่ดีก่อให้เกิดการช่วยเหลือผู้อื่น นอกจากนั้นยังมีผู้ให้ความหมายถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าเป็นเสมือนสิ่งที่ทำให้ชีวิตดำเนินต่อ ๆ ไปได้ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจความพึงพอใจและการมีคุณค่าในชีวิต ซึ่งจะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในชีวิตที่ทำให้เข้าใจชีวิตของตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Copp & Forman, 1997) นอกจากนั้นยังพบว่า การมีความผาสุกที่ดีนั้นสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ (Gray & Carson, 2002) มีการศึกษาหลายงานชี้ว่าผู้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายและผู้สูงอายุนั้นจะใช้จิตวิญญาณในการต่อสู้กับปัญหาสูงกว่าคนปกติ เนื่องจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับจิตใจนั้นจำเป็นต้องได้รับการเยียวยาให้เกิดความสมดุล จิตวิญญาณจึงมีส่วนเข้ามาปรับความสมดุลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ทั้งนี้อาจจะมาจากคำสอนของศาสนา ความเชื่อในเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือแม้กระทั่งแรงบันดาลใจความเชื่อภายในตนเอง

สรุปได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับความศรัทธาในตัวเองทำให้เกิดความเข้าใจในศักยภาพที่ตัวของเรา มองภาพลักษณะของตัวเองได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาและ

เปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล มีผลให้สามารถตั้งเป้าหมาย ความสำเร็จ และดำเนินชีวิตไปตามปกติได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุดำเนินต่อไปได้ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและการมีคุณค่าในชีวิต เป็นเรื่องยึดเหนี่ยวที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความเข้าใจชีวิตของตนเอง ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การมีความผาสุกที่ดีนั้นสามารถช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้ และหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินต่อไปได้ดี เกิดความพึงพอใจ มีคุณค่าในชีวิต ลดความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้

2.2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งนี้ O'Brien (2011) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณขณะเจ็บป่วย ของบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ 1) ความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล 2) ความพอใจด้านจิตวิญญาณ 3) การปฏิบัติทางศาสนา 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ 6) เหตุการณ์ก่อกวนชีวิต ส่งผลต่อการค้นหาความหมาย ทางจิตวิญญาณ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า 1) อายุมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lima et al (2020) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ 2) เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Seraji, Shojaeizadeh, Rakhshani & Sadeghi (2016) และ Singh & Jindal (2019) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ 3) การสนับสนุนทาง สังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Trapsinsaree, Pothiban, Chintanawat, & Wonghongkul (2022) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา 4) สถานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความ ผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh and Jindal (2019) ที่พบว่า สถานะภาพการทำงานหรือการจ้างงานมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ 5) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของนงเยาว์ กันทะมุล (2546) ที่พบว่าผู้สูงอายุเมะเร็งปอดที่มีการปฏิบัติทาง ศาสนา พบว่ามีส่วนช่วยส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร วรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับ ความความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของจิตวิญญาณและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Ellison and Smith (1991) แบ่งองค์ประกอบของจิตวิญญาณเป็น 2 ด้าน ซึ่งสามารถอนุมานได้ว่าใช้เกณฑ์จากที่มาเป็นหลักดังนี้

1. ความผาสุกที่เกิดจากแรงผลักดันภายในตัวตน (The existential Well-Being) ในแง่นี้แสดงออกถึงความมีตัวตนและการรับรู้ที่ตัวตนของตัวเองนั้นมีคุณค่า รู้เป้าหมายของชีวิต มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิต ในแง่นี้ยังรวมถึงการให้ความหมายของชีวิตด้วย องค์ประกอบแรกนี้ประกอบด้วยข้อย่อยอีก 2 ข้อ คือ

1.1 การรู้เป้าหมายของชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิต รู้ว่าจะดำเนินไปอย่างไร เพื่ออะไร สิ่งใดเป็นสิ่งที่ต้องการและเหมาะสม การรับรู้เป้าหมายของชีวิตทำให้ชีวิตมีจุดยืน ไม่เลือนลอย มีหลักยึด ผู้ที่รู้เป้าหมายของชีวิตมักไม่ท้อแท้ต่อการดำรงชีวิต รวมทั้งมองเห็นว่าชีวิตเป็นของมีค่าที่ควรรักษาไว้ การรับรู้เป้าหมายของชีวิตสามารถช่วยให้เกิดความสงบใจเมื่อชีวิตเข้าสู่บั้นปลายได้

1.2 ความพอใจในการดำเนินชีวิต (Life satisfaction) เป็นการรับรู้ถึงความสุขในสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีความรู้สึกพอใจกับสิ่งรอบ ๆ ตัว รวมทั้งรู้สึกว่าการประกอบตัวเองนั้นเป็นเรื่องมีคุณค่า ความพอใจสามารถช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองได้ เมื่อเกิดความภาคภูมิใจก็มองเห็นคุณค่าของตัวเอง และเมื่อมองเห็นคุณค่าในตัวเองก็เกิดความมั่นใจจนสามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้ นอกจากนี้ความพึงพอใจเป็นจุดกำเนิดของการมองโลกในแง่ดีอีกด้วย ในแง่ของความพอใจในการดำเนินชีวิตนั้น ปัจจุบันถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

2. ความผาสุกที่เกิดจากความศรัทธาในศาสนา (The Religious Well-Being) อย่างที่กล่าวมาเบื้องต้นแล้วว่า ศาสนาเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้บุคคลมีที่ยึดเหนี่ยว สร้างเป้าหมายและยึดเหนี่ยวทางจิตใจจนทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ แต่เมื่อมองให้ดีแล้วศาสนายังประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ อีกหลายส่วนที่นอกเหนือจากศาสนาแล้วคือ ความสำคัญทางด้านจริยธรรมและคุณธรรม นอกจากนั้นศาสนายังก่อให้เกิดวัฒนธรรม จารีตประเพณีบางอย่างให้กับสังคมก็ได้เช่นกัน ในแง่ของศาสนาที่ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นมีด้วยกัน 2 องค์ประกอบดังนี้

2.1 ความเชื่อและการปฏิบัติ เมื่อบุคคลเชื่อในหลักของศาสนาและปฏิบัติตามความสอนของศาสนา แนวทางที่ศาสนาแต่ละศาสนาสอนนั้นย่อมเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเอาไว้ว่าสิ่งไหนควรปฏิบัติสิ่งไหนไม่ควรกระทำหรือสิ่งไหนห้ามมิให้กระทำ ทั้งนี้เพื่อให้ผลของการปฏิบัติบรรลุเป้าหมายที่ของแต่ละศาสนามี เช่น พุทธศาสนาคือนิพพาน คริสต์ศาสนาคือการได้ไปอยู่ร่วมกับพระเจ้าหลังจากวันสิ้นโลก เป็นต้น ในด้านความเชื่อและการปฏิบัตินั้นถ้าจะนำมาวิเคราะห์กันก็

พบว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความผาสุกได้ง่าย เนื่องจากศาสนาเป็นตัวกำหนดเป้าหมายไว้แล้ว เราในฐานะผู้ปฏิบัติก็ปฏิบัติตามให้บรรลุเป้าหมายนั้นให้ได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่แต่ละศาสนาสอน เช่น เป้าหมายคือนิพพาน สิ่งที่ต้องปฏิบัติเป็นแนวทางคือ มรรคมีองค์แปด เป็นต้น

2.2 เครื่องยึดเหนี่ยวและที่พึ่งพิงทางใจ ประโยชน์ของศาสนาในอีกแง่หนึ่งคือการเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวและที่พึ่งพิงทางใจ เราอาจกล่าวได้ชัดเจนว่า เมื่อบุคคลมีที่พึ่งพิงทางใจแล้ว อุปสรรคต่าง ๆ ย่อมมีความรุนแรงลดลง ในกรณีที่ไม่มีปัญหาใด ๆ ศาสนาก็อยู่ในฐานะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวก็สามารถทำให้จิตใจสงบ เข้าใจในหลักธรรมของศาสนาได้ดี มองเห็นโลกในแง่ที่เป็นความจริงมากขึ้น หรือแม้กระทั่งมองโลกในแง่ที่เหมาะสมแก่จิตใจ ศาสนาในแง่นี้มีผลอย่างมากในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตเช่นภาวะใกล้ตายหรือภาวะที่เกิดความเจ็บป่วย

การตอบสนองต่อจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดความผาสุก

มีผู้ศึกษาไว้มากมายตั้งแต่ในยุคต้นคริสต์ศตวรรษ ที่ 19 จนถึงปัจจุบันก็ยังมีผู้สนใจศึกษาในเรื่องนี้อยู่เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะผ่านไปนานเท่าใดมุมมองในเรื่องนี้ของนักวิชาการทั้งหลายก็สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกันตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา แต่อาจจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียดและเกณฑ์ในการแบ่งประเภทบ้าง โดยสรุปแล้วสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การสร้างคุณค่าและความหมายของชีวิต (Creating meaning of life) ในด้านนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเพราะถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการมีเป้าหมายและมองเห็นคุณค่าในตัวเองที่เดียว การสร้างคุณค่าและมองเห็นคุณค่าของตัวเองเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น การเรียนรู้ สติปัญญา การเลี้ยงดู บุคลิกภาพ และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละคน ซึ่งมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สามารถรักตัวเองและมอบความรักให้กับผู้อื่นได้โดยผ่านการช่วยเหลือ การแนะนำ เป็นต้น แม้ว่าการสร้างคุณค่าและการมองเห็นคุณค่าจะไม่ใช่ว่าเรื่องง่ายแต่ก็ไม่ใช่ว่าเรื่องยากเกินที่ใครจะทำได้ เมื่อบุคคลรับรู้คุณค่าของชีวิตยอมรับรู้ถึงความหมายของการมีชีวิต การดำเนินชีวิต และมีเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ในด้านนี้การมองเห็นคุณค่าสามารถส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในชีวิตและความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น อิทธิพลจากการมองเห็นค่าของตัวเองย่อมมีผลต่อการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้ตัวเองอยู่รอดและเกิดความสมดุลในจิตใจ เช่น ในยามเจ็บปวด ในภาวะของการสูญเสียหรือแม้กระทั่งภาวะใกล้ตาย บุคคลที่สามารถสร้างคุณค่าให้กับตัวเองได้ย่อมส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีนักวิจัยหลายท่านที่สนใจศึกษาภาวะทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและใกล้ตาย พบว่าผู้ป่วยที่รู้ความหมายของชีวิตจะสามารถมองเป้าหมายอย่างพึงพอใจและภาคภูมิใจกับความความสำเร็จที่ผ่านมา และสามารถยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ดี (Kemp, 1999)

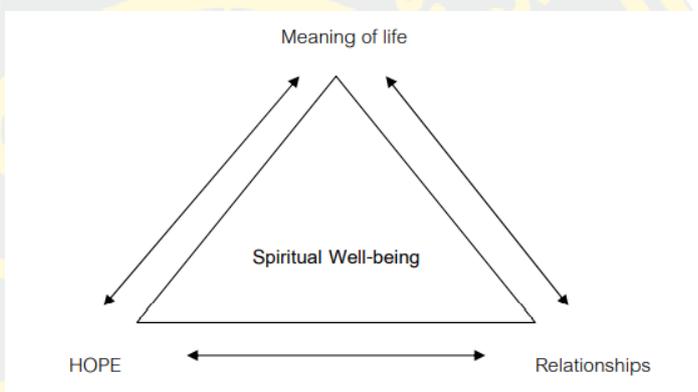
2. ความหวัง (Hope) ในด้านนี้เป็นพลังที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และปรับตัวให้อยู่รอดในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ความหวังยังมีความสัมพันธ์ลึกซึ้งกับการให้ความหมายและการรับรู้คุณค่าของชีวิต ความหวังมีอยู่ด้วยกันหลายรูปแบบแต่ในทุกรูปแบบนั้นมักมีเรื่องของสิ่งที่ยังมาไม่ถึงหรืออนาคตรวมด้วยทั้งสิ้น ความหวังทำให้บุคคลยึดถือไว้เป็นกำลังใจให้สู้หรือช่วยให้ผ่านอุปสรรคไปได้ แม้ในยามที่ชีวิตไม่ได้ประสบกับสภาวะวิกฤตก็ตามความหวังยังเป็นตัวช่วยให้พยายามกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางเอาไว้ ในอีกแง่มุมหนึ่งของความหวังพบว่า ความหวังเป็นเครื่องมือช่วยควบคุมพฤติกรรมและสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพราะความหวังจะกำหนดทิศทางตามเป้าหมายที่วางเอาไว้ สำหรับผู้ที่หมดหวังผลที่ตามมาคือการรับรู้ถึงความไม่มั่นคง ขาดความมั่นใจรวมทั้งขาดพลังในการดำเนินชีวิต ความหวังในทางที่ดีสามารถช่วยให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้เนื่องจากความหวังสามารถทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ความมุ่งมั่นและมั่นใจในการดำเนินชีวิตให้ถึงเป้าหมายที่วางเอาไว้ (Herth, 1992) นอกจากนี้ความหวังยังช่วยให้ต่อสู้กับความกลัวที่เกิดขึ้นในชีวิตได้เช่นกัน มีนักวิจัยที่ศึกษาจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยที่มีความหวังสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่หมดหวัง

ความหวังในอีกแง่หนึ่งอาจหมายถึงการยอมรับตัวเองได้เช่นกัน การยอมรับเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อชีวิตเช่น ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การยอมรับตนเองช่วยให้เปิดใจจนสามารถสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อเป็นเช่นนี้จึงได้รับการยอมรับกลับเช่นกันจากครอบครัว หมู่เพื่อน และสังคม เกิดความผูกพัน เอาใจใส่และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การรับรู้ถึงความสัมพันธ์และการมีตัวตนในสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความหวังขึ้นมาได้ นอกจากนี้มุมมองของ Herth (1992) และ Kemp (1999) ยังมองถึงความศรัทธาต่อพลังอำนาจเหนือมนุษย์เช่น พระเจ้า เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สามารถก่อให้เกิดคุณค่าและความหวังขึ้นได้

3. การสร้างความสัมพันธ์ ความรัก และการให้อภัย (Relation, love and forgiveness) การสร้างความสัมพันธ์ต้องเริ่มจากพื้นฐานที่สำคัญลำดับแรกคือ การสร้างสัมพันธ์ภาพในตนเองให้เข้มแข็ง มองเห็นศักยภาพและคุณค่าในตนเอง กล่าวที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาได้การมีพลังของตัวเองที่เข้มแข็งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นต่อไปเพราะการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นจำเป็นต้องมีองค์ประกอบ 3 ส่วนที่สัมพันธ์กันคือ 1) ตนเอง 2) ผู้อื่น 3) สิ่งที่ยึดเหนี่ยว สำหรับสิ่งที่ยึดเหนี่ยวนี้เองทำให้สัมพันธ์ภาพกลายเป็นความผูกพัน (Attachment) ระหว่างกัน สัมพันธภาพที่ดีควรมีทั้งการให้และการได้รับ การให้อภัย ความไว้วางใจ และการสร้างความปลอดภัยให้แก่กัน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานของการอยู่ร่วมกันและดำรงชีวิตอยู่ นอกจากนี้สิ่งที่ยึดเหนี่ยวอาจหมายรวมถึง สิ่งที่เป็นที่พึงพอใจเช่นศาสนา ศาสนาพิธีก็ได้ เพราะสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้ชีวิตมีคุณค่า (Ellison & Smith, 1991) มีเป้าหมายซึ่งเป็นพื้นฐานของการสร้างสัมพันธ์ภาพใน

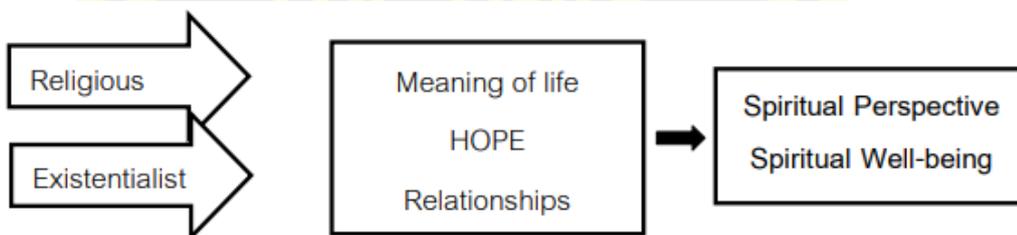
ตนเองเช่นกัน การสร้างสัมพันธภาพเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความสุขทางจิตวิญญาณจะแสดงออกมาให้เห็น

เมื่อสรุปโดยภาพรวมพบว่าความต้องการทางจิตวิญญาณนั้นประกอบขึ้นจากหลายองค์ประกอบและต้องการการตอบสนองโดยผ่านนัยสำคัญทั้งสามคือ การให้ความหมาย ความหวัง และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นแต่อย่างไรก็ตาม ทั้งสามปัจจัยส่งผลกระทบต่อกันและกันและส่งผลให้เกิดความสุขทางจิตวิญญาณได้ ซึ่งเมื่อเกิดความสุขทางจิตวิญญาณขึ้นแล้วย่อมส่งผลต่อไปสู่ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่อเนื่องกันไป ความต้องการทางจิตวิญญาณสามารถแสดงเป็นภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 2 การรับรู้สภาวะความสุขทางจิตวิญญาณ

อย่างไรก็ตามในมุมมองของ Ellison and Smith (1991) มองว่า ปัจจัยสามด้านที่สำคัญทั้งเกิดจากปัจจัยสองอย่างคือ แรงผลักดันภายในตัวตนและความศรัทธาทางศาสนา ดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 3 ที่มาของความสุขทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith

สรุปได้ว่าความสุขทางจิตวิญญาณ โดยแบ่งออกเป็นสองมิติหลัก ได้แก่
ความสุขในสิ่งที่เป็นอยู่ (Existential Well-Being): หมายถึงความรู้สึกว่าชีวิตมี
 เป้าหมายและความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน

ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา (Religious Well-Being): หมายถึงความรู้สึกผาสุกที่เกิดจากความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ

ซึ่งทั้งสองมิตินี้มีความสัมพันธ์และส่งเสริมซึ่งกันและกัน โดยความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่สามารถเสริมสร้างความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา และในทางกลับกัน ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนาสามารถเสริมสร้างความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ได้

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการศึกษาในหลาย ๆ แง่มุมทางด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้บุคคลใช้จิตวิญญาณมากขึ้น จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่ทำให้พบจุดที่น่าสนใจอยู่ว่าผู้ที่ใช้จิตวิญญาณมากมักจะตกอยู่ในช่วงที่ชีวิตตกอยู่ในเวลาวิกฤตหรืออย่างเข้าสู่วัยชรา ปัจจัยที่มีความสอดคล้องกันในหลาย ๆ การศึกษามีดังต่อไปนี้

1. เพศ มีการศึกษาพบว่า บทบาททางเพศเป็นปัจจัยส่งผลให้การใช้จิตวิญญาณแตกต่างกันระหว่างเพศชาย และเพศหญิง การศึกษาพบว่าเพศหญิงจะให้ความหมายในชีวิตดีกว่าเพศชาย (วงรัตน์ ไสสุข, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อมีอายุสูงขึ้นเพศหญิงจะมีการปรับตัวตามหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจสืบเนื่องจากการเห็นคุณค่า การมองโลกระหว่างเพศด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยชราเพศหญิงให้ความสำคัญกับศาสนามากกว่าเพศชาย

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลสำคัญต่อจิตวิญญาณ เมื่ออายุสูงขึ้นความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณก็จะมีระดับเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอุปสรรคทั้งภายใน เช่น ร่างกายที่เริ่มเจ็บป่วยเพราะอายุมากขึ้น และอุปสรรคภายนอกเช่นเรื่องงาน เรื่องการเงินความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนฝูง รวมทั้งต้องเผชิญกับการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้นเช่น การสูญเสียการงานหลังจากการปลดเกษียณ สูญเสียคู่ครอง สูญเสียอำนาจ หรือแม้กระทั่งชีวิตของตัวเอง การหาเครื่องยึดเหนี่ยวจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นมากขึ้นสำหรับการปรับตัวให้เกิดความสมดุลด้วยสาเหตุนี้วัยสูงอายุจึงใช้จิตวิญญาณมากกว่าวัยรุ่นหนุ่มสาว

3. ระดับการศึกษาและการเรียนทั้งจากการเรียนในระบบและเรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิตสามารถช่วยเพิ่มระดับการคิดอย่างเป็นระบบและความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น การเรียนรู้สามารถช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด ผู้ที่มีการศึกษาให้ความหมายกับชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (สมพร รัตนพันธ์, 2540) ผลจากการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับที่สูงและมีความเข้าใจในตัวโรคจะสามารถเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ

4. ศาสนา ปรัชญา และความเชื่อ เป็นปัจจัยหลักสำคัญที่มีผลต่อจิตวิญญาณ เพราะการมีจิตวิญญาณที่ดีนั้นต้องมาจากความเชื่อที่ดี ความรู้ความเข้าใจในศาสนาจะช่วยให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวเมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงขึ้นในชีวิต ในบางศาสนาอาจมีการสร้างแนวทางของการปฏิบัติให้เพื่อบรรลุเป้าหมายของชีวิตด้วย สำหรับผู้นับถือศาสนาอาจนำเป้าหมายของศาสนามาเป็นเป้าหมายในชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการทางความเชื่อได้เช่นกัน ความต้องการด้านจิตใจสามารถใช้หลักคำสอนทางศาสนาหรือปรัชญาชีวิตมาเติมเต็มความต้องการทางจิตวิญญาณได้ (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) นอกจากนี้ความเชื่อด้านวัฒนธรรมก็เป็นปัจจัยนอกเหนือความเชื่อด้านศาสนาที่ช่วยให้ระดับจิตวิญญาณสูงขึ้นได้ เพราะขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมถูกกำหนดด้วยหลักจริยธรรมและมุมมองของสังคม ดังนั้นวัฒนธรรม ประเพณีจึงถือได้ว่าเป็นกรอบของพฤติกรรมที่บุคคลสามารถยึดถือเอาไปใช้ได้ เพราะความดีงามขึ้นอยู่กับความหมายของสังคมแต่ละสังคมเป็นตัวกำหนดด้วย

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ แม้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้จะไม่ใช่อุปสรรคที่ส่งผลต่อจิตวิญญาณโดยตรงก็ตาม แต่ระดับของรายได้จะส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการต่าง ๆ เช่น บริการด้านสุขภาพ การประกอบพิธีกรรม รวมทั้งกิจกรรมที่สร้างความบันเทิงและความมั่นใจได้ เช่น การทำบุญ เลี้ยงพระเป็นต้น ผู้ที่มีมั่งใจในด้านการเงินย่อมรับรู้ถึงความมั่นคงในชีวิตได้แต่สำหรับผู้ที่ยากจนและมีปัญหาด้านการใช้จ่ายย่อมเกิดความวิตกกังวล กลัว ไม่กล้าที่จะเข้ามาใช้บริการต่าง ๆ เช่น เข้ามารักษาพยาบาล หรือออกเสียงต่าง ซึ่งส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งสิ้น เนื่องจากทำให้ตัวเองรู้สึกไร้คุณค่า ไม่มีตัวตน ไม่มีสิทธิ์ในสังคม นอกจากนั้นฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้อาจใช้เป็นปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ได้ เช่น การเลือกบริโภคการใช้จ่าย รสนิยม เป็นต้น พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งสิ้น

6. การรับรู้วิกฤตของชีวิตหรือการเจ็บป่วย ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยภายในของบุคคล การรับรู้ถึงระดับความเจ็บป่วยส่งผลให้บุคคลรับรู้โดยอาศัยประสบการณ์ที่แตกต่างกันไป อาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อองค์รวมของบุคคลนั้น โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคที่เรื้อรังและโรคที่รุนแรง จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคร้ายแรงเช่น โรคเอดส์และโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีสภาวะจิตวิญญาณสูงขึ้น และมีระดับมากกว่าคนปกติเพื่อช่วยให้ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและอาการที่มี (Wannapa Sittipran, 2006) อาจสามารถมองได้ว่าจิตวิญญาณส่งผลต่อจิตใจให้เกิดความเข้มแข็งสามารถต่อต้านกับความกังวล ความเครียด หรือแม้กระทั่งอาการวิตกได้อาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากความรู้สึกไม่มั่นใจในอนาคต รวมทั้งรู้สึกผิดโทษตัวเองต่อโรคที่เป็น การมีจิตวิญญาณที่ดีจึงเข้าไปช่วยปรับจิตใจให้เกิดสมดุล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) หมายถึง ความเข้าใจในชีวิต การมีเป้าหมาย มีความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยของแต่ละบุคคล มีผลให้สามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติได้ โดยตั้งเป้าหมายของชีวิตและกำหนดความสำเร็จไว้ได้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ 1) องค์ประกอบทางด้านศาสนา 2) องค์ประกอบด้านความต้องการมีความหมายของชีวิตและความพึงพอใจ หมายถึงความสุขในการใช้ชีวิต จากการศึกษาของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาต่อศาสนามีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .0258, p < .001$) นั่นคือ ผู้ที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะมีระดับความสุขที่สูงขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความสุขต่ำจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาต่อศาสนาที่ต่ำเช่นกัน และจากการศึกษาของ แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรุณยานามวงศ์ (2560) พบว่า การมีความหวังและความรู้สึกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวอยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีพลัง ภายในตนเอง ที่จะตั้งเป้าหมายชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสม มีแรงจูงใจที่จะต่อสู้ มีความกระตือรือร้นในการ ดำเนินชีวิตที่จะเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ เป็นความพร้อมจาก ภายในนำไปสู่ความสามารถในการผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งภายใน ภายในอกบุคคล งานวิจัยนี้เจาะจงศึกษาถึงปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณประกอบด้วย พลังสุขภาพจิต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3.1 ความสามารถในการยืดหยุ่นภัยพิบัติ (Resilience)

ความสามารถในการยืดหยุ่นภัยพิบัติ (Resilience) หรือในบางงานวิจัยจะใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สูงอายุที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ สามารถที่จะพลิกวิกฤติให้เป็น โอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้ เป็นความสำเร็จในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Wagnild & Young, 1993) และสามารถที่จะดำเนินชีวิตต่อไปให้มีความสุข พลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการ กับปัญหา บุคคลที่มีความสามารถในการยืดหยุ่นภัยพิบัติเมื่อเผชิญกับวิกฤติจะมีความสมดุลทางอารมณ์ มุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้ อารมณ์และความรู้สึก มีความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี จัดการกับอารมณ์เศร้าเสียใจ และฟื้นตัวได้เร็ว มีความทนทาน และความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัวและ

ดำเนินชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็ง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต

Wagnild and Young (1993) ให้ความหมายความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต ว่าหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เพื่อลดผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากนั้น ๆ

Luthar et al. (2000) ให้ความหมายว่าความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต หมายถึง กระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic process) ซึ่งทำให้เกิดการปรับตัวทางด้านบวก (Positive adaptation) ต่อสถานการณ์ความยากลำบากที่สำคัญในชีวิต

Grotberg (2003) ให้ความหมายว่าความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตหรือพลังสุขภาพจิต ว่าหมายถึง ความสามารถที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน โดยไม่เลือกว่าจะอยู่ในเชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรมใด เป็นสิ่งที่มนุษย์ใช้ในการจัดการเอาชนะสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เพื่อให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ด้านลบที่กำลังเผชิญอยู่ไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตหรือพลังสุขภาพจิตของ Wagnild and Young (1993) เป็นแนวคิดที่นิยมใช้ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต ในผู้สูงอายุ พัฒนามาจากการศึกษาเชิงคุณภาพในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 24 คน โดยเป็นผู้สูงอายุหญิงที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นผู้ที่เคยผ่านสถานการณ์ความสูญเสียที่สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการสูญเสียบทบาทหน้าที่จากการเกษียณอายุ การทำงาน จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประการของความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤต ของผู้สูงอายุมี ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง (Equanimity) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการพิจารณาหรือไตร่ตรองเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ และการตัดสินใจเลือกที่จะการปล่อยวางหรือรับเอาสิ่งต่าง ๆ เข้ามาในชีวิต ซึ่งคุณลักษณะเช่นนี้จะช่วยลดความรุนแรงในการตอบโต้ต่อผลกระทบของสถานการณ์ความยากลำบากที่เผชิญในชีวิต

2. การมีความเพียรและอดทน (Perseverance) หมายถึง ความพยายามของผู้สูงอายุที่จะดำเนินชีวิตต่อถึงแม้จะพบกับสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความท้อแท้ หรือหมดกำลังใจ รวมทั้งมีความอดทนและตั้งใจในการต่อสู้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ และสามารถฟื้นตัวจากผลกระทบของสถานการณ์ความยากลำบากที่เข้ามาในชีวิต

3. การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพาตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถที่มีอยู่ของตนเอง รวมทั้งการรับรู้ถึงจุดแข็งและข้อจำกัดของตนเอง

4. การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Meaningfulness) หมายถึง ความเชื่อของผู้สูงอายุว่าชีวิตมีความหมาย มีจุดมุ่งหมาย และเชื่อว่าชีวิตต้องดำเนินต่อไป

5. การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง (Existential aloneness) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าใจเกี่ยวกับวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งมีลักษณะเป็นปัจเจกบุคคลต้องมีทางเดินชีวิตของแต่ละคน บางสิ่งหรือบางสถานการณ์สามารถร่วมกันเผชิญเหตุการณ์ไปด้วยกันได้ แต่อาจจะมีสถานการณ์อื่น ๆ ที่ต้องเผชิญไปให้ได้ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่าความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต หรือพลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการจัดการและการปรับตัวที่ดี จนสามารถฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้สำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถ ความทนทาน และความเข้มแข็งทางจิตใจซึ่งมีความสำคัญต่อการปรับตัวและดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็ง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต พลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านการมีความหวัง กำลังใจ และด้านการจัดการด้านปัญหาอุปสรรค (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการศึกษาของ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด ในประเทศตุรกี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณและพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r = .54, p < .01$) (Duran, Avci, & Esim, 2020) นั่นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถ ความทนทาน ความเข้มแข็งทางจิตใจ และสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ดี ดังนั้น พลังสุขภาพจิตเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่น่าจะส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

3.2 ความหวัง

ความหวังเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อบุคคลในการดำรงชีวิต ทั้งในผู้ที่สุขภาพปกติและผู้ที่เจ็บป่วย (Herth, 1990; Nowotny, 1989) โดยเฉพาะบุคคลที่เจ็บป่วย ความหวังเป็นสิ่งจำเป็นในการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และสิ่งที่อยู่เหนือข้อจำกัดของร่างกาย จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายและเสนอแนวคิดของความหวังไว้ ดังนี้

Dufault and Martocchio (1985) ให้ความหมายความหวังไว้ว่า ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อว่าจะบรรลุในสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ความหวังประกอบด้วย 2 ขอบเขต คือ

1. ความหวังเฉพาะเรื่อง (Particular hope) เป็นความหวังที่มีขอบเขตชัดเจนว่าหวังอะไร มีการจัดลำดับความสำคัญ ความหวังนี้จะถูกสะสมไว้เพื่อใช้เป็นสิ่งกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการเผชิญกับอุปสรรค หรือดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายตามที่หวังไว้ อย่างไรก็ตามในขณะที่มีความหวังเฉพาะเรื่อง ก็สามารถมีความหวังทั่วไปร่วมไปด้วย

2. ความหวังทั่วไปหรือความหวังอย่างกว้าง ๆ (Generalized hope) เป็นความหวังว่าจะพบสิ่งที่ดีงามในอนาคต ไม่จำกัดขอบเขตว่าเป็นเรื่องใดโดยเฉพาะ ความหวังนี้ช่วยป้องกันการเกิดภาวะสิ้นหวังเมื่อความหวังเฉพาะเรื่องไม่เป็นจริง นอกจากนี้ยังช่วยคงไว้ซึ่งความหมายของชีวิตทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ความหวังทั้ง 2 ขอบเขต ประกอบด้วย 6 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ (Affective dimension) เป็นเรื่องเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของความหวัง มิติด้านนี้ประกอบด้วยความรู้สึกต่าง ๆ ดังนี้

- 1.1 ความรู้สึกว่าผลที่จะได้เป็นสิ่งที่น่าสนใจ
- 1.2 ความรู้สึกให้ความสำคัญกับผลที่ต้องการ
- 1.3 ความรู้สึกมั่นใจต่อสิ่งที่ต้องการ
- 1.4 ความรู้สึกไม่มั่นใจต่อสิ่งที่ต้องการ
- 1.5 ความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นขณะมีความหวัง

2. มิติด้านปัญญา (Cognitive dimension) เป็นเรื่องเกี่ยวกับ ความปรารถนาจินตนาการ ความสงสัย การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ การประมวลผล การแปลความหมาย และการตัดสินใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความหวัง โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

- 2.1 ความชัดเจนในสิ่งที่หวัง
- 2.2 การตรวจสอบ และการประเมินความสัมพันธ์ ระหว่างความเป็นจริง กับความหวัง
- 2.3 การจำแนกปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ที่มีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อการส่งเสริมและการขัดขวางความหวัง
- 2.4 การรับรู้ถึงผลที่ต้องการในอนาคตตามความเป็นจริงที่เป็นไปได้ แม้ไม่มีความแน่ใจปะปนอยู่

2.5 การจินตนาการถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นโดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและความเป็นจริงในปัจจุบัน ช่วยสร้างความเชื่อว่าสิ่งที่ต้องการมีทางเป็นไปได้

3. มิติด้านพฤติกรรม (Behavioral dimension) เป็นการแสดงออกของบุคคลที่สัมพันธ์กับความหวัง โดยที่บุคคลจะแสดงออกถึงความปรารถนาของตนในสิ่งที่คาดหวัง อาจแสดงออกทางกาย จิตใจ สังคม และความเชื่อ บุคคลที่มีความหวังจะเลือกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมกับตนเองที่จะทำให้สมหวัง เช่น การจัดกระบวนการคิด วางแผนการตัดสินใจ การคิด แนวทางการแก้ปัญหา และการค้นหาแนวทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้

4. มิติด้านความผูกพัน (Affiliative dimension) เป็นมิติที่มุ่งเน้นถึงความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งอื่น ที่เป็นบ่อเกิดของความหวัง ดังต่อไปนี้

4.1 การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม

4.2 ความผูกพันใกล้ชิดกับกับบุคคลอื่น ๆ หรือสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากตนเอง รวมทั้งบุคคลที่เสียชีวิตไปแล้ว หรือพระเจ้า

5. มิติด้านเวลา (Temporal dimension) เป็นมิติที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและช่วงระยะเวลาต่าง ๆ แม้ว่าความหวังเป็นสิ่งที่บุคคลมองอนาคตในแง่ดี แต่ทั้งนี้ยังต้องเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ความหวังในอดีต และปัจจุบันของแต่ละบุคคลด้วย

6. มิติด้านสถานการณ์แวดล้อม (Contextual dimension) มิติดังกล่าวถึง สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ที่มีอิทธิพลและเป็นส่วนหนึ่งของความหวังของมนุษย์ สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ ได้แก่ การสูญเสียในสิ่งต่อไปนี้

6.1 การสูญเสียชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี

6.2 การสูญเสียหน้าที่และเป็นอิสระ

6.3 การสูญเสียการมีส่วนร่วมในการกระทำ ความบันเทิง และความงาม

6.4 การสูญเสียสัมพันธ์ภาพที่ดี

6.5 การสูญเสียความปลอดภัยในทรัพย์สิน

6.6 การสูญเสียความเป็นผู้ที่มีคุณค่า

เฮิร์ทได้แบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราว และในอนาคต (Inner sense of temporality and future) โดยรวมมิติด้านปัญญาและมิติด้านเวลาเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตและปัจจุบัน ไปสู่ออนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นจริงได้ในอนาคต

2. ความรู้สึกพร้อมและการคาดหวังในเชิงบวก (Inner positive readiness and expectancy) โดยรวมมิติด้านอารมณ์และมิติด้านพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและคาดหวังทางบวก

ที่มีต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนเพื่อบรรลุในสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย เห็นว่าท่ามกลางความยากลำบากก็ยังมีทางออกเสมอ

3. ความสัมพันธ์ภายในตนเองกับบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) โดยรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตน และระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความหวัง (Hope) เป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่แสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีแรงขับในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสีย หรือมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในชีวิต ความหวังมีพื้นฐานจากการที่ผู้สูงอายุปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จ มีเป้าหมายในชีวิต (Herth, 1993) ความหวังเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถการเผชิญความทุกข์ต่าง ๆ ได้ดี จากการศึกษาของ Roger, Gail & Neal (2021) ความหวังในการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยมะเร็งชาวแอฟริกา พบว่า ความหวังและมุมมองความผาสุกทางจิตวิญญาณความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .561, p = .046$) เช่นเดียวกับการศึกษาของประเทศตุรกีในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 1,383 ราย พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความพึงพอใจในชีวิตและความหวัง (Ozdemir, Buda, Dural & Gultekin, 2022) และจากการศึกษาของ Javanmardifard, Heidari, Sanjari, Yazdanmehr and Shirazi (2020) ในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังพบความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานในประเทศอิหร่าน ร้อยละ 63 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง มีความหวังสูง ร้อยละ 87 และยังพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.66, p < .0001$) นั่นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้สูงอายุมีแรงขับในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่มีความทุกข์ ความสูญเสีย หรือความไม่แน่นอน ความหวังจะคอยนำทางให้ประสบความสำเร็จ มีเป้าหมายในชีวิต ดังนั้น ความหวังเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

3.3 การสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว นับว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่ง (House, Kahn, McLeod, & Williams (1985) ระบุว่า การสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการสนับสนุนทางครอบครัวในด้านความช่วยเหลือ ทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับ ต้องการ การสนับสนุน

ทางครอบครัวอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำ ชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครูเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ การรับรู้การสนับสนุนทางครอบครัวถือเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีความสำคัญต่อบุคคลเป็นอย่างมาก

Kahn (1997) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางครอบครัวว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลอย่างมี จุดมุ่งหมาย มีการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันรวมถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าตน ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การยอมรับจากบุคคลรอบข้าง และรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน

Taylor, Peplau, & Sears (2000) การสนับสนุนทางครอบครัวเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผ่านการให้ความต้องการทางจิตใจ การให้วัตถุ การให้ข้อมูล หรือผลป้อนกลับแก่บุคคลที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วย การสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นเสมือนเครื่องมือที่ช่วยลดความเครียดและเพิ่มสุขภาพ ทางกาย

Kim และ Kim (2003) ได้ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนของครอบครัวไว้ว่า การ สนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การที่หัวหน้าครอบครัวหรือพ่อแม่ได้ดูแลและเกื้อกูลบุตร

Teufel-Shone, Staten, Irwin, Rawiel, Brovo, and Waykayuta (2005) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่าง เปิดเผย และมีระดับของความขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวต่ำ

1. องค์ประกอบการสนับสนุนจากครอบครัวของ Blankfeld and Holahan (1996) มีจำนวน 3 องค์ประกอบ และให้นิยามแต่ละองค์ประกอบไว้ดังนี้

1.1 ความผูกพันแน่นแฟ้น (Cohesion) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือ และ สนับสนุนเกื้อกูลกัน

1.2 การแสดงออก (Expressiveness) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงออกทาง ความคิด ความรู้สึก และการกระทำได้อย่างเปิดเผย

1.3 การมีความขัดแย้งในครอบครัวระดับต่ำ (Low conflict) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมี ปัญหาขัดแย้งกันในครอบครัว และแสดงออกถึงความโกรธต่ำ

2. ประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัว King et al. (1996) ประกอบด้วย การสนับสนุน 2 ด้าน ได้แก่

2.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม เข้าใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจกัน เต็มใจที่จะรับ

ฟัง สนทนา ให้คำแนะนำ และมีทัศนคติทางบวก รวมถึงดูแล ห่วงใย ให้ความสนใจในสิ่งที่สมาชิก ทำอยู่

2.2 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การที่สมาชิกใน ครอบครัว แสดงทัศนคติ และพฤติกรรมในการจะช่วยเหลือครอบครัวด้านสิ่งของ เงินทอง หรือ แรงงาน รวมถึงมี ความเต็มใจที่จะแบ่งเบาภาระในบ้าน

Kaplan, Cassel, and Gore (1977) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจาก ครอบครัวเป็นความ ต้องการขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านความรู้สึกทางสังคม (Social-emotional support) ได้แก่ การได้รับความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ การยอมรับและเห็นค่าจากบุคคลที่ตนให้ความสำคัญ

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การ ได้รับคำปรึกษา การแบ่งเบาความรับผิดชอบ หรือการช่วยเหลือด้านทรัพย์สินเงินทอง

สรุปได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัว คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดง ความรู้สึกของตนเองได้อย่างเปิดเผย และสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการ กระตุ้นและส่งเสริมมีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็น อีกหนึ่งปัจจัยด้านจิตสังคมที่ทำการศึกษาในงานวิจัยนี้ เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิด ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ ผ่านเข้ามาในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมิ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจและมี ทัศนคติทางบวก มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน รวมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา เต็มใจที่จะรับฟังสนทนา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดูแลและห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ (Thomas, Vaccaro, & McNamara, 1992) จากการศึกษาของเพ็ญพิชญ์ จันทรานภากาศ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน (2562) ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ในครอบครัวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.76, p < .01$) นั่นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ มีแหล่งสนับสนุนจากครอบครัวที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อม ก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ดังนั้น การสนับสนุนจาก ครอบครัวเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิต วิญญาณได้

3.4 การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่เป็นผู้สูงอายุและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแล ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในคุณค่าของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (สุจิตรา บุญประเสริฐ, 2550) จากการศึกษาของ ฤติมาศ พุทรมาศย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล (2562) พบว่า ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 110 ราย การสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .01$) นั้นหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในคุณค่าของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณได้

สรุป

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นกรณีหนึ่งที่สะท้อนถึงการมีความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ คือ ความสามารถในการยืนหยัดเผชิญวิกฤตหรือ **Resilience** เป็นความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ และพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ พลังสุขภาพจิตหรือความสามารถนี้ช่วยให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงได้ดี เช่น การมีจิตใจที่มั่นคง (Equanimity), การมีความเพียรและอดทน (Perseverance), การเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance), ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต (Meaningfulness) และการสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเอง (Existential aloneness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการฟื้นตัวจากสถานการณ์วิกฤต, ความหวังเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะในผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีอุปสรรคในชีวิต ความหวังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีเป้าหมายในชีวิตและมีแรงขับในการดำเนินชีวิตไปข้างหน้า การมีความหวังเฉพาะเรื่อง (Particular hope) และความหวังทั่วไป (Generalized hope) ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญปัญหาด้วยมุมมองที่ดีต่ออนาคต และสามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น,

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญในกระบวนการทางสังคม การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่าง ๆ ทั้งทางอารมณ์ ความช่วยเหลือในเรื่องของข้อมูลหรือสิ่งของ และความรักความเอาใจใส่ มีผลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งช่วยให้ลดความเครียดและเพิ่มความสุขทางจิตใจ, การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีผลสำคัญต่อความผาสุกทางจิตใจและสุขภาพของผู้สูงอายุ การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมที่พักและบุคลากรในศูนย์ดูแลทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นใจในคุณค่าของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสุขภาพที่ดีได้

ปัจจัยทั้งสี่นี้จึงมีความสำคัญในกระบวนการสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้สามารถเผชิญกับความท้าทายและสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุก ๆ ด้าน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน และอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 29 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 144 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน
2. พักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป (เนื่องจากเกิดความคุ้นเคยกับเพื่อนและบุคลากรในศูนย์)
3. ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม โดยการทดสอบด้วยแบบคัดกรองสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) มีค่าคะแนนมากกว่า 24 คะแนนขึ้นไป
4. เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว
5. ยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระดับรุนแรง เช่น โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โรคเมเร็งระยะสุดท้าย และพักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนน้อยกว่า 3 เดือน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power เพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับตัวแปรต้น 4 ตัวแปร ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type

I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = .95 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) ที่ .13 (Polit & Beck, 2012) หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้กลุ่มตัวอย่าง 148 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2566 โดยพบว่าทั้งหมด 29 แห่ง ได้แก่ 1) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านพลภรณ์ร่มเย็น 2) แสบปีไพล์เพลส 3) บ้านมีสุขดูแลผู้สูงอายุ นครปฐม 4) บ้านศาลายา เฮลท์แคร์ 5) ใจใส เนอร์สซิ่งโฮม 6) บ้านลลิตา สาขาศาลายา 7) ศาลายาเนอร์สซิ่งโฮม (บ้านร่มเย็น) 8) ศาลายาเนอร์สซิ่งโฮม (บ้านแสนสุข) 9) บ้านปู่บ้านย่า 10) บ้านปันรักเนอร์สซิ่งโฮม 11) บ้านแทนคุณ 12) ศูนย์มัทิตา เนอร์สซิ่งโฮม 13) ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านแสงตะวัน 14) ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านแสงตะวัน สาขา 2 15) บ้านโชคศิขวิญทรัพย์ 16) บ้านเปรมสิริ เนอร์สซิ่งโฮม 17) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านไกล่รัก 18) บ้านชื่นชมยินดี 19) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านสุขใจเนอร์สซิ่งโฮม 20) ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุพุทธมณฑล ร่มเย็น 21) บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ สามพราน 22) บ้านริมสวน เนอร์สซิ่งโฮม 23) ไบบอนโฮมแคร์ 24) บ้านสวน สมพิศ 25) สุนิ เนอร์สซิ่งโฮม 26) มณฑลสายสีเนอร์สซิ่งโฮม 27) แม่สง่าโฮมแคร์ 28) การุณรัก โฮมแคร์ และ 29) บ้านไกล่รัก สาขา 2

2. ผู้วิจัยคัดเลือกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 15 เตียงขึ้นไป ซึ่งพบว่ามีจำนวนทั้งหมด 11 แห่ง ได้แก่ 1) แสบปีไพล์เพลส 2) บ้านมีสุขดูแลผู้สูงอายุ นครปฐม 3) ใจใส เนอร์สซิ่งโฮม 4) บ้านปู่บ้านย่า 5) ศูนย์มัทิตา เนอร์สซิ่งโฮม 6) ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุบ้านแสงตะวัน 7) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านไกล่รัก 8) ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุพุทธมณฑล ร่มเย็น 9) บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ สามพราน 10) บ้านริมสวน เนอร์สซิ่งโฮม 11) ไบบอนโฮมแคร์ 12) บ้านสวน สมพิศ

3. หลังจากนั้นใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อให้ได้ตัวแทนอย่างน้อยร้อยละ 50 ของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 15 เตียง ขึ้น คิดเป็นจำนวนทั้งสิ้น 6 แห่ง ได้แก่ 1) แสบปีไพล์เพลส 2) ศูนย์มัทิตา เนอร์สซิ่งโฮม 3) บ้านสวน สมพิศ 4) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านไกล่รัก 5) บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน โซเซียล เซนเตอร์ สามพราน และ 6) ไบบอนโฮมแคร์

4. เนื่องจากจำนวนประชากรของผู้สูงอายุในแต่ละศูนย์ผู้สูงอายุแต่ละแห่งไม่เท่ากัน ดังนั้น เพื่อให้การได้มาของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้สูงอายุในศูนย์ผู้สูงอายุ เอกชน จึงคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามขนาดของประชากรผู้สูงอายุในศูนย์เอกชนแต่ละแห่ง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
แฮปปี้ไลฟ์เพลส	30	16
ศูนย์มูทิตา เนอร์สซิงโฮม	30	16
บ้านสวน สมพิศ	52	27
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบ้านไกรลี้รัก	30	16
บ้านพักผู้สูงอายุคามิลเลียน โซเชียล เซนเตอร์ สามพราน	102	53
ไบบอนด์โฮมแคร์	40	20
รวม	284	148

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE – Thai Mental State Examination) เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย แบ่งเป็นจำนวน 6 ตอน ประกอบด้วย

1. การรับรู้ (Orientation) (6 คะแนน)
2. การจดจำ (Registration) (3 คะแนน)
3. ความใส่ใจ (Attention) (5 คะแนน)
4. การคำนวณ (Calculation) (3 คะแนน)
5. ภาษา (Language) (10 คะแนน)
6. การระลึกได้ (Recall) (3 คะแนน)

การให้คะแนนโดยให้คะแนนตามข้อคำถามที่แตกต่างกันไป คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน การแปลผลคะแนนมีดังนี้

ภาวะสมองปกติ	ให้	24-30 คะแนน
ภาวะสมองเสื่อม	ให้	< 24 คะแนน
มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย	ให้	18-23 คะแนน
มีภาวะสมองเสื่อมมาก	ให้	0-17 คะแนน

วนิดา ศรีวรกุล และคณะ (2563) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ศึกษาคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ได้นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโดยใช้การสัมภาษณ์ด้วยผู้วิจัยเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งได้เป็น 6 ส่วนดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัยเพื่อใช้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเข้าพักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการมีบุตร บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้าพักในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน การมาเยี่ยมผู้สูงอายุของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาการเข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะใช้แบบสัมภาษณ์ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (The Spiritual Well-Being Scale : SWBS) ของ Paloutizan and Elison (1982) พัฒนาโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และนางชนัดดา ผาสุกมูล เพื่อประเมินการรับรู้และความรู้สึกทางบวก ความพอใจ ความรัก ความสวยงาม ความเคารพนบนอบ เกิดทัศนคติที่ดี ความสงบภายในจิตใจ เป้าหมายและทิศทางในชีวิตของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบ Rating-scale ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. The Existential Well-Being: EWB แบบวัดด้านความผาสุกในชีวิต การให้ความหมายคุณค่าของชีวิต (Lite Meaning) ความพึงพอใจในชีวิต ความหวัง และเป้าหมายที่วางเอาไว้ในชีวิต มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คือข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20

2. The Religion Well-Being: RWB ใช้วัดความผาสุกด้านความศรัทธาในศาสนา คือความเชื่อ ความศรัทธาและการปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือ รวมถึง นำเอาหลักคำสอนมาใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ คือข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19

มีคำถามเชิงบวกทั้งหมด 11 ข้อคือ ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19, 20

มีคำถามเชิงลบทั้งหมด 9 ข้อคือ ข้อ 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, 18

มีลักษณะของ การวัดแบบประมาณค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	6 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2 คะแนน	5 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน	4 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	3 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	5 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6 คะแนน	1 คะแนน

พิจารณาความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยรวมทั้ง EWB และ RWB โดยมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 20-120 คะแนน

การแปลผล แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

คะแนน 20 – 77 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ

คะแนน 78 – 100 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง

คะแนน 101 – 120 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

วิเคราะห์ผลจากค่าคะแนนรวม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 20 ถึง 120 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Wagnild (2014) ซึ่ง ชันญิศาคุษฎิ ทูลศิริ ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ นุจรี ไชยมงคล และ ปาจร่า โปธิหัง (2562) ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้วิธีการแปลแบบย้อนกลับ (Back Translation) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญมีค่าความตรงที่ยอมรับได้ มีจำนวน 25 ข้อ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถาม
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน

เห็นด้วย	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6 คะแนน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-150 คะแนน โดยค่าคะแนนสูงหมายถึงมีพลังสุขภาพจิตที่สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความหวัง งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ความหวัง (Herth Hope Index [HHI]) ของ Herth (1992) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย จีราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์ (2541) ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงมิติของความหวัง 3 มิติ คือ มิติความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราว และในอนาคต มิติความพร้อมภายในด้านบวกและการคาดหวัง มิติความสัมพันธ์ระหว่างตน และบุคคลอื่น มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถาม
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-48 คะแนน โดยค่าคะแนนสูงหมายถึงมีความหวังที่สูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัว งานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัวของ นางลักษณะ ศรีสุจริต (2548) แบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นการที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับการช่วยเหลือต่าง ๆ การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประคับประคอง การช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว มีลักษณะแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถามเชิงบวก	คะแนนคำถามเชิงลบ
ไม่เป็นจริงเลย	0 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ค่อยเป็นจริง	1 คะแนน	2 คะแนน

เป็นจริงบางครั้ง	2 คะแนน	1 คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	3 คะแนน	0 คะแนน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยค่าคะแนนสูงหมายถึง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

ส่วนที่ 6 การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะทำการดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ของ นางลักขณ์ ศรีสุจริต (2548) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา แบบวัดการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแล ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คะแนนคำถาม
ไม่เป็นจริงเลย	0 คะแนน
ไม่ค่อยเป็นจริง	1 คะแนน
เป็นจริงบางครั้ง	2 คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	3 คะแนน

มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน โดยค่าคะแนนสูงหมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชราสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity)

ผู้วิจัยจะนำแบบวัด ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง และการสนับสนุนจากครอบครัว มาใช้ในงานวิจัยนี้ โดยไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ ประกอบกับแบบวัดเหล่านี้ ได้เคยมีการนำไปใช้ศึกษาในผู้สูงอายุมาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนแบบวัดการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้วิจัยจะทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจะทำการปรับแบบสัมภาษณ์นี้จากนั้น นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย นำเสนอแบบสัมภาษณ์ที่ปรับนี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านสูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ ได้ค่า CVI = 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากรไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบคำถาม ตรวจสอบความชัดเจนของข้อความ และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้โดยพิจารณาจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ .88, .95, .74, .73 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาความเหมาะสมก่อนดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยขอหนังสือออกโดยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนจำนวน 6 แห่ง ในจังหวัดนครปฐม และหนังสือขออนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครปฐม

2. ภายหลังได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (G-HS051/2566) ได้รับการอนุญาตจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครปฐม และผู้อำนวยการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ทั้ง 6 แห่ง ผู้วิจัยนำหนังสือชี้แจง (Information sheet) แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอม

(Consent form) ในการเข้าร่วมการงานวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแจ้งสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัย แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางเรื่องที่เป็นเรื่องส่วนตัว และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัย เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวม นอกจากนั้นการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา ไม่เกิดอันตรายใด ๆ ต่อตัวผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินดีเข้าร่วมและลงนามยินยอม ผู้วิจัยจึง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในมนุษย์ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (G-HS051/2566)

1.2 หลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัย ประสานงานกับนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด นครปฐม และผู้อำนวยการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จำนวน 6 แห่ง เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่ และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับการอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และรายละเอียดในการเก็บข้อมูลและเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนัดหมาย วัน เวลา ณ ห้องประชุมของศูนย์เพื่อเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนการ

2.1 ผู้วิจัยนัดหมายกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจัดสถานที่ในการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและตระหนักถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) โดยมีมาตรการคัดกรองอาการเสี่ยง เช่น วัดไข้ (มากกว่า 37.4 องศาเซลเซียส) ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หากพบอาการดังกล่าว ผู้วิจัยแจ้งเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้สูงอายุให้ทราบ เพื่อทำการตรวจคัดกรองด้วย ATK ต่อ หากไม่พบอาการเสี่ยง ผู้วิจัยได้จัดเตรียมหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ จัดที่นั่งในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกและเป็นส่วนตัว

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมของศูนย์ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้จัดเตรียมไว้ให้ จากนั้นได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดการวิจัย วิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE) มาคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงเริ่มดำเนินการขั้นตอนต่อไป แต่หากไม่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจะทำการคัดออก และกล่าวขอบคุณ

2.3 เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความร่วมมือและลงนามยินยอมเข้าร่วม ผู้วิจัยอธิบายแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ อย่างละเอียดเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามในข้อสงสัย อธิบายเรื่องสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้งก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล

2.4 ทำการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยรายบุคคล ตามแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต แบบสัมภาษณ์ความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลต่อรายประมาณ 10-15 นาที ขณะทำแบบสัมภาษณ์ หากผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ และปฏิเสธในการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล

2.5 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 148 คน เมื่อได้ครบตามจำนวน จึงนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาคำนวณคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาสร้างแฟ้มข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS เพื่อตอบวัตถุประสงค์งานวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. การวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดลองแบบพหุคูณ (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา, 2561) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีระดับการวัดแบบ Interval หรือ Ratio ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ซึ่งตัวแปรทุกตัวมีการประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และมีการแปลผลโดยนำคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์ มารวมกัน ถ้าคะแนนสูงหมายถึงตัวแปรนั้นมีค่าสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระดับการวัดเป็นแบบ Interval หรือ Ratio

2. กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มจากประชากร (Random sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด

3. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากการนำข้อมูลของแต่ละตัวแปรมา Plot เป็นกราฟ Histogram ซึ่งลักษณะการกระจายตัวของข้อมูลมีลักษณะเป็นรูปประฆังคว่ำ ก่อนข้างมีความสมมาตรกัน จึงแสดงว่าข้อมูลของตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

4. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ทดสอบโดยพิจารณาใช้กราฟ Scatter Plot ที่พล็อตระหว่างค่า *ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า *ZRESID (ค่า Z-score ของ Error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการทดลองจริง) พบว่ากราฟ Scatter plot มีแนวเป็นเส้นตรงขนานกับแกนอน แสดงว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

5. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) ซึ่งการกระจายของความแปรปรวนของตัวแปรตามต้องคงที่ในทุกค่าของตัวแปรต้น พิจารณาจากกราฟ Scatter plot มีลักษณะเป็นเส้นขนานกัน ดังนั้นความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นเอกภาพ

6. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์เป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-watson ได้ค่าเท่ากับ 1.569 ซึ่งแสดงว่าไม่เกิด Autocorrelation เนื่องจากมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 เมื่อเปรียบเทียบกับตารางขอบเขตค่า Durbin-watson พบค่าที่ได้อยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ซึ่งหมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของทั้งสองตัวแปรเป็นอิสระจากกัน (Garson, 2012)

7. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการทดลอง) กับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่าง

ค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์กระจายบริเวณค่าศูนย์

8. ตัวแปรอิสระทั้งหมดมีความเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Multicollinearity) โดยทำการทดสอบด้วยการพิจารณาค่า Tolerance ที่เข้าใกล้ศูนย์และค่า VIF มีค่าเกิน 10 แสดงว่าตัวแปรอิสระนั้นมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่น ๆ ในระดับสูง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่า Tolerance ทั้ง 4 ตัวแปร มีค่าเข้าใกล้ 1 เท่ากับ .72, .65, .69 และ .97 และค่า VIF (Variance Inflation Factor) ทั้ง 4 ตัวแปร ไม่เกิน 10 เท่ากับ 1.38, 1.55, 1.43 และ 1.02 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรทั้งหมดเป็นอิสระต่อกัน จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation analysis) พบว่า ทุกตัวแปรมีค่าความสัมพันธ์ -.55, -.31, -.20 และ .12 ซึ่งค่าความสัมพันธ์ไม่เกิน .85 ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 148 คน หลังจากนั้นเมื่อครบตามจำนวนได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติพบ Outlier จำนวน 4 คน จึงทำการตัดออก หลังจากตรวจสอบ Outlier แล้วจำนวนกลุ่มตัวอย่างคงเหลือ 144 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ผลการศึกษานำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ตอน นำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 144$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	61	42.4
หญิง	83	57.6
อายุ (ปี)		
60-74 ปี	61	42.4
75-89 ปี	74	51.4
90 ปีขึ้นไป	9	6.3
(Min = 60, Max = 98, $M = 76.22$, $SD = 8.2$)		
ศาสนา		
พุทธ	136	94.4
คริสต์	8	5.6
สถานภาพสมรส		
โสด	35	24.3
สมรส	92	63.9
แยกกันอยู่	4	2.8
หม้าย	7	4.9
หย่า	6	4.1
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	5.0
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	2.1
ประถมศึกษา	77	53.6
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	9	6.3
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	13	9.0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	24	17.0
สูงกว่าปริญญาตรี	10	7.0
อาชีพก่อนเข้าสู่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	49	34.0
ค้าขายทั่วไป	44	31.0
รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	18	13.0
ลูกจ้าง/ พนักงานบริษัท	19	13.0
อื่น ๆ	13	9.0
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	111	77.0
10,000-30,000 บาท	25	17.4
30,001-60,000 บาท	4	2.8
60,001-100,000 บาท	3	2.1
มากกว่า 100,000 บาท	1	0.7
(Min = 2000, Max = 150000, $M = 12411.80$, $SD = 18592.90$)		
แหล่งที่มาของรายได้		
จากบุตร	87	60.4
จากแหล่งอื่น ๆ ...	57	39.6
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้ มีหนี้สิน (ยกเว้นหนี้เพื่อการลงทุน)	4	2.8
พอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ	33	22.9
พอใช้และมีเหลือเก็บ	107	74.3
สถานภาพการมีบุตร		
มีบุตร	111	77.1
ไม่มีบุตร	33	22.9
บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วยก่อนเข้าสถานสงเคราะห์		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	21	14.9
สามี / ภรรยา	14	9.7
บุตร	73	50.7
ญาติพี่ – น้อง	32	22.0
บุคคลอื่น ๆ	4	2.7
สามี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยม		
ไม่เคยมาเยี่ยม	9	6.3
มาเยี่ยม	135	93.7
ใน 1 ปี ที่ผ่านมา สามี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยม		
ไม่เคยมาเยี่ยมเลย	11	7.6
น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง	40	27.8
1 ครั้งต่อเดือน	31	21.5
มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง	62	43.1
ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่		
ไม่มี	124	86.1
มี	20	13.9
ระยะเวลาในการพักอาศัย		
3-6 เดือน	25	17.4
7-12 เดือน	36	25.0
มากกว่า 12 เดือน	83	57.6

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 144 คน คิดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.6 เพศชาย ร้อยละ 42.4 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76 ปี ($SD = 8.21$) ส่วนใหญ่นับศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.4 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังครองสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 63.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนเข้าสู่ศูนย์ดูแล คิดเป็นร้อยละ 34 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 12,411.80 บาท ($SD = 18,592.90$) ส่วนใหญ่ได้รายได้มาจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 60.4 และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเฉลี่ยร้อยละ 77.1 และก่อนเข้าสู่สถานสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 50.7 และส่วนมากสามปี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มักเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 93.7 โดยใน 1 ปี ที่ผ่านมา สามปี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยมมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนใหญ่เข้าพักรักษาตัวมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 57.6

ตอนที่ 2 ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เอกชน

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 144$)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ (20 - 77 คะแนน)	142	98.61
ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง (78 - 100 คะแนน)	2	1.39
ความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง (> 101 คะแนน)	-	-
$(M = 67.92, SD = 4.17)$		

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 98.61 ($M = 67.92, SD = 4.17$)

ตอนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่ศึกษาในงานวิจัยนี้ประกอบด้วย ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัยดังแสดงใน 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยของตัวแปรที่ศึกษาคะแนนในภาพรวม (n= 144)

ตัวแปร	M	SD	Range	
			Possible	Actual
ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต	114.74	12.86	25-150	96-150
ความหวัง	39.24	3.33	12-48	33-43
การสนับสนุนจากครอบครัว	20.04	2.34	0-30	16-26
แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุ	21.90	2.30	0-27	16-27

ตารางที่ 4 ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 114.74 (SD = 12.86) ความหวังของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.24 (SD = 3.33) การสนับสนุนจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.04 (SD = 2.34) การสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.90 (SD = 2.30)

ตอนที่ 4 อิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ผู้วิจัยทำการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านจิตสังคมซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ที่มีต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ในจังหวัดนครปฐม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2561)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนกับตัวแปรที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 144$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	1.000				
2. ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต	-.556**	1.000			
3. ความหวัง	-.310**	.478**	1.000		
4. การสนับสนุนจากครอบครัว	-.209**	.417**	.511**	1.000	
5. การสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร	.128	.046	-.102	-.059	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 5 ผลของการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยการหาค่าสถิติความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับมากกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.556, p < .01$) และความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.310, p < .01$) และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.209, p < .01$)

จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวแปรทำนายความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตัวแปรต้น ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ความหวัง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 6 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ใน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ($n = 144$)

ตัวแปร	R^2	b	$SE_{(b)}$	β	t	p
(Constant)		79.636	5.944		13.398	<.001
ความสามารถในการยื่นหยัด เผชิญวิกฤต	.309	-.183	.026	-.562	-6.912	<.001
การสนับสนุนจากเพื่อนและ บุคลากร	.337	.267	.124	.151	2.162	.032

$$R^2 = .337, \text{Adj } R^2 = .318, F_{(4-139)} = 17.637, p < .001$$

จากตารางที่ 6 พบว่า ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบ ขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้ สูงสุด คือ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ($\beta = -.562, p < .001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ($\beta = .151, p < .05$) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้ ร้อยละ 33.7 (Adjusted $R^2 = .318, F_{(4-139)} = 17.637, p < .001$) ส่วนตัวปัจจัยที่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความหวัง ($\beta = -.074, p > .05$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .107, p > .05$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการบูรณาการแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 148 คน หลังจากนั้นเมื่อครบตามจำนวนได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติพบ Outlier จำนวน 4 ราย จึงทำการตัดออก หลังจากตรวจสอบ Outlier แล้วจำนวนกลุ่มตัวอย่างคงเหลือ 144 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ชนิดตอบด้วยตนเอง จำนวน 7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์เชิงคัดกรอง แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต แบบสัมภาษณ์ความหวัง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกและบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) เท่ากับ .88, .95, .74, .73 และ .73 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 144 คน คิดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57 เพศชาย ร้อยละ 43 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 43 โดยพบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 76 ปี ($SD = 8.21$) ส่วนใหญ่นับศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.4 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังครองสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 63.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพก่อนเข้าสู่ศูนย์ดูแล คิดเป็นร้อยละ 34 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 12,411.80 บาท ($SD = 18,592.90$) ส่วนใหญ่ได้รายได้มาจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 60.4 และกลุ่มตัวอย่างมีรายได้พอใช้และมีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 74.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเฉลี่ยร้อยละ 77.1 และก่อนเข้าสู่สถานสงเคราะห์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 50.7 และส่วนมากสามี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มักเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 93.7 โดยใน 1 ปี ที่ผ่านมา สามี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยมมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.1 ส่วนใหญ่เข้าพักรักษาตัวมากกว่า 12 เดือน ร้อยละ 57.6

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 98.61 ($M = 67.92, SD = 4.17$) ทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการดำเนินชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านความศรัทธาต่อศาสนา โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 100 ($M = 33.84, SD = 2.24$)

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเพชฌัญญิวิฤต และการสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ($\beta = -.562, \beta = .151$ ตามลำดับ) โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ร้อยละ 33.7 ($\text{Adjusted } R^2 = .318, F_{(4-139)} = 17.637, p < .001$)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ดังนี้

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

ผลการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน พบว่า โดยรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ 98.61 ($M = 67.92, SD = 4.17$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิตและความศรัทธาต่อศาสนาของกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 100 และเมื่อแยกตามเพศ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีอายุ 71-80 ปี และนับศาสนาพุทธมากที่สุด ถึงร้อยละ 94.4 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังครองสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 63.90 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รายได้มาจากบุตร เฉลี่ย 12,411.80 บาท และส่วนมากสามี-ภรรยา / พี่น้อง / ญาติ / คนรู้จัก มักเยี่ยมกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 93.7 โดยใน 1 ปี ที่ผ่านมา

สามี-ภรรยา / พี่น้อง /ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยมมากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 43.1 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน เป็นช่วงวัยสูงอายุที่ยังมีความแข็งแรง มีพลัง สามารถดูแลตัวเองได้ มีความสามารถในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ ยังคงบทบาทของตนเอง ยังสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพทำให้ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องสามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนไม่ให้รุนแรง สามารถเข้าถึงการทำกิจกรรมทางศาสนาโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากนักทำให้เกิดความสุขจากการได้ทำกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีค่าในระดับต่ำ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จากการศึกษาพบว่าอยู่ในระดับต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสามารถลดลงจากหลายสาเหตุที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต ได้แก่

1. ความสูงวัย ความจำกัดด้านสุขภาพและการอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ เป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุลดการทำกิจกรรมทางศาสนา (Zimmer et al., 2016) จึงน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุนี้อยู่ในระดับต่ำ
2. การแยกตัวจากครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลอาจรู้สึกโดดเดี่ยวและห่างจากครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ซึ่งอาจส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพราะการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับคนที่รักถือเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาความสุขและความรู้สึกมีค่าในชีวิต (Perlman & Peplau, 2020)
3. ขาดการควบคุมชีวิต ผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลอาจรู้สึกว่าสูญเสียการควบคุมในชีวิตประจำวัน เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของศูนย์ที่อาจทำให้รู้สึกไม่เป็นอิสระหรือไม่สามารถตัดสินใจเองได้ (Kane & Kane, 2021)
4. การสูญเสียความสามารถทางกายภาพและจิตใจ การลดลงของสุขภาพร่างกายหรือการเสื่อมของความสามารถทางปัญญา (เช่น ความจำ) อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองไม่สมบูรณ์ หรือเป็นภาระกับคนอื่น ซึ่งสามารถลดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ (Liu & Wang, 2021)
5. ขาดกิจกรรมที่เติมเต็มจิตใจ หากไม่มีการจัดกิจกรรมทางจิตวิญญาณหรือทางศาสนา (เช่น การสวดมนต์ การไหว้พระ หรือการพูดคุยเกี่ยวกับศาสนา) หรือการทำกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างจิตใจ เช่น งานอดิเรกที่ชอบ อาจทำให้รู้สึกไม่เติมเต็มหรือขาดความสุขในชีวิต (Pargament & Mahoney, 2021)

6. ความกังวลเกี่ยวกับอนาคต ผู้สูงอายุอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต เช่น ความกลัวว่าจะไม่มีใครดูแล หรือกลัวความตาย ซึ่งอาจส่งผลต่อจิตวิญญาณและความผาสุกโดยรวม (Jiang & Li, 2020)

ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เป็นที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตวิญญาณอย่างมาก หากปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการดูแล อาจนำไปสู่การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำได้

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

2.1 การสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ ($\beta = .151, p < .05$)

อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากเพื่อนสมาชิกที่อาศัยร่วมกันในสถานดูแลผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนที่ได้รับจากบุคลากรของสถานดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแล ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในคุณค่าของตนเอง และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลการมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (สุจิตรา บุญประเสริฐ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความสุขทางจิตวิญญาณที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมีเป้าหมายในชีวิต มีความสมดุลของร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาของ Chavapattanakul, Wongkumsin and Kongkasuwan (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฤดีมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล (2562) พบว่า ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวน 110 ราย การสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น ๆ ในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .01$) และจากการศึกษาของ Kande, Sukwong, & Weiangkham (2016) พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่พึงของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ คือกำลังใจความรัก ความเอาใจใส่จากบุตร บุตรเป็นที่พึ่ง สำหรับคุ้มครองคือบุญอยู่ด้วยแล้วอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

2.2 ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต เป็นอีกปัจจัยที่สามารถทำนายความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ ($\beta = -.562, p < .001$) อธิบายได้ว่า ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต เป็นความสามารถ ความทนทาน และ ความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคลที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวและดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ช่วยให้ บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็ง เพื่อคุณภาพ ชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านการมีความหวังกำลังใจ และด้านการจัดการด้านปัญหา อุปสรรค (กรมสุขภาพจิต, 2552) จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งมีแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บางครอบครัวลูกหลานวัยแรงงานที่เข้ามาทำงานจากชนบทเข้าสู่ ภาคอุตสาหกรรม มีบุตรยังเล็กอยู่ทำให้เป็นภาระของผู้สูงอายุในบ้าน ที่จะต้องดูแลเลี้ยงดูหลาน ๆ และด้วยวัยของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยลงทางสรีระวิทยาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหนื่อยล้า เกิดภาวะ เครียด ผู้สูงอายุจึงต้องสร้างกำลังใจ สร้างพลังเพื่อขับเคลื่อนความรู้สึก และสร้างความเข้มแข็ง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดของ Ellison and Smith (1991) ความผาสุกทางจิต วิญญาณเป็นความสุขทางจิตวิญญาณที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความเข้าใจและมีเป้าหมายในชีวิต มีความสมดุลของร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต จาก การศึกษาของวิรัชทรา ประภาพักตร์และทัศนาศูววรรณะปกรณ (2555) ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต ($r = 279, p < .01$) ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเมื่อมีความสามารถในการ ยื่นหยัดเผชิญวิกฤตหรือความเข้มแข็งทางใจสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้ในทุกสถานการณ์ ไม่ท้อถอย มีความมุ่งมั่นเข้มแข็งเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขได้ในที่สุด ปัจจุบันที่โครงสร้าง ของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันสูงขึ้นในการดำรงชีพ รวมถึงความจำกัดทั้งเวลาและสถานที่ในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจึงเข้ามามี บทบาทมากขึ้นในการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และส่งเสริมความสามารถ ความ ทนทาน และความเข้มแข็งทางจิตใจของผู้สูงอายุ ให้สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตได้ และช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ด้วยความเข้มแข็ง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข ในชีวิต

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

3.1 ความหวัง ไม่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความหวัง อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 39.24, SD = 3.33$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ความหวังแสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีแรงขับในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ ซึ่งอาจเกิดจากการสูญเสีย หรือมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในชีวิต ความหวังมีพื้นฐานจากการที่ผู้สูงอายุปรารถนา ที่จะประสบความสำเร็จ มีเป้าหมายในชีวิต (Herth, 1993) ความหวังเป็นองค์ประกอบสำคัญ ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ช่วยให้บุคคลมีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญ ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และรับรู้ว่ามีสิ่งที่คุณค่าไม่ใช่สิ่งที่ยึดแน่นเกินกว่าที่จะแก้ไขได้ (Stephenson, 1991) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุมีความหวัง อยู่ในระดับสูง แต่ยังไม่มากพอที่จะมีอิทธิพลต่อการแสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีแรงขับในการที่จะเผชิญปัญหาในยามที่ผู้สูงอายุมีความทุกข์ ซึ่งเมื่อเกิดจากการสูญเสีย หรือมีความไม่แน่นอนเกิดขึ้นในชีวิต ผู้สูงอายุอาจไม่มีความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการเผชิญความทุกข์ทรมานต่าง ๆ จากการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่า คะแนนความหวัง ไม่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ นอกจากนี้ยังอาจมีเหตุผลอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ความเข้าใจที่แตกต่างเกี่ยวกับความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่แตกต่างกัน ความหวังมักจะหมายถึงความคาดหวังของบุคคลสำหรับผลลัพธ์ที่ดีและเป้าหมายส่วนบุคคล ในขณะที่ความผาสุกทางจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับความรู้สึกถึงจุดมุ่งหมาย การเชื่อมโยง และความสงบภายใน ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนาหรือความเชื่อเกี่ยวกับชีวิต แม้ว่าทั้งสองอาจทับซ้อนกันได้ แต่ก็ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กันเสมอไป ความแตกต่างส่วนบุคคลในการเผชิญกับปัญหา ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอาจอยู่ในบ้านพักคนชรา อาจเผชิญกับความชรา โรคภัย และการใช้ชีวิตในบ้านพักคนชราที่แตกต่างกัน บางคนอาจพึงพาศรัทธาหรือจิตวิญญาณมากกว่า ขณะที่บางคนอาจพึงพาครอบครัวหรือเป้าหมายส่วนบุคคล ความแตกต่างนี้เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่อธิบายว่าความหวังอาจไม่ได้มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในลักษณะที่เหมือนกันสำหรับผู้สูงอายุทุกคน ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมของบ้านพักคนชราสามารถมีผลต่อทั้งความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณในรูปแบบที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ตัวอย่าง เช่น รูปแบบการทำงานของสถาบัน การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพอาจช่วยเพิ่มหรือลดความหวังที่ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเหล่านี้ ซึ่งทำให้ยากที่จะทำนายทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับความหวังได้ สถานะทางสุขภาพ โรคเรื้อรัง การเสื่อมถอยทางสติปัญญา หรือข้อจำกัดทางร่างกาย

อาจส่งผลต่อความหวัง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตัวอย่างเช่น ผู้อยู่อาศัยที่มีอาการปวดหรือเสื่อมถอยทางสติปัญญาอาจมีการรับรู้ถึงหวังน้อยลง ไม่ว่าจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นอย่างไร **ปัจจัยทางจิตวิทยาและอารมณ์** ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือการขาดเจ็บในอดีต อาจมีผลต่อทั้งความหวังและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้ยากที่จะพึ่งพาความหวังเพียงอย่างเดียวในการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลในบ้านพักคนชราที่ทำการศึกษานี้ได้

3.2 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว อยู่ในระดับต่ำ ($M = 29.78, SD = 2.53$) และไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างนี้ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ มีพลังใจ และพร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมิที่สนคดี และพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม มีความเข้าใจ เอาใจใส่ให้กำลังใจและมีทัศนคติทางบวก มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับงาน รวมทั้งวิธีแก้ไขปัญหา เต็มใจที่จะรับฟังสนทนา ให้คำแนะนำตลอดจนดูแลและห่วงใยและให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ (Thomas, Vaccaro, & McNamara, 1992) อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุนั้นที่อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก การสนับสนุนจากครอบครัวยังไม่มากพอที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ หรือมีพลังใจ และทำให้ผู้สูงอายุไม่พร้อมก้าวผ่านหรือฝ่าฟันกับปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่า คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวไม่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนได้ ทั้งนี้การสนับสนุนจากครอบครัวอาจไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราที่ทำการศึกษานี้ได้ ยังอาจเกี่ยวเนื่องจากปัจจัยที่ซับซ้อนหลายประการ แม้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวจะสามารถมีผลในเชิงบวกต่อความเป็นอยู่ทางอารมณ์และจิตใจได้ แต่ความผาสุกทางจิตวิญญาณมักได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่หลากหลายกว่ามาก รวมถึงความเชื่อส่วนบุคคล ประสบการณ์ส่วนตัว และสภาพแวดล้อมในบ้านพักคนชรา นี่คือลักษณะสำคัญที่ทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวอาจไม่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราได้เสมอไป โดย ความเชื่อและการปฏิบัติทางจิตวิญญาณส่วนบุคคล ความผาสุกทางจิตวิญญาณมักเป็นเรื่องส่วนบุคคลอย่างลึกซึ้งและเกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราอาจมีการปฏิบัติทางศาสนาหรือจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งซึ่งไม่ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว ขณะที่บางคนอาจไม่มีความสนใจทางจิตวิญญาณมากนัก ไม่ว่าจะมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือไม่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลนั้นถูกกำหนด

โดยปัจจัยภายในมากกว่าภายนอก 2) การสูญเสียการเชื่อมต่อกับครอบครัว ผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราบางคนอาจมีการติดต่อกับครอบครัวที่จำกัดเนื่องจากระยะทางที่ห่างไกล การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างครอบครัว หรือความต้องการในการดูแล ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเชื่อมโยงทางจิตวิญญาณ โดยไม่คำนึงถึงระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ความผาสุกทางจิตวิญญาณอาจพึ่งพากิจกรรมในชุมชนหรือกิจกรรมทางศาสนาในบ้านพักคนชราได้มากกว่าการมีส่วนร่วมจากครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสภาพแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยอาศัยอยู่สามารถส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ ตัวอย่างเช่น บางบ้านพักคนชราอาจมีการให้บริการโปรแกรมทางศาสนาหรือจิตวิญญาณ หรือมีการจัดพื้นที่สำหรับการทำสมาธิที่ส่งเสริมการเติบโตทางจิตวิญญาณ 4) ความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเจเนอเรชัน การสนับสนุนจากครอบครัวอาจได้รับอิทธิพลจากความแตกต่างทางเจเนอเรชันหรือวัฒนธรรม คนรุ่นใหม่อาจมีมุมมองทางศาสนาหรือจิตวิญญาณที่แตกต่างออกไป หรือผู้สูงอายุอาจเติบโตขึ้นมาพร้อมกับความคาดหวังที่แตกต่างเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว ความไม่เข้าใจนี้อาจส่งผลกระทบต่อวิธีที่ความต้องการทางจิตวิญญาณได้รับการเข้าใจและตอบสนอง ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนจากครอบครัวอาจไม่ตรงกับ การปฏิบัติและความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราเสมอไป 5) ปัญหาสุขภาพและสมอง ผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชราหลายคนอาจมีปัญหาสุขภาพทางสมองหรือทางร่างกาย (เช่น ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะซึมเศร้า) ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ในกรณีเหล่านี้ ผู้พักอาศัยอาจมีปัญหาในการเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือไม่ ปัญหาสุขภาพยังสามารถลดความสามารถในการสื่อสารหรือแสดงความต้องการทางจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ 6) สภาพจิตใจและอารมณ์ สภาพจิตใจของผู้พักอาศัย รวมถึงความรู้สึกเศร้าใจ ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียความเป็นอิสระหรือเพื่อนฝูง สามารถขัดขวางความผาสุกทางจิตวิญญาณของพวกเขาได้ แม้ว่าจะมีการสนับสนุนจากครอบครัว ความท้าทายทางอารมณ์เหล่านี้อาจมีความสำคัญมากกว่า จนทำให้ความกังวลทางจิตวิญญาณถูกบดบังไป ผู้พักอาศัยที่รู้สึกวิตกกังวลอาจพบว่าเป็นเรื่องยากที่จะสัมผัสถึงความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ 7) คุณภาพของการสนับสนุนจากครอบครัว คุณภาพของการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถแตกต่างกันไป สำหรับบางคน การติดต่อกับครอบครัวอาจเป็นเพียงเรื่องผิวเผินหรือเน้นไปที่ความต้องการด้านวัตถุ โดยไม่ใส่ใจถึงความต้องการทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณที่ลึกซึ้ง ในบางกรณี ครอบครัวอาจไม่เข้าใจหรือให้ความสำคัญกับความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้พักอาศัย นำไปสู่ความไม่ตรงกันระหว่างการสนับสนุนที่ให้และความต้องการทางจิตวิญญาณที่ผู้พักอาศัยต้องการ 8) สถาบันศาสนาหรือจิตวิญญาณ บางบ้านพักคนชราอาจมีความเชื่อมโยงที่

แข็งแกร่งกับองค์การศาสนาหรือจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถให้การบำรุงทางจิตวิญญาณแก่ผู้พักอาศัยได้ โดยไม่คำนึงถึงการสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าร่วมบริการทางศาสนา กลุ่มสวดมนต์ หรือการปรึกษาทางจิตวิญญาณอาจมีความสำคัญต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าการมีส่วนร่วมจากครอบครัว

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยที่เป็นตัวแปร ปกป้อง (Protective factors) ที่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน ได้แก่ ความสามารถในการยื่นหยัดเผชิญวิกฤต การสนับสนุนจากเพื่อนและบุคลากร ไปเป็นแนวทางในการพัฒนา เช่น การจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ชุมชน หรือการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่การพัฒนา แนวทางป้องกันหรือลดปัญหาต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพจิต

2. ผู้บริหาร บุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้อง และพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำผลการวิจัยนี้ เสนอต่อหน่วยงานต่าง ๆ กำหนดเป็นนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. ด้านการศึกษา คณาจารย์ และนักศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

4. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับผลของโปรแกรมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนางานวิจัยแบบทดลองในการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

3. ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามผลของความผาสุกทางจิตวิญญาณและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และผสมผสานงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย

บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai Mental Health Indicator-15*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ดัชนีความสุขทางรอดของสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์.

กรมสุขภาพจิต. (2556). *คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดูแลสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ พับลิชชิง.

กัลยา พลอยใหม่. (2545). *ความผาสุกทางวิญญาณของเด็กวัยรุ่น*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2564). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ ข้อมูล (Vol. 33)*. กรุงเทพฯ: สามลดา.

จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์. (2541). *ความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จุฑารัตน์ แสงทอง.(2560). *สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ Aging Society (Complete Aged): The elderly condition of good quality*. *วารสารกึ่งวิชาการ*, 38(1), 1-27.

��ชวาล วงศ์สารี. (2560). *ผลกระทบหลังการเกิดภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*. 23(4), 680-689.

ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). *ความผาสุกทางจิต วิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.ชนัดดา ผาตุกมูล. (2545). *สภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ากับการรักษา ณ วัดพระบาท น้ำพุจังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิต วิทยาลัย,จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

นงลักษณ์ บุญไทย (2539). *ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฤดีมาศ พุทธิมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โปธิบาล. (2562). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 61-74.

ประเวศ ะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงาน ปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ : การนำใช้*. คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรจันทร์ สุวรรณชาติ. (2534). *พยาบาลกับการดูแลบุคคล*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

ศูนย์อนามัยที่ 5. (2563). *ปิรามิดประชากร เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2563*. เข้าถึงได้จาก

<http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/populationpyramid/region?year=2020&rg=05>

วงรัตน์ ไสสุข. (2544). *ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไล คุปต์นริศศิษกุล. (2561). *การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย*. กรุงเทพฯ : ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัย.

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

สายฤดี วรกิจโกคาทร, ประภาพรรณ จูเจริญ, กมลพรรณ พันพืง, สาวิตรี ทานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด (2550). *ระบบการดูแลของผู้สูงอายุ. ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงอายุ : การทบทวนแนวคิดและองค์ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุจิตรา บุญประเสริฐ. (2550). *การรับรู้ความสามารถในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2555*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สันทัด เสริมศรี. (2539). *ประชากรศาสตร์ทางสังคม*. นครปฐม: ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รัตนพันธ์. (2540). *ปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี. (2552). *คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- แสงเดือน พรหมแก้วงาม และอรัญญา นามวงศ์. (2560). ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 204-213.
- ฤดีมาศ พุทธมาตย์. (2562). *การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Berns, R. N. (2004). *Child Family, School, Community: Socialization and Support* Thomson: Australica: Wadsworth.
- Blankfeld, D. F., & Holahan, C. J. (1996). Family support, coping strategies, and depressive symptoms among mothers of children with diabetes. *Journal of Family Psychology*, 10(2), 173.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (6th ed.). St. Louis, MO: Sauders Elsevier.
- Chavapattanakul, P., Wongkumsin, T., & Kongkasuwan, R. (2020).** The Relationship between Resilience Quotient, Social Support and Spiritual Well-Being of Caregivers of Patients with Hemiplegia. *Siriraj Medical Journal*, 72(3), 245-252.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Phychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Cobb, M., & Forman, D. (1997). Review of the meaning of spirituality. *Journal Adv Nurs*, 26(6), 1183-1188.
- Dufault, K., & Martocchio, C. B. (1985). Hope: Its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379-391.
- Duran, S., Avci, D., & Esim, F. (2020). Association Between Spiritual Well-Being and Resilience Among Turkish Hemodialysis Patients. *Journal of Religion and Health*, 59(6), 3097– 3109.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183-1188.
- Ellison, C. W., & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 35–48.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(1), 124-35.
- Gray, J., & Carson, C. (2002). Mastery over stress among women with HIV/AIDS. *Journal Assoc Nurs AIDS Care*, 13(4), 43-57.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today: Gaining strength from adversity*. Westport: Praeger.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminal-ill people. *Journal of Advance Nursing*, 15(1), 1250-1259.
- Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2), 1251-1259.
- Herth, K. (1993). Hope in Older Adults in Community and Institutional Settings. *Journal Issues in Mental Health Nursing*, 14(2), 139-156.
- House, J. S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., & Williams, D. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health*, 1(1), 83–108.
- Hubbard, P., Muhlenkamp, A. F., & Brown, N. (1984). The relationship between social support and self-care practices. *Nursing Research*, 33(5), 266–270.
- Javanmardifard, J., Heidari, J., Sanjari, M., Yazdanmehr, M., & Shirazi, F. (2020). The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 19(1), 941–950.

- Jiang, W., & Li, X. (2020). Fear of death and its association with mental health in older adults: A longitudinal study. *Journal of Aging & Mental Health, 24*(5), 748-756.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1638200>
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (2021). The care and treatment of older adults in residential care settings: Balancing autonomy and regulation. *Journal of Aging & Social Policy, 33*(4), 345-360.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1872456>
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care, 15*(5), 47-58.
- Kemp, C. (1999). *Lerminal Illness: Psychosocial Needs. Problem, and Intervention*. Texas: WY publication.
- Kim, I. K., & Kim, C.-S. (2003). Patterns of family support and the quality of life of the elderly. *Social Indicators Research, 62*(1-3), 437-454.
- Liu, Y., & Wang, W. (2021). The relationship between physical decline and emotional well-being in elderly populations in long-term care facilities. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 76*(4), 623-630. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbz101>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-56.
- Nowotny, M. L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: development and instrument. *Oncology Nursing Forum, 16*(1), 57-61.
- Ozdemir, A. A., Buda, F. K., Dural, G., & Gultekin, A. (2022). The Relationship Between Spiritual Well-Being, Life Satisfaction and Hope in Elderly Individuals in Turkey. *Journal of Religion and Health, 32*(4), 574-579.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. *Journal Psychol Theol. 19*, 56-70.
- Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2021). Spirituality in the aging process: The role of spiritual practices and meaning-making in older adults' mental health. *Aging & Mental Health, 25*(5), 865-874. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1674970>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (2020). Loneliness and social isolation in older adults: A review of the literature. *Journal of Aging & Social Policy, 32*(3), 300-316.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1763493>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Roderick, J. A. L., & Donald, B. R. (2002). *Statistical Analysis with Missing Data* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2000). *Social psychology* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Temel, F. Z., & ve Aksoy, A. (2001). *Ergen ve geliřimi*. Ankara: Nobel Yayın.
- Teufel-Shone, N. I., Staten, L. K., Irwin, S., Rawiel, U., Bravo, A. B., & Waykayuta, S. (2005). Family cohesion and conflict in an American Indian community. *American Journal of Health Behavior*, 29(5), 413-422.
- United Nations. (2019). *Ageing*. Retrieved from <https://www.un.org/en/sections/issuesdepth/ageing/>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wannapa, S. (2006). *Predicting Factors of Spiritual Well-Being in Persons Living with HIV Infection*. Dissertation, Faculty of Nursing, Mahidol University.
- World Health Organization. (2001). "WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age". from http://www.who.int/ageing/publication/Falls_prevention7March.pdf
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health*, 2, 373-381. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009. PMID: 29349154; PMCID: PMC5758000.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ชนิดดา แนบเกษร สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
- 2.รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา
- 3.อาจารย์ ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี





ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง หรือเติมคำตอบลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ 1. 2. 3. 4.

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง อายุ.....ปี
2. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ
3. สถานภาพสมรส
 - 1. โสด 2. สมรส 3. แยกกันอยู่
 - 4. หม้าย 5. หย่า 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ต่ำกว่าประถมศึกษาและอ่านไม่ออก
 - 3. ต่ำกว่าประถมศึกษาแต่อ่านออก 4. ประถมศึกษา
 - 5. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า 6. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 - 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า 8. สูงกว่าปริญญาตรี

11. ใน 1 ปี ที่ผ่านมา สามี-ภรรยา / พี่น้อง /ญาติ / คนรู้จัก มาเยี่ยม

- ไม่เคยมาเยี่ยมเลย
- น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง
- 1 ครั้งต่อเดือน
- มากกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ไม่มี
- มี โรค.....



ส่วนที่ 2 แบบวัดเชิงคัดกรอง

ส่วนที่ 2.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (TMSE – Thai Mental State

Examination)

1) คำชี้แจง TMSE (Thai Mental State Examination) แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย จำนวน 6 ตอน มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน

1.Orientation (6 คะแนน)	Points
วันนี้ เป็นวันอะไร	
วันนี้ วันที่เท่าไร	
เดือนนี้ เดือนอะไร	
ขณะนี้ เป็นช่วงเวลาตอนไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)	
ที่นี่คือที่ไหน	
คนที่เห็นในภาพมีอาชีพอะไร	
	
2. Registration (3 คะแนน)	Points
บอกสิ่งของต่อไปนี้เพียงครั้งเดียว แล้วให้ผู้สูงอายุพูดตามที่บอก	
ดอกไม้	
แม่น้ำ	
รถไฟ	

3.Attention (5 คะแนน)	Points
บอกวันย้อนหลัง เราเริ่มบอกที่ อาทิตย์ - เสาร์ - ศุกร์ (ผู้สูงอายุตอบซ้ำได้ 1 รอบ) พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	
.	
6.Recall (3 คะแนน)	Points
ถามของ 3 สิ่งเมื่อสักครู่นี้ให้จำ ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ	
รวมคะแนน	

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับภาวะความผาสุกทางจิตวิญญาณ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยที่ตรงกับใจท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ท่านพบว่าท่านไม่ค่อยพึงพอใจมากนักในการสวดมนต์หรือ ปฏิบัติศาสนกิจ						
2.	ท่านไม่รู้ว่าท่านเป็นใคร มาจากไหน และ จะดำเนินชีวิตไปทางใด						
3.	ท่านเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์เมตตาและดูแลท่านอยู่						
4.	ท่านรู้สึกว่าคุณชีวิตของท่านมีประสบการณ์ที่ดี						
5.	ท่านเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ไม่เป็นมิตรและไม่สนใจในการ ช่วยเหลือในชีวิตประจำวันของท่าน						
6.	.						
7.	.						
8.	.						
9.	.						
10.	.						
11.	.						
12.	.						
13.	.						
14.	.						
15.	.						
16.	.						

ลำดับ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
17.	การสวดมนต์หรือการทำสมาธิทำให้ท่านมีจิตใจที่สงบ						
18.	ชีวิตท่านไม่มีความหมายเท่าใดนัก						
19.	แม้ว่าท่านจะเจ็บป่วยทางกายแต่ศาสนาก็ช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบ และไม่ไร้วัน						
20.	ท่านเชื่อว่าในชีวิตของท่านยังมีเป้าหมายที่สามารถเป็นจริงได้						

ส่วนที่ 4 แบบวัดพลังสุขภาพจิต

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับพลังสุขภาพจิตของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริง โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเกณฑ์ในการเลือกตอบ มีดังนี้

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่ เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่ เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. เมื่อใดที่ท่านวางแผนแล้วท่านจะลงมือทำตามแผนนั้น						
2. ท่านมักจัดการอะไรด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเสมอ						
3. ท่านสามารถจัดการกับตนเองได้มากกว่าใคร ๆ						
4. การจดจ่ออยู่กับสิ่งต่างๆ เป็นเรื่องสำคัญสำหรับท่าน						
5. ท่านสามารถอยู่กับตัวเองได้หากจำเป็น						
6. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อท่านทำอะไรสำเร็จในชีวิต						
7. ท่านมักจัดการอะไรได้สำเร็จเสมอ						
8. ท่านเป็นเพื่อนที่ดีกับตัวเอง						
9. ท่านคิดว่าท่านสามารถทำงานหลายอย่างได้ในเวลาเดียวกัน						
10. ท่านเป็นคนมีความตั้งใจแน่วแน่						
.						
.						

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่ เห็น ด้วย เล็กน้อย	ไม่ เห็น ด้วย ปาน กลาง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
.						
22. ท่านไม่หมกมุ่นคิดอยู่กับเรื่องราวที่ ท่านทำไม่ได้						
23. เมื่อมีความยุ่งยาก ท่านมักหา ทางออกได้เสมอ						
24. ท่านมีพลังกำลังมากพอที่จะทำในสิ่ง ที่ต้องการ						
25. "ไม่เป็นไรถ้ามีคนไม่ชอบท่าน"						

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความหวัง

คำชี้แจง ข้อความที่ท่านจะได้ยินต่อไปนี้ เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับตัวท่านและชีวิตของท่าน เมื่อ

พิจารณาแล้วว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ให้เลือกข้อนั้นเพียงคำตอบเดียว

ลำดับ	ความหวัง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ท่านมองชีวิตในแง่ดี				
2.	ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต จิตใจ				
3.	ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว				
4.	ท่านเห็นว่าชีวิตท่านยังมีความหวัง รำไร				
5.	.				
6.	.				
7.	.				
8.	.				
9.	.				
10.	.				
11.	.				
12.	ท่านรู้สึกว่าคุณค่าและมี ความหมาย				

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดตอบโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

ที่ ลำดับ	แรงสนับสนุนจากครอบครัว	เป็นจริง ส่วนใหญ่	เป็นจริง บางครั้ง	ไม่ค่อย เป็นจริง	ไม่เป็น จริงเลย
1.	สมาชิกในครอบครัวท่านมาเยี่ยมท่าน สม่ำเสมอ				
2.	สมาชิกในครอบครัวท่านยินดีช่วย จัดการ ธุระต่าง ๆ ให้ท่าน				
3.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวไม่ค่อยมี ความขัดแย้งกัน				
4.	.				
5.	.				
6.	.				
7.	.				
8.	.				
9.	.				
10.	ญาติพี่น้องให้ความสนใจท่าน สม่ำเสมอ				

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
คำชี้แจง โปรดตอบโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ลำดับ	แรงสนับสนุนจากเพื่อน และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	เป็นจริง ส่วนใหญ่	เป็นจริง บางครั้ง	ไม่ค่อย เป็นจริง	ไม่เป็น จริงเลย
1.	ท่านได้ตัดบัตรตอนเช้าเป็นประจำตามที่ทางศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจัดกิจกรรมนี้ให้				
2.	ท่านได้ไปฟังเทศน์ ฟังธรรมกับเพื่อน ๆ ผู้สูงอายุ				
3.	ท่านได้รับการอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุให้ไปเยี่ยมครอบครัวท่าน				
4.	.				
5.	.				
6.	.				
7.	.				
8.	.				
9.	ท่านมีเพื่อนสมาชิกที่สนิทสนมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ				



ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-066/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS051/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางปริดา จิบโคกหวาย

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการหลัก (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุตมทรัพย์
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการร่วม (สารนิพนธ์/ งานนิพนธ์/ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรพรรณ ศรีโสภา
วิทยานิพนธ์/ ดุษฎีนิพนธ์)

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีพิจารณา : Exemption Determination Expedited Reviews Full Board

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 1 วันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 11 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
- แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 13 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 11 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567





เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย:

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเสถียรทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
เอกชน.....

ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบการได้รับบริการการรักษาพยาบาล และผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)

หมายเหตุ กรณีที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมด้วยการประทับลายนิ้วหัวแม่มือ ขอให้พิมพ์ลายลงลายมือชื่อรับรองด้วย



BUU-IRB Approved

11 Aug 2023

- 1 -

ฉบับที่ 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2566

เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



ที่ อว ๕๔๓๗/๕๖๖๗

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๕ ถ.ภทศบวรมณีสถ.แสนสุข
จ.เมือง ๙.๕๓๒๖๖

๖ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางปิภา จิบโคกหวาย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๑๐๐๔๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเข้าโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเครียดทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุฒพรวิทย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานในพื้นที่ของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนี้

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ขออนุญาตให้บัณฑิตวิทยาลัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน ทั้งอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระดับรุนแรง จำนวน ๑๔๘ คน แบ่งเป็น

- | | |
|---|--|
| ๑. ศูนย์ดูแล โบบอน โฮมแคร์ จำนวน ๒๐ คน | ๒. ศูนย์ดูแล คามิลเลียน สาทรธานี จำนวน ๕๓ คน |
| ๓. ศูนย์ดูแล บ้านใกล้รั้ว จำนวน ๑๖ คน | ๔. ศูนย์ดูแล บ้านแสงตะวัน จำนวน ๒๗ คน |
| ๕. ศูนย์ดูแล มุฑิตา เนอร์สซิ่งโฮม จำนวน ๑๖ คน | ๖. ศูนย์ดูแล แอปปีโอทีเอส จำนวน ๑๖ คน |

ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อบัณฑิตวิทยาลัย
ข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๕-๐๐๓-๔๓๓๓ หรือที่ E-mail: 64910046@jo.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑนา รังสีโยภภัส

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑนา รังสีโยภภัส

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๘๕ ๐๐๓ ๕๐๐ ต่อ ๕๐๕, ๕๐๕, ๕๐๗

E-mail: grd.buu@jo.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๑๓๓/๒๖๒๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๒๖๕ ถ.สิงหนครสามเสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑๑

๖ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ แอปปีโอทีเพลส

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
- ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวนางปวีณา จีบโคกหวาย รหัสประจำตัวนิสิต ๒๕๔๓๐๐๕๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติค่าโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความฉลาดทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เองอุตมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนี้

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้มีลิสต์รายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจนพักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระดับรุนแรง จำนวน ๑๖ คน ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อมีลิสต์รายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๐๐๓-๔๑๑๑ หรือที่ E-mail: 64910046@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา



ดร.พิมพ์นา รุ่งสียോഗถ์

ขอแสดงความนับถือ

พิมพ์นา รุ่งสียോഗถ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์นา รุ่งสียോഗถ์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๘๘ ๓๐๒ ๗๐๐ ถึง ๗๐๓, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: gsd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๓๓/๒๖๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๒๖๕ ถ.สิงหนาทบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๖ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มุติลา เนอร์สซิ่งโฮม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางปวีณา จีบโคกหวาย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๑๐๐๕๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความห่างทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงี่ยมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตดังกล่าวแนบข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน ทักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระดับรุนแรง จำนวน ๑๖ คน ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตดังกล่าวแนบข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๓-๐๐๓-๕๓๑๓ หรือที่ E-mail: 64910046@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๓๐๒ ๓๐๐ ต่อ ๓๐๖, ๓๐๕, ๓๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

ภัณฑานา รังสิโยภาส์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัณฑานา รังสิโยภาส์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา





ที่ อว ๘๑๓๗/๕๓๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๓๖๙ ต.ภทตบถบ้านแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๔ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการบ้านสวนสมเด็จพระศรีนครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางปริษา จิบโคกหวาย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๓๐๐๔๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติได้ทำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความเสถียรทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุณหวิทย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน ทักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระยะต้นรุนแรง จำนวน ๒๗ คน แบ่งเป็น ในระหว่างวันที่ ๑๐ - ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๙-๐๐๓-๕๓๑๑ หรือที่ E-mail: 64910046@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

สัมพันธ์า รังสิโยภาด

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัมพันธ์า รังสิโยภาด)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๘๙ ๕๐๒ ๕๐๐ ต่อ ๕๐๕, ๕๐๗

E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ต่อที่ปรึกษาทีมวิจัย
สัมพันธ์า . รังสิโยภาด





ที่ ๒๖ ๕๕๓๓/๒๕๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๕๖๓ ๘ สภากาชาดสวน ส.ม.บ.บุรี
๕.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๖ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอขานุญาตรับใช้ครูเพื่อดำเนินการวิจัย

เรื่อง ผู้ชำนาญการศูนย์ศูนย์ดูแลฯ บ้านโคกสี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารใบร้องขอขานุญาตวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา

๒. สำเนาบัตรที่ส่งในการวิจัย

ศึกษานานาชาติ ไปศึกษาหา เพื่อประจำตัววิจัย ๒๕๖๓๐๐๑๖ นี้คือที่ศูนย์พัฒนาทางสังคมมหาวิทยาลัย
สาขาวิชาการศึกษาและวัฒนธรรมและสุขภาพจิต คณะศึกษาศาสตร์ ใฝ่ใจในศูนย์วิจัยสังคมวิทยาชุมชนเมือง "ชีวิต
ด้านจิตวิทยาที่มีชีวิตและสังคมสุขภาพจิตในสังคมและสังคมในศูนย์ดูแลผู้ดูแลผู้ดูแล" โดยมี รองศาสตราจารย์
ศร.ภักดิ์ เสงี่ยมทรัพย์ เป็นประธานกรรมการศูนย์วิจัยวิจัย และเสนอขอขานุญาตดำเนินการในกรณีนี้
เพื่อดำเนินการวิจัย

ในกรณี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอขานุญาตให้วิจัยที่ระบบงานด้านดำเนินการบริหารงานที่ดูแล
จากศูนย์วิจัย ๒๐ ปีขึ้นไป ที่ในหลายหลายที่ดำเนินการในศูนย์ดูแลผู้ดูแลผู้ดูแลฯ จันทบุรีครบถ้วน สามารถสื่อสารและ
เข้าใจภาษาไทยได้ทั้งหมด ทั้งอยู่ในศูนย์ดูแลผู้ดูแลผู้ดูแลฯ จำนวน ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีการโรคของผู้อื่น เป็นผู้ดูแล
ที่ไม่มีการสอบสวนฯ ไม่เป็นโรคติดต่อ และโรคทางกายและจิตเวช จำนวน ๑๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม
พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั้งนี้ สามารถติดต่อมีชื่อรายงานเข้ามาได้ที่หมายเลขโทรศัพท์
๐๘๐-๐๐๘-๕๕๕๕ หรือที่ E-mail: ๕๕๓๓๐๐๑๖@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

Handwritten signature and date
๒๗ ๙ ๒๕๖๓

พัลลภา รังสีโยภภัส
ผู้อำนวยการศูนย์ ส.ม.บ.บุรี
รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
TMS and web site #0 #0 #0๕, #๐๕, #๐๕
E-mail: pd.buu@go.buu.ac.th





ที่ อว ๘๑๗/๒๖๒

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๒๖๙ ถนนศาลายาถนน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตให้ปล่อยเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คามินเทียน สาทราน

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
- ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางเปริมา จินโศกพราย รหัสประจำตัวนิสิต ๖๕๖๑๐๐๔๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความมาตุลาทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุก่อนศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ศรภรณ์พร เสงอุตมพรชัย เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอขอคำแนะนำของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตศึกษารายงานข้างต้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ชัดเจน พักอยู่ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระดับรุนแรง จำนวน ๕๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตศึกษารายงานข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖-๐๐๓-๔๑๑๓ หรือที่ E-mail: 64910046@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๘๙ ๓๐๒ ๙๐๐ ต่อ ๙๐๖, ๙๐๕, ๙๐๙
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

ศักดิ์เทพา รังสีไยภพ

(ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ คามินเทียน สาทราน)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา





ที่ ๐1 ๕๕๖๗/๒๐๒๓

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.เทศบาลนครชลบุรี
จ.เมืองจ.ชลบุรี ๒๐๑๓๓

๒ กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอลงนามขึ้นชื่อเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ โบบอน โฮมแคร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
- ๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้าพชานภานา จินตไพฑูริย์ รหัสประจำตัวนิสิต ๒๕๕๓๑๐๑๕๖ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงการวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันทางใจในผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ภรณีพร เสธะสุตพรวิทย์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอหน่วยงานของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยขึ้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอขออนุญาตให้ นิสิตศึกษาดุษฎีบัณฑิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชน จังหวัดนครปฐม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีจน พักอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเอกชนอย่างน้อย ๓ เดือนขึ้นไป ไม่มีภาวะโรคสมองเสื่อม เป็นผู้สูงอายุที่มีสมาชิกครอบครัว ไม่เป็นโรคจิตเวช และโรคทางกายระยะต้นรุนแรง จำนวน ๒๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตศึกษาดุษฎีบัณฑิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๕๕-๐๐๙-๕๕๕๕ หรือที่ E-mail: 64910016@buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

อัทธนา รังสีโยภัส

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัทธนา รังสีโยภัส)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ที่งานบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๙๕ ๕๐๒ ๕๐๐ หรือ ๐๖๔, ๐๖๕, ๐๖๖
E-mail: gnd.buuggo.buu.ac.th



ในนามโครงการฯ ได้เข้ารับทราบกับ ผอ.มว
ตามทงฉบับแจ้งข้างต้นแล้ว
กิตา รณนโรจน์นาค นิสิต



ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางปวีณา จิบโคกหวาย
วัน เดือน ปี เกิด	2 ตุลาคม พ.ศ. 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดแพร่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	30 หมู่ 6 ตำบลบางกระทีก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2560- ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ บ้านริมสวน เนอร์สซิ่งโฮม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรังสิต พ.ศ. 2564 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) มหาวิทยาลัยบูรพา