

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

Factors Related to Spiritual Well-being among Caregivers of Elderly with Chronic Illness in Community

ศตวรรษ อุดรศาสตร์* วิราวรรณ คำหวาน* จตุพร จำรองเพ็ง*

สุรพันธ์ สืบเนียม* ธนพล บรรดาศักดิ์** สุมาลี กิจพฤษ์***

Sattawas Udonsat* Wiravan Kumvan* Jatuporn Jumrongpeng*

Suraphan Seubniam* Thanapol Bundasak** Sumalee kitpruk***

Received : 21/7/64

Revised : 26/12/64

Accepted : 28/12/64

บทคัดย่อ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกมิติหนึ่งของการดูแลภาวะสุขภาพแบบองค์รวม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 92 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 3) แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล 5) แบบวัดภาวะของผู้ดูแล 6) แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล 7) แบบประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และ 8) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ซึ่งแบบประเมินในส่วนที่ 3, 4, 5, 6, และ 8 มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95, .96, .97, .90, และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก (Mean=81.88, S.D.=7.69) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ($r = .711, p < .01$) ภาวะของผู้ดูแล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่

*ผู้รับผิดชอบหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม Email: Sattawas9@gmail.com

*Faculty of Nursing, Mahasarakham University

**Boromarajonani College of Nursing, Phraphutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok

***Banboyai Health Promotion Hospital

*Corresponding Author: Faculty of Nursing, Mahasarakham University Email:Sattawas9@gmail.com

($r = -.663, p < .01$) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ($r = .566, p < .01$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .367, p < .01$) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .336, p < .01$)

สรุป การศึกษาครั้งนี้ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมผู้ดูแลด้านการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตระหนักถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล

คำสำคัญ : ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ABSTRACT

Spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness is essential element of holistic care. This research aimed to study level of spiritual well-being of caregivers and factors related to spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community. Ninety-two family caregivers of elderly with chronic illness in Bo Yai Subdistrict, Borabue district, Mahasarakham province were recruited in the study by using the simple random technique. Research instruments consisted of 7 parts: 1) Demographic Data Questionnaire of Caregivers and Elderly with Chronic Illness, 2) The Barthel of Activities of Daily Living Index, 3) The Caregiver and Patient Relationship Interview Form, 4) The Social Support Interview Form, 5) The Zarit Burden Interview Form, 6) The Religious Activities Interview Form and 7) The Spiritual Well-Being of Caregiver Interview Form. The Caregiver and Patient Relationship Interview Form, The Social Support Interview Form, The Zarit Burden Interview Form, The Religious Activities Interview Form and The Spiritual Well-Being of Caregiver Interview Form, reliability coefficients of these five instruments were .95, .96, .97, .90, and .95 respectively. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that level of spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community was rated at a high level ($M=81.88$, $SD=7.69$). Factors that correlated with spiritual well-being among caregivers with chronic illness in community were the social support of caregiver ($r = .711$, $p < .01$), the caregiver burden ($r = -.663$, $p < .01$), the religious activity of caregiver ($r = .566$, $p < .01$), the caregiver and patient relationship ($r = .367$, $p < .01$) and activities of daily living of elderly with chronic illness ($r = .336$, $p < .01$).

In conclusion, this study provided body of knowledge about the spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness in community. the findings suggest that nurses and healthcare providers may apply these results to serve as baseline data for development of interventions aimed at enhancing spiritual well-being among caregivers of elderly with chronic illness through promoting social support, religious activity, caregiver and patient relationship, activities of daily living of elderly with chronic illness and aware of burden as perceived by these caregivers.

Keywords: Spiritual well-being, Caregivers, Elderly with chronic illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 คงปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญที่สุด คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทั่วโลกที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 จำนวนทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งประเทศ¹ จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ทั่วโลก จังหวัดมหาสารคาม เป็นอีกจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ เป็นตำบลขนาดใหญ่ มีทั้งหมด 15 หมู่บ้าน เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีผู้สูงอายุมากถึง 2,202 คน¹ คิดเป็นร้อยละ 20.33 จึงจัดได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้วเช่นกัน การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสาธารณสุขตามมา โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ร่วมกับการเสื่อมชราไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน เป็นเหตุให้ต้องมีบุคคลคอยทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง หรือที่เรียกว่า “ผู้ดูแล” บทบาทการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมถึงการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพร่างกาย ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้ง

ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทางร่างกายพบว่า ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย รับประทานอาหารไม่ตรงตามเวลา โรคประจำตัวเดิมกำเริบจากการไม่มีเวลาไปติดตามการรักษา² ทางจิตใจพบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียด ท้อแท้ และหมดกำลังใจ ตามมาด้วยภาวะซึมเศร้า³ ทางสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ดูแลมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษา⁴ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้นำมาสู่การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของผู้ดูแลและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีวิธีการหลากหลาย ซึ่งบทบาทการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมไปถึงมีสุขภาพที่ดี คือ การได้รับการดูแลอย่างองค์รวม (Holistic care) ประกอบไปด้วยการดูแลทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ การดูแลอย่างองค์รวมจะขาดองค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยพิการหรือมีปัญหาด้านร่างกาย^{5,6} กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช⁷ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไต⁸ แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น การศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและสำคัญอย่างยิ่งในการศึกษา เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานอย่างหนึ่งในการทำหน้าที่ประสานการทำงานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลในชีวิต⁹ และยังช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหากับสถานการณ์ได้ คงไว้ซึ่งความสามารถใน

การดูแล ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุจัดว่าเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องประสบอยู่ตลอดเวลา อาจทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรค ความลำบากใจหรือความรู้สึกเป็นภาระ ดังนั้น ถ้าหากผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ จะทำให้ผู้ดูแลสามารถก้าวข้ามอุปสรรคและปัญหาจากสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลหรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแล กล่าวคือ สภาวะที่ผู้ดูแล มีสติ สมานธิ ปัญญา สามารถรู้เท่าทันโลก เข้าใจตนเอง และมีความสุขสงบต่อการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและการใช้ชีวิต รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย⁵ การรับรู้ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งศาสนา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม⁹ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Transactional Model of Stress and Coping) ของ Lazarus and Folkman¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล เพื่อนำมาอธิบายการเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล และนำมากำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยทฤษฎีกล่าวว่า ความเครียดเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ ซึ่งทั้งสองปัจจัยมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ โดยเฉพาะเมื่อการดำเนินโรคของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการทรุดหนักจากภาวะแทรกซ้อนของโรค อาจส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงการอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

หรือไม่สามารถควบคุมได้ รู้สึกกลัวการสูญเสีย หรือพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกอ้างว้าง สับสน คับข้องใจ รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดภาวะทุกข์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual distress)¹¹ แต่หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้กับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านบวกหรือเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการวิจัยครั้งนี้สามารถแบ่งปัจจัยตามทฤษฎีได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ 1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างคนในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้การดูแลแสดงออกเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจในการดูแล¹² 2) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้งจากสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) ภาวะของผู้ดูแล เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ที่เป็นผลมาจากการดูแล ซึ่งการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวต่อการดูแลของแต่ละบุคคล⁷ และ 4) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล เป็นพฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวกับการกระทำตนตามหลักศาสนา เป็นสิ่งช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้ดูแล ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ส่วนปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยเกี่ยวกับกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่ควรปฏิบัติได้ หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จะนำมา

สู่ความต้องการการดูแลที่มากขึ้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือดูแลมากขึ้น อาจทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายและส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล โดยจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่กล่าวมานี้ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวจึงอาจมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังมีค่อนข้างน้อย ซึ่งรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตและความเชื่อแต่ละพื้นที่ในภูมิภาคอาจมีความแตกต่างกัน โดยตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ มีลักษณะเป็นชุมชนชนบท ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวิถีการดำเนินชีวิตตามวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของชาวภาคอีสาน มีผู้สูงอายุจำนวนมากและได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ตามที่ได้กล่าวมาในข้างต้นแล้ว ส่งผลให้มีผู้ดูแลจำนวนมากขึ้นด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมรูปแบบการดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแล อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

สมมติฐาน

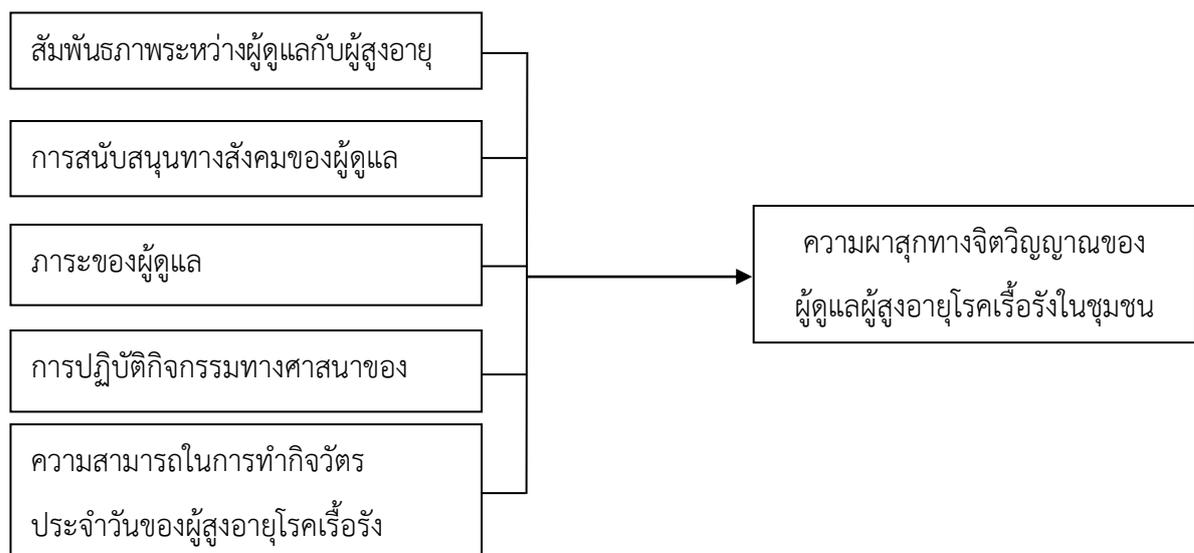
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน
2. ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้มุมมองการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวคิดตะวันออกตามการศึกษาของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ที่กล่าวถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลว่า เป็นสถานะที่ผู้ดูแลมีสติ สมาธิ สามารถรู้เท่าทันโลก และเข้าใจตนเอง มีความสุขสงบ ในการดูแลและการใช้ชีวิตอย่างมีเป้าหมาย โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญกับความเครียด (Transactional Model of Stress and Coping) ของ Lazarus and Folkman¹⁰ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน โดยทฤษฎีนี้กล่าวถึงความเครียดว่าเป็นผลลัพธ์ของบุคคลจากการเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมาจากปัจจัย 2 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยสถานการณ์ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น จะเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดปฏิกิริยา จะประเมินและตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีความสำคัญและรุนแรงต่อตนเองอย่างไร เมื่อบุคคล

ประเมินแล้วว่า สิ่งแวดล้อมนั้นส่งผลเสียหรือความเครียด จะเข้าสู่กระบวนการประเมินชนิดทฤษฎีเพื่อสรรหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น นำเข้าสู่กระบวนการเผชิญความเครียด (Coping) โดยการจัดการมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ เมื่อบุคคลสามารถปรับตัวได้ (Adaptation) ผลลัพธ์ที่ออกมาจะอยู่ในรูปแบบผลลัพธ์ทางบวก (Positive outcomes) ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความรู้สึก รวมถึงความผาสุกจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นกรอบคิดและกำหนดปัจจัยในการศึกษา โดยการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนจัดเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มี

อิทธิพลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาวะของผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ส่วนปัจจัยสถานการณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยหากผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญความเครียดจากสิ่งแวดล้อมได้ จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางลบตามมา แต่หากผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้จะนำมาสู่ผลลัพธ์ทางบวกหรือเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังใน

ชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 425 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 92 คน มีหลักเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้น

ไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนจากการดูแล และมีระยะเวลาในการดูแลไม่ต่ำกว่า 1 เดือน 3) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร หลาน พี่ชาย-พี่สาว น้องชาย-น้องสาว และคู่สมรส 4) มีสติสัมปชัญญะ สามารถรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ โดยเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ในระยะเวลาที่กำหนด 2) ไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูล

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.2¹³ และใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ Correlation: Bivariate normal model กำหนดการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรแบบทางเดียว (One tailed test) กำหนด Effect size ขนาดกลางเท่ากับ 0.3 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ Power of test ที่ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 92 คน โดยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดทำระเบียบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 425 คน นำไปใส่กล่องและสุ่มตัวอย่างรายชื่อโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 92 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ เพศ

การนับถือศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และระยะเวลาในการเป็นโรค

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ เพียงใจ ติรไพรวงศ์¹⁴ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการแสดงความรัก ความเสียสละ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ ความนับถือ ไว้วางใจ การยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และความผูกพัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก รู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา รู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา มีคะแนน 0-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-85 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-28 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับต่ำ 29-56 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับปานกลาง และ 57-85 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล โดยใช้ของ ภรภัทร อิมโธฐ และคณะ¹⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .75 ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ จำนวน 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมิน จำนวน 3 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุน

ด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่มีเลย มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 18-42 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับเล็กน้อย 43-66 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และ 67-90 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดภาวะของผู้ดูแล โดยใช้ของ ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ และคณะ¹⁶ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ/ภาวะเล็กน้อย 21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะอย่างมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล โดยใช้ของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล เช่น การรักษาศีล การทำสมาธิ การแผ่เมตตา การเข้าวัดฟังธรรม การทำบุญ เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า

5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0-6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับต่ำ 7-13 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับปานกลาง และ 14-20 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล¹⁷ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ต่อหน้า 2) การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้สุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาบางส่วน และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ภาวะพึ่งพาลittle

ส่วนที่ 8 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้ของ เสาวภา เล็กวงษ์⁵ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .91 ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความสุขสงบ

ด้านสติ สมาธิและปัญญา และด้านการตั้งเป้าหมาย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีคะแนน 1-5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยค่าเฉลี่ยปรับฐานคะแนนช่วง 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณน้อย 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณปานกลาง และ 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงมาแล้ว และมีการใช้เครื่องมือเหล่านี้กับกลุ่มตัวอย่าง เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้พิการ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น⁵⁻⁷ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้เครื่องมือดังกล่าวในการวิจัย และได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .96 แบบวัดภาวะของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และแบบประเมิน

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่ เพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ดูแลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และทำการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ดูแลตามที่กำหนดไว้ นำรายชื่อทั้งหมดของผู้ดูแลมาทำฉลาก แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 92 คน

3. ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันและเวลาในทุกวันเสาร์และวันอาทิตย์ ทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่าย โดยนัดหมายบริเวณศาลากลางหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เพื่อความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

4. ในวันนัดหมายเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประมาณ 30 นาทีต่อคน โดยเก็บข้อมูลวันละ 8-10 คน จนครบ 92 คน และเมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จ

เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 185-156/2564 รับรองวันที่ 4 มิถุนายน 2564 ถึงวันที่ 3 มิถุนายน 2565 และได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรบือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ในการดำเนินการเก็บข้อมูลโครงการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย ตามเอกสารชี้แจงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลาการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและแผนการรักษา ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อและนามสกุล รวมถึงข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลภายหลังการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรสัมพันธ์ทางระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ภาระของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และความผาสุกทาง

จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ซึ่งได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ผู้ดูแลเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีอายุ 46-59 ปี (ร้อยละ 30.40) รองลงมาเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุ 36-45 ปี (ร้อยละ 26.10) และมีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี (S.D.=15.39) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.00) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 57.60) มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 41.30) รองลงมาอยู่ในช่วงมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 33.70) และมีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแลเฉลี่ย 7.51 ปี (S.D. = 5.84) ส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 6-10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 82.60) และมีจำนวนชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้สูงอายุ 7.74 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 2.23) มีอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 38.00) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.60) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.10) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44.60) รองลงมา 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 41.30) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 96.70)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 58.70) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.20) ได้รับการ

วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.30) รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.40) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 46.70) รองลงอยู่ในช่วงมากกว่า 5-10 ปี (ร้อยละ 33.70)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับสูง (Mean=73.61, S.D.=6.35) การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก

(Mean =70.74, S.D.=8.41) ภาวะของผู้ดูแลเป็นแบบไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย (Mean=9.43, S.D.=4.69) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean=14.32, S.D.=3.16) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะพึงพาเล็กน้อย (Mean =17.00, S.D.=1.58) และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean=81.88, S.D.=7.69) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงค่าคะแนน คะแนนจริง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับของตัวแปรที่ศึกษา (n = 92)

ตัวแปรที่ศึกษา	ช่วงค่าคะแนน	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ	0-85	60-85	73.61	6.35	สูง
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	18-90	49-86	70.74	8.41	มาก
3. ภาวะของผู้ดูแล	0-88	1-22	9.43	4.69	ไม่มีภาวะ/มีภาวะเล็กน้อย
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล	0-20	7-20	14.32	3.16	สูง
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	0-20	14-20	17.00	1.58	ภาวะพึ่งพาเล็กน้อย
6. ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล	20-100	64-96	81.88	7.69	มาก

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล (r = .711, p<.01) ภาวะของผู้ดูแล (r = -.663, p<.01) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล (r = .566,

p<.01) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r = .367, p<.01) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (r = .336, p<.01) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของปัจจัยที่ศึกษากับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (n=92)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล	.711	<.01*
ภาวะของผู้ดูแล	-.663	<.01*
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล	.566	<.01*
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	.367	<.01*
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	.336	<.01*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1) ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน การศึกษาครั้งนี้พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนมีสติ สมาธิ ปัญญา รู้เท่าทันโลก เข้าใจตนเองและชีวิตได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง มีเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่ชัดเจน มีความมั่นคงและความสงบสุขในชีวิต ถึงแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน การมีสติเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และรู้ตัวอยู่เสมอ ไม่ว่าจะกระทำการสิ่งใดๆ การมีสติปัญญาและรู้เท่าทันโลกเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถคิดวิเคราะห์ รู้เท่าทันทุกเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวและมองว่าทุกปัญหาที่เผชิญอยู่มีทางออกเสมอ การเข้าใจตนเองเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตและเข้าใจสัจธรรมของชีวิต การเกิด แก่ เจ็บ และตาย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่ชัดเจน กล่าวคือ การที่ผู้ดูแลมีความหวังในการใช้ชีวิต มีความหวังดีต่อตนเองและผู้สูงอายุ มีความมุ่งมั่นตั้งใจดูแลผู้สูงอายุให้ดีที่สุด การมีความมั่นคงและความ

สงบสุขในชีวิต เป็นการที่ผู้ดูแลมีความรู้สึกอึดอ้อม เป้าหมายดี และมีพลังในการดำเนินชีวิต พร้อมให้อภัยอยู่เสมอ และมีความสุขทุกครั้งที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ คุณลักษณะที่กล่าวมาเหล่านี้ เป็นองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล⁵ ทั้งนี้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และมีระดับสัมพันธภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องมาจากบริบทของสังคมไทยเน้นความกตัญญูรู้คุณ การตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ โดยเฉพาะการดูแลบิดาและมารดาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือแก่ชรา อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสายเลือด การดูแลที่แสดงออกมาก็จึงเต็มไปด้วยความรักและความผูกพัน ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้พิการส่วนใหญ่เป็นบุตร มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง เนื่องจากได้ทดแทนบุญคุณหรือได้ทำหน้าที่ที่พึงกระทำและเป็นการตอบแทนคุณความดีในฐานะบุตรหลาน⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cassidy¹⁸ ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทน

บุญคุณบุคคลที่รักและได้แสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 49.66 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก ทำให้มีวุฒิภาวะทั้งด้านความคิดและอารมณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและเผชิญกับปัญหาได้ดี¹⁹ ทำให้ผู้ดูแลจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ถึงแม้ต้องพบปัญหาและอุปสรรค จึงทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และหากพิจารณาจากแบบสัมภาษณ์ภาวะของผู้ดูแลรายข้อ ที่ถามว่า ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลไม่มีความยุ่งยากลำบากในการดูแลตนเองจากการที่ไม่มีโรคประจำตัวและสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้โดยไม่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีอายุในช่วงระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน อยู่ในระดับมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยและไม่เครียดจากการดูแล สามารถปรับตัวต่อการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล

ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะของผู้ดูแล โดยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ เกิดความสบายใจและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย⁷ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกเป็นที่รักของบุคคลอื่นในสังคม ส่งผลให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรค ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อความเครียดจากสถานการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นได้¹² โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร แสดงถึงผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากสังคมในด้านต่างๆ เป็นอย่างมาก ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม และยังมีบุคคลในสังคมคอยช่วยเหลืออยู่เสมอ ส่งผลให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน และเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางด้านข้อมูลซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุด แสดงว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างดี ซึ่งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและตนเอง ความรู้จะช่วยเพิ่มความสามารถในการมองชีวิตและมองเห็นปัญหาได้ดียิ่งขึ้น นำมาสู่การแก้ไข

ปัญหาที่ดีและทำให้มีประสิทธิภาพในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม นำมาสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเป็นปัจจัยการรับรู้ส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เมื่อผู้ดูแลมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ปัจจัยนี้จึงไปส่งเสริมการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล ทำให้สามารถเผชิญความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ^{6,7}

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เช่น การรักษาศีล การทำสมาธิ การแผ่เมตตา การเข้าวัดฟังธรรม การทำบุญฯ กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแต่เป็นกิจกรรมที่ดีงาม ช่วยขัดเกลาจิตใจของผู้ดูแลให้สามารถเข้าใจโลกและเข้าใจตนเองได้อย่างแท้จริง ทำให้มีกำลังใจในตนเอง เกิดความสุขสงบ⁵ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงด้วยเช่นกัน และเมื่ออธิบายตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรม

ทางศาสนาในระดับสูง ส่งผลให้มีสติปัญญา สามารถคิดวิเคราะห์ เข้าใจและยอมรับกับเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้สามารถปรับตัวได้ เกิดความสงบสุข เข้าใจชีวิต และบทบาทการดูแลมากขึ้น ปัจจัยนี้จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา โดยเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท⁷ และพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นปัจจัยร่วมทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวของร่างกาย⁵

สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสัมพันธ์ภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นบุตรและคู่สมรส ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากที่สุด สัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลไปในทิศทางที่ดี ทำให้การดูแลที่แสดงออกเต็มไปด้วยความรักและความเต็มใจ ไม่รู้สึกลำบากใจในการดูแล และพร้อมที่จะพยายามดูแลช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ เพื่อบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อยามเจ็บป่วย¹² นำมาสู่การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยบุคคลตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เมื่อผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดี จึงไปส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดความ ผาสุกทางจิตวิญญาณตามมา สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมา โดยพบว่าปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพระหว่าง ผู้ดูแลกับผู้พิการเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และมี อำนาจในการพยากรณ์ต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้ดูแลผู้พิการ⁵

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรค เรื้อรังระยะเวลานาน ไม่สามารถควบคุมความรุนแรง ของโรคได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาอย่างยิ่งภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ยิ่ง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเท่าใด ความต้องการในการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ มาก ขึ้น¹² ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นำมาซึ่ง ผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ แต่ใน การศึกษานี้ พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ใน ระดับสูงหรือมีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการ ทำกิจกรรมพื้นฐานได้ดี บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจึง เป็นการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเพียงบางส่วน เท่านั้น ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยจาก การดูแล ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยสถานการณ์ที่มี อิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ดูแล ตามทฤษฎี ความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้สถานการณ์การดูแลที่ ผู้ดูแลต้องเผชิญไม่หนักจนเกินไป เพราะกิจกรรมที่ ช่วยเหลือดูแลมีเพียงเล็กน้อย ปัจจัยนี้จึงไม่ไปรบกวน กระบวนการการปรับตัวของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแล สามารถปรับตัวและเผชิญความเครียดจากการดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ทำให้เกิดความผาสุกทางจิต วิญญาณ

ภาวะของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรังในชุมชน อภิปรายได้ว่า ภาวะของผู้ดูแล คือ การรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเป็นผลมาจากการดูแล ซึ่ง การรับรู้ภาวะของผู้ดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการปรับตัวของแต่ละบุคคล การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องทุ่มเททั้งร่างกาย แรงใจอย่างมาก ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย รู้สึก ยากลำบาก เกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล ซึ่งมี ผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล แต่ การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลไม่รู้สึกมีภาระ ในการดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังสามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ดี โดยพบว่ามีความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ใน ระดับสูง ทำให้การช่วยเหลือดูแลเป็นการช่วยทำ กิจกรรมบางส่วนเพียงเล็กน้อย โดยผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็น ภาระ ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเป็นบุตร จึงทำให้การดูแลเต็ม ไปด้วยความรักและความห่วงใยที่มีต่อบิดาและ มารดา ไม่เกิดความรู้สึกยากลำบาก อีกทั้งยังทำให้ ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองได้ตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ ¹⁸ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับและเข้าใจใน บทบาทหน้าที่ของตนเอง มีความเต็มใจที่จะดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง นำมาสู่ความผาสุกทางจิต

วิญญาณของผู้ดูแล ตามทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman¹⁰ การรับรู้ภาวะของผู้ดูแล เป็นปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ดูแลรู้สึกไม่มีภาวะ จึงไม่มีปัจจัยรบกวนในการปรับตัวของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ และสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า ภาวะของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเลอลักษณะ มหิพันธ์ และคณะ⁷ ที่พบว่า ภาวะการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากภาวะในการดูแลอยู่ในระดับต่ำและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยอธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมองว่าการดูแลนั้นไม่เป็นภาระ สืบเนื่องมาจากผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในระดับสูงและมีระยะเวลาในการดูแลที่ค่อนข้างนาน 6-10 ปี จึงมองว่าการดูแลเป็นส่วนหนึ่งในกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่รู้สึกเป็นภาระ จึงไม่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของผู้ดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งเสริมความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และตระหนักถึงการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งอาจทำให้ผลลัพธ์การเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการศึกษาหาปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน หรือศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแล

3. ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) หรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิด วางแผนและตัดสินใจ นำมาสู่รูปแบบการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนจากทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของอาจารย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

REFERENCES

1. Department of Older Persons. Statistics of the elderly 77 provinces in Thailand data is presented as of December 31, 2020 [online]. 2020 [Cited 2021/7/5]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/335> (in Thai)
2. Chen, M., Chen, K., and Chu, T. Caregiver Burden, Health Status, and Learned Resourcefulness of Older Caregivers. *West J Nurs Res*, 2015; 37(6): 767-80.
3. Chayawatto, C. Depression in the Caregivers of Stroke Patients. *Region 4-5 Medical Journal*, 2016; 35(1): 14-27. (in Thai)
4. Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., and Tengrang, k. The Effect and Caregiving Burden of Older Person in Long-term Care Based on Thai Culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2014. (in Thai)
5. Lekwong, S., Lawang, W., and Rattanaagreethakul, S. Factors Affecting the Spiritual Well-being among Family Caregivers of Persons with Physical Disability. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 2019; 30(1): 102-112. (in Thai)
6. Chavapattanakul, P., Wongkumsin, T., and Kongkasuwan, R. The Relationship between Resilience Quotient, Social Support, and Spiritual Well-being of Caregivers of Patients with Hemiplegia. *Siriraj Med J*, 2020; 72(3): 245-52.
7. Mahiphun, L., Nabkasorn, C., and Vatanasin, D. Factors Related to Spiritual Well-being among Caregivers of Schizophrenic Patients. *Journal of Public Health Nursing*, 2017; 31(2): 29-42. (in Thai)
8. Rafati, F., Mashayekhi, F., Dastyar, N. Caregiver Burden and Spiritual Well-being in Caregivers of Hemodialysis Patients. *J Relig Health*, 2019; 59(6): 3084-96.
9. Promkeawngam, S. & Namwong, A. The Spiritual Well-being of Community-dwelling Thai Older People with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Health Care*, 2017; 35(3): 204-13. (in Thai)
10. Lazarus, R. S. and Folkman, S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
11. Boston, P. H. and Mount, B. M. The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 2006; 32(1): 13-26.
12. Hanh, P. T., Jullamate, P., and Piphatvanitcha, N. Factors Related to Caregiver Burden among Family Caregivers of Older Adults with Stroke in Hai Duong, Vietnam. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2017; 4(3): 45-62. (in Thai)

13. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. G* Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 2007; 39(2): 175-91.
14. Tirapaiwong, P. Patient-caregiver Relationship and Caregiver Burden of Family Member Caregivers of Patients with Stroke. Master Thesis in Nursing. Bangkok: Mahidol University, 1997. (in Thai)
15. Imote, P., Nimitarnun, N., Chomson, S., and Hematorn, C. Influencing Factors of Home Care Behaviors by Family Caregivers for Stroke Patients. *Christian University Journal*, 2009; 15(2): 130-41. (in Thai)
16. Toonsiri, C., Sunsern, R., and Lawang, W. Development of the Burden Interview for Caregivers of Patients with Chronic Illness. *Journal of Nursing and Education*, 2011; 4(1): 62-75. (in Thai)
17. Jitapunkul, S. Principles of Geriatric Medicine. Bangkok: Chulalongkorn University, 2001. (in Thai)
18. Cassidy, T. Benefit Finding through Caring: The Cancer Caregiver Experience. *Psychology & Health*, 2013; 28(3): 250-66.
19. Siritipakorn, P. & Muangpaisan, W. Associated Factors of Caregiver Burden among Family Caregivers of Dementia Patients in a Geriatric Clinic, Siriraj Hospital. *Journal of Nursing Science & Health*, 2015; 38(2): 54-64. (in Thai)