



ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุก
ทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
The Effects of Reminiscence Program on Self-Esteem and
Spiritual Well Being in Hospitalized Elders
with Chronic Diseases

สินีนานู ตรีรินทร์
Sinenad Trerin

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุก
ทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ผู้เขียน นางสินีนานา ตริรินทร์
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรุวรรณ มานะสุรการ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ
(ดร.จรรุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ
(ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสินีนานา ตริรินทร์)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสินีนานา ตรีนรินทร์)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความ ผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ผู้เขียน	นางสินีนานฎ ตรีรินทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2558

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 49 คน เป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการระลึกความหลัง สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) แบบสอบถามส่วนบุคคล 3) แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และ 4) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ โปรแกรมการระลึกความหลังประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 45 - 60 นาที เป็นระยะเวลา 5 วัน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
3. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
4. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการระลึกความหลังสามารถเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

Thesis Title	The Effects of Reminiscence Program on Self-Esteem and Spiritual Well-Being in Hospitalized Elders with Chronic Diseases
Author	Mrs Sinenad Trerin
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2015

ABSTRACT

This quasi-experimental study, two groups pretest-posttest design, aimed to examine the effects of reminiscence program on self-esteem and spiritual well-being in hospitalized elders with chronic diseases. Participants comprised 49 elders with chronic diseases who were admitted to surgical wards, Suratthani Hospital. Twenty five participants receiving conventional care were assigned to the control group, and twenty four participants receiving the reminiscence program, were assigned to the experimental group. The research instruments consisted of (1) the reminiscence program based on conceptual framework proposed by Hamilton (1992) and literature review, (2) demographic data questionnaire, (3) self-esteem questionnaire, and (4) spiritual well-being questionnaire. The program included one session per day for five days and each session took 45 - 60 minutes. Content validity of the program was verified by three experts. The program was tested in subjects with similar characteristics to those of participants. The reliability of the self-esteem and spiritual well-being questionnaires were tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding the values of .86 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and *t*-test.

The results revealed that:

1. The hospitalized elders with chronic diseases in the experimental group had significantly higher mean score of self-esteem than the control group ($p < .001$).
2. The hospitalized elders with chronic diseases after participating in the reminiscence program had significantly higher mean score of self-esteem than before participating in the reminiscence program ($p < .001$).
3. The hospitalized elders with chronic diseases in the experimental group had significantly higher mean score of spiritual well-being than the control group ($p < .001$).

4. The hospitalized elders with chronic diseases after participating in the reminiscence program had significantly higher mean score of spiritual well-being than before participating in the reminiscence program ($p < .001$).

The finding shows that the reminiscence program could increase self-esteem and spiritual well-being of hospitalized elders with chronic diseases. Therefore, nurses could utilize the program to enhance self-esteem and spiritual well-being of hospitalized elders with chronic diseases.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุวรรณ หนูแก้ว ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่อง ในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้จนกระทั่งสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบความตรงของเนื้อหาเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอขอบพระคุณกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม และผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่เสียสละรับภาระงานระหว่างผู้วิจัยศึกษา ขอขอบคุณผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่น้อง และบุตร ที่เป็นแรงใจอันยิ่งใหญ่ อีกทั้งให้การสนับสนุนด้านการศึกษาที่ดีเสมอมา รวมถึงเพื่อนๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจจนทำให้การศึกษาลุล่วงด้วยดี

คุณค่าหรือประโยชน์อื่นใด อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้แก่ผู้เรียน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

สินีนามู ตรีรินทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์การวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	11
แนวคิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	11
ผลกระทบจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	14
ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	20
ความหมายของความมีคุณค่าในตนเอง.....	20
แนวคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	20
ปัจจัยที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	23
แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	26
ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	26
ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	31
แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	32
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง.....	35
ความหมายของการระลึกความหลัง.....	35
ทฤษฎีพื้นฐานของการระลึกความหลัง.....	35
แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลัง.....	38
โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	44
แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการระลึกความหลัง.....	45
โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวใน โรงพยาบาล.....	49
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	71
ผลการวิจัย.....	72
อภิปรายผลการวิจัย.....	78

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	85
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	86
เอกสารอ้างอิง.....	88
ภาคผนวก.....	103
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	104
ข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	106
ค เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	109
ง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	110
จ ไบพิทกซ์สถิติของกลุ่มตัวอย่าง.....	115
ฉ แนวปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซีมเศร้าระดับรุนแรง.....	118
ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	119
ซ ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	122
ฌ เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	125
ญ เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย.....	128
ฎ รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	130
ประวัติผู้เขียน.....	131

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	72
2	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านครอบครัวและสังคม และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้านครอบครัวและสังคม ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	74
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	75
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง	77
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง.....	78

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	7
2	ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่า ในปี 2557 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี 2564 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ซึ่งจากสถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) สาเหตุที่ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องมาจาก อัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้ประชากรวัยเด็กลดลง นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ และจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้อัตราการเสียชีวิตของประชากรโดยรวมลดลง อายุของคนยืนยาวขึ้น (ประเสริฐ, 2554) ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น และการมีอายุเฉลี่ยที่สูงขึ้น ร่วมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสื่อมถอยเป็นผลให้มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงความพิการที่เพิ่มมากขึ้น (Eliopoulos, 2014a)

อัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 53 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) และพบจำนวนโรคเรื้อรังมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Eliopoulos, 2014a) ทำให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงสุด ถึงร้อยละ 63.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) โรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์ อัมพาต จากอัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น และผู้สูงอายุต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งผลต่อระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ ทำให้รัฐบาลต้องรับภาระงบประมาณรายจ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผลกระทบทางกายพบว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้อวัยวะในระบบต่าง ๆ เสื่อมทั่วร่างกายเป็นผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (วิไลวรรณ, 2554) ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตกับร่างกายที่ถดถอย ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ขาดกิจกรรมที่จำเป็น ซึ่งส่งผล

กระทบต่อสุขภาพโดยรวมทรุดตัวลง (สมภพ, 2547) ร่วมกับการดำเนินของโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงาน (energy) มีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) (Bartlett, Koenig, Tarpley, Haaz, & McCauley, 2011) และมีการกำเริบของโรคเป็นระยะ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (เพ็ญจันทร์, 2542) ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยที่มีอาการมากขึ้น (ประภาพร, 2556) ต้องทนทุกข์ทรมานเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น จากการมีโรคพร้อมหลาย ๆ โรค หรือโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต ยังส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุโดยทำให้เกิดความเครียด รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ (ประภาพร, 2556; สายพินและจิตภินันท์, 2555; O'Brien, 2014) ความเครียดจากการถูกคุกคาม ลดหรือพ่วงต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น (วนิดา, 2549; Miller, 2015a) ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ประภาพร, 2556; Miller, 2015b) การมีภาวะสุขภาพที่แย่ง เกิดทุพพลภาพ และมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Martin, 2007) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล พบภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 51.4 (สายพินและจิตภินันท์, 2555) และยังมีผลกระทบด้านสังคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของสมาชิกครอบครัว (วนิดา, 2549) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานใจ ทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลทางจิตวิญญาณ (อวยพร, โสเพ็ญ, และมัลลิกา, 2553; Roach, 2001) โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยลดลง (ธนิญา, 2545) ความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ลดลง มีผลกระทบต่อการเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต และความเป็นองค์รวมของผู้สูงอายุ (O'Brien, 2014)

การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งจำเป็นเมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลควรให้การบำบัดทางการพยาบาลอื่นร่วมด้วย เช่น การระลึกถึงความทรงจำทางบวก การสวดมนต์ การอยู่ในสถานที่เงียบ ๆ โดยฝึกให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Whelan-Gales, Griffin, Maloni, & Fitzpatrick, 2009) การช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง (ปริญญาและระวีวรรณ, 2548; Miller, 2015a) การพูดคุยให้กำลังใจเพื่อช่วยเสริมแรงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง เป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 2015b) พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการได้รับความรัก ต้องการความหวัง ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ตามความเชื่อความศรัทธา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถต่อสู้กับการเจ็บป่วยในระยะเรื้อรัง โดยพยาบาลที่ให้การดูแลอาจใช้วิธีการพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความหวัง (Ross & Austin, 2015) จะเห็นได้ว่าการบำบัดต่าง ๆ เหล่านี้สามารถทำได้ขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การระลึกความหลัง (reminiscence) ในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดในเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง โดยการใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และได้มีโอกาสบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง เพื่อกระตุ้นความจำและอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยใช้เรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ลืม หรือทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสระบายความรู้สึก (Bluck & Levine, 1998; Hamilton, 1992) เมื่อผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ จากประสบการณ์ของผู้สูงอายุในอดีต และระลึกถึงประสบการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จ มองเรื่องราวในด้านบวก จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจต่อเหตุการณ์ในอดีต นำไปสู่การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (รังสิมันต์, 2554) ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Wu, 2011) การทบทวนเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิตที่เกี่ยวกับความทรงจำอันเป็นสิ่งที่น่ายินดีในอดีต ประเมินค่าประสบการณ์ในอดีตอีกครั้ง แล้วนำประสบการณ์ทางบวกมาเป็นกำลังใจ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความสงบสุขของจิตใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Ando, Morita, & Oshima, 2011)

การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการระลึกความหลังที่ผ่านมา พบว่า การระลึกความหลัง ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือสำหรับบุคคลในการจัดการเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ (Melendez, Fortuna, Sales, & Mayordomo, 2015) โดยการปรับความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตนั้น ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเอาชนะกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้มีความคิดที่เข้มแข็งขึ้น (Korte, Bohlmeijer, Cappelliez, Smit, & Westerhof, 2012) โปรแกรมการระลึกความหลังทำได้ง่ายกว่าการรักษาเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้แบบอื่น และผู้ดำเนินโปรแกรมยังไม่จำเป็นต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกสามารถใช้พยาบาลที่ผ่านการฝึกฝน ซึ่งพบว่าโปรแกรมนี้ไม่เป็นอันตรายต่อกลุ่มทดลอง (Chen, Li, & Li, 2012) มีการนำการระลึกความหลังมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง ($p < .001$) (Zhou et al., 2012) ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($p < .05$) (Wu, 2011) การระลึกความหลังเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต โดยมีผู้ศึกษาการนำโปรแกรมการทบทวนชีวิตรายบุคคลระยะสั้น เป็นเวลา 1 สัปดาห์ มาใช้ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่าการใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเป็นเวลานานในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีผู้ป่วยบางรายที่ต้องออกจากโปรแกรมก่อนสิ้นสุดโปรแกรม จึงปรับลดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรม เหลือ 4 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ($p = .001$) และยังลดความทุกข์ทรมานจากโรคมะเร็ง ($p = .001$) (Ando, Morita, Okamoto, & Ninosaka, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการใช้โปรแกรมกลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่คลินิกโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า (นพิต, 2550) ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (ปราณีต, 2552) และผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า (จิตติมาวรรณ,

2552) ใช้ระยะเวลา 6 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า (จิตtimาวรรณ, 2552; นพิศ, 2550) ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (ปราณีต, 2552) นอกจากนี้ มีการศึกษาโปรแกรมการระลึกความหลังรายบุคคลในผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 วันติดต่อกัน พบว่า สามารถเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ($p < .05$) (สุมาลา, 2553) จากการทบทวนไม่พบการศึกษาที่น่าสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลัง

การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งที่บ้านและขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแรงสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ (Arestedt, Persson, & Benzein, 2014) สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความผูกพันและมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสุขได้ (สมภาพ, 2554) ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์และสังคม จะทำให้มีผู้สูงอายุมีความหวัง (พรทิพย์, จิราพร, และประคอง, 2552) พยาบาลเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการสนับสนุนให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ (Miller, 2015a) ดังนั้นการให้การพยาบาลโดยนำสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี นำไปสู่ความพึงพอใจ ความสุข และความหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาโปรแกรมการระลึกความหลัง ในชุมชน สถานสงเคราะห์คนชรา ชมรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระยะสงบของโรค ไม่มีอาการกำเริบของโรคเรื้อรัง ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเป็นระยะเวลานาน ต้องทนทุกข์ทรมานกับโรค มีอาการของโรคเรื้อรังหรือมีอาการของโรคร่วมอื่น ๆ จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่พบการศึกษาที่น่าสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลัง นอกจากนี้ส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมจำนวน 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลานาน และผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีบางส่วนที่ต้องออกจากกรวิจัยก่อนสิ้นสุดโปรแกรม ดังนั้น การใช้ระยะเวลานานจึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่พบการนำสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมในโปรแกรมการระลึกความหลัง เพื่อช่วยเสริมแรงและให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร่วมกับสมาชิกครอบครัว โดยปรับลดระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเหลือเพียง จำนวน 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังหรือไม่
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังหรือไม่
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสีย เพื่อนำไปสู่การค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุคิดถึงอดีต รวมทั้งเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข พึงพอใจ จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความมั่นคง

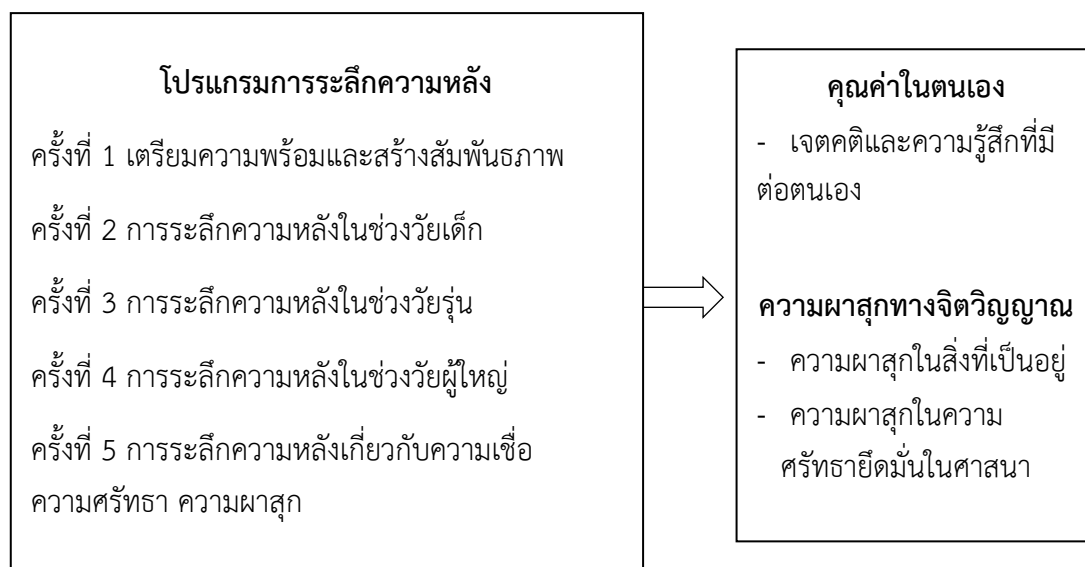
และยอมรับสภาพของตนเองได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) การเลือกเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เป็นความทรงจำหรือประสบการณ์ต่อเหตุการณ์ในอดีต แล้วเลือกเรื่องราวเหล่านั้นมาสนทนา (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์หรือความทรงจำนั้น (experiencing) เป็นการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ โดยการใช้ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์ แล้วเชื่อมโยงเรื่องราวกับคุณค่าหรือความหมายต่อเหตุการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของบุคคล (3) ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นความทรงจำซึ่งบุคคลมีต่อเหตุการณ์ในอดีตในแง่มุมต่าง ๆ ให้ผู้อื่นฟัง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ปัจจุบัน

การระลึกความหลังโดยการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ จากประสบการณ์ในอดีต และระลึกถึงประสบการณ์ที่ตนเองประสบความสำเร็จ เป็นการมองเรื่องราวในด้านบวก จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจต่อเหตุการณ์ในอดีต นำไปสู่การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (รังสิมันต์, 2554) การย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต แล้วประเมินค่าประสบการณ์ในอดีตอีกครั้ง เพื่อเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้มีการสร้างความหวัง แล้วนำประสบการณ์ทางบวกมาเป็นกำลังใจ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความสงบสุขของจิตใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Ando, Morita, & Oshima, 2011; Duggleby et al., 2012)

รูปแบบการระลึกความหลัง ใช้การระลึกความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) เป็นการระลึกความหลังอย่างง่าย แบบไม่มีโครงสร้าง กระบวนการระลึกความหลังเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยการให้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวประวัติของตนเอง ใช้การสนทนา การสอน การให้ข้อมูล และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก (Webster et al., 2010) โดยดำเนินกระบวนการเป็นรายบุคคล (one-to-one) เพื่อย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะราย อาจมีประเด็นในการพูดคุย หรือไม่มีก็ได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีต (รังสิมันต์, 2554) การระลึกความหลังรายบุคคล มีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกมาซึ่งความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย และผู้วิจัยสามารถให้ความสนใจ และติดตามการสนทนาแต่ละบุคคลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถสะท้อนความรู้สึกในการร่วมสนทนาได้ดี (Haight & Dias, 1992)

การให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการระลึกความหลังของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว (รังสิมันต์, 2554) นอกจากนี้ยังมีโอกาสได้แสดงความชื่นชมซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกเป็นสุข ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างกัน (Azcurra, 2012) ทำให้เกิดความรักรักความผูกพันกันในสมาชิกครอบครัว และให้สมาชิกครอบครัวมีการเสริมแรง ให้กำลังใจผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Eliopoulos, 2014a) การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้การระลึกความหลังเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมาในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ การระลึกความหลังในช่วง

วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ความเชื่อ ความศรัทธาเกี่ยวกับศาสนา และความผาสุก โดยร่วมกับสมาชิกครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

นิยามศัพท์การวิจัย

ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงการยอมรับ ให้ความเคารพนับถือตนเอง มองตนเองในด้านบวก เห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีค่า ซึ่งประกอบด้วย เจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง วัดโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดยเยาวลักษณ์ (2529)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงความรู้สึกภายในจิตใจ ที่แสดงถึงความสงบ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ยอมรับความจริง มีความหวังและกำลังใจที่จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิตได้ ปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ และความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา วัดโดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูเซียนและเอลลิสัน (Paloutzion & Ellison, 1982) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยธัญญา (2545)

โปรแกรมการระลึกความหลังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล หมายถึง ชุดกิจกรรมที่พยาบาลส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลับไปนึกถึงประสบการณ์ในอดีตโดยใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมาในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ การระลึกความหลังในช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ความเชื่อ ความศรัทธาเกี่ยวกับศาสนา และความผาสุก โดยผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกครอบครัวทำให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นรายบุคคล เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดการระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต เพื่อกระตุ้นความจำและอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อชีวิตประวัติ รวมทั้งเรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ลืม หรือทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสระบายความรู้สึก (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์โดยมีการเชื่อมโยงถึงคุณค่าของเรื่องราว ความหมายของเรื่องราว และ (3) ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์ต่าง ๆ ให้สมาชิกครอบครัวและผู้วิจัยฟัง เกิดการแลกเปลี่ยน ช่วยเสริมแรงเพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุ และส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด โดยใช้การพูดคุยหรือแจกเอกสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 – 79 ปี ซึ่งพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ ระหว่างเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2559

ลักษณะผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางอายุรกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีผลเบาหวานและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบมารักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมารับการรักษาโดยการทำเส้นเลือดเพื่อฟอกไตที่มีภาวะซีดระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางให้พยาบาลนำโปรแกรมการระลึกความหลังมาใช้ในการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีคุณค่าในตนเอง และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
 - 1.2 ผลกระทบจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมายของความมีคุณค่าในตนเอง
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - 2.4 แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
 - 3.1 ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ
 - 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
 - 3.4 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
4. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง
 - 4.1 ความหมายของการระลึกความหลัง
 - 4.2 ทฤษฎีพื้นฐานของการระลึกความหลัง
 - 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลัง
5. โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
 - 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการระลึกความหลัง
 - 5.2 โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
6. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

แนวคิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และเป็นระยะเวลา นาน ส่วนใหญ่มีเวลานานมากกว่า 6 เดือน เกิดการสูญเสียหน้าที่หรือเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (พงค์เทพและยูชูฟ, 2552; วิไลวรรณ, 2554; Martin, 2007) สำหรับการศึกษารุ่นนี้ โรคเรื้อรัง หมายถึง การเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะอย่างถาวร และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย ทุกสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อัตราการเกิดโรคจะพบมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งเกิดจากร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ (Larsen, 2013) การเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุและการมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น ร่วมกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยเป็นผลให้มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมไปถึงความพิการที่เพิ่มมากขึ้น (Eliopoulos, 2014c) ทำให้มีผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ได้ตามปกติ ป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น (Larsen, 2013) จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 53 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ในขณะที่ผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยทั่วโลกถึงร้อยละ 80 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และจำนวนโรคเรื้อรังมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (Eliopoulos, 2014b) จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2554 พบว่าโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ 5 กลุ่มโรค คือ (1) ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง (2) เบาหวาน (3) เก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า หลัง คอ เรื้อรัง (4) หัวใจ (5) อัมพฤกษ์ อัมพาต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558)

อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า อัตราการเจ็บป่วยจะสูงขึ้นตามกลุ่มอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงสุด ร้อยละ 63.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง และอัมพฤกษ์ อัมพาต ทำให้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ จากอัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น รัฐต้องรับภาระงบประมาณรายจ่ายในการรักษาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์ และมีผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่ต่ำกว่ามาตรฐาน (พงค์เทพและยูชูฟ, 2552) เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินไปสู่ระยะสงบของโรค โดยไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน สามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบซ้ำที่จะทำให้โรคเป็นรุนแรงขึ้นอีก (วิไลวรรณ, 2554)

หลักการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553) รวมทั้งการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 2014c) การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ มีข้อจำกัดของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในด้านการรับรู้ การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การมองเห็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น (Miller, 2015a) สมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลจนถึงระยะเปลี่ยนผ่านสู่บ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในระยะสั้นๆ และสมาชิกครอบครัวต้องให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (Li, 2005) นอกจากนี้สมาชิกในสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์และมีความผูกพันกับผู้สูงอายุ การมีสัมพันธภาพระหว่างกันมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ และเกิดความสุขได้ (สมภพ, 2554) ดังนั้นการนำสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและเข้าใจผู้สูงอายุเข้ามาร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีอยู่หลายรูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดการเกี่ยวกับการรับรู้หรือความทรงจำ พบว่า มีผลต่อภาวะสุขภาพ ลดภาวะซึมเศร้า และทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Franek, 2013) นอกจากนี้ ยังมีการใช้โปรแกรมอื่นๆในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต ซึ่งกระบวนการที่นำมาใช้ ได้แก่ การทบทวนชีวิต การระลึกความหลัง และการให้การดูแลทางจิตวิญญาณอื่นๆที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เพื่อเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้มีการสร้างความหวัง เพื่อนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Duggleby et al., 2012)

ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยมาจัดลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยการประเมินประเภทผู้ป่วยตามสภาวะความเจ็บป่วย และประเมินจากลักษณะของผู้ป่วยที่มีการตรวจพบความผิดปกติของการเจ็บป่วยที่มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรม

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยเป็น 4 ประเภท (สำนักการพยาบาล, 2547) ดังนี้

1. ประเภท 4 หมายถึง หนักมาก

ผู้ป่วยประเภทหนักมาก หรือผู้ป่วยวิกฤต ประเมินได้จาก สัญญาณชีพ อากาและ/หรืออาการแสดงทางระบบประสาท พบว่า สัญญาณชีพ และ/หรืออาการและอาการแสดงทางระบบประสาท มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องเฝ้าระวังตลอดเวลา อย่างน้อยทุก 15 นาที หรือการได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด หรือหัตถการที่สำคัญต่อการมีชีวิตในลักษณะฉุกเฉิน หรือได้รับการผ่าตัดใหญ่ต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต ยังไม่สามารถควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้

2. ประเภท 3 หมายถึง หนัก

ผู้ป่วยประเภทหนัก หรือผู้ป่วยกึ่งวิกฤต ประเมินได้จาก สัญญาณชีพที่ผิดปกติและ/หรืออาการและอาการแสดงทางระบบประสาท พบว่า ผิดปกติแต่อยู่ในระดับที่ควบคุมได้ หรือสัญญาณชีพ อากาและอาการแสดงทางระบบประสาทปกติแต่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จำเป็นต้องเฝ้าระวังทุก 15 นาที – 2 ชั่วโมง หรือ ได้รับการผ่าตัดใหญ่หรือได้รับการช่วยชีวิตด้วยอุปกรณ์พิเศษทางการแพทย์ และอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการเปลี่ยนแปลงได้

3. ประเภท 2 หมายถึง ปานกลาง

ผู้ป่วยประเภทปานกลางหรือไม่รุนแรง ประเมินได้จากสัญญาณชีพ และ/หรืออาการและอาการแสดงทางระบบประสาท พบว่า ปกติแต่มีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ต้องเฝ้าระวังทุก 4 - 6 ชั่วโมง หรือการได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัดหรือหัตถการ ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ควบคุมอาการได้

4. ประเภท 1 หมายถึง เบา

ผู้ป่วยประเภทเบาหรือพักฟื้น ประเมินได้ จากสัญญาณชีพ และ/หรืออาการและอาการแสดงทางระบบประสาทปกติคงที่และมีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้น้อย ต้องการ

การเฝ้าระวัง วันละ 1 - 2 ครั้ง การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด โดยได้รับการทำหัตถการทั่วไป อยู่ในระยะพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สำหรับการศึกษานี้ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคเป็นประเภท 1 - 3

ผลกระทบจากโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบกับผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติ การดูแลสุขภาพบุคคลไม่สามารถแบ่งการดูแล แยกส่วนได้ แต่ต้องให้การดูแลคนทั้งคน ทุกองค์ประกอบอย่างบูรณาการ ที่ครอบคลุมทุกมิติอย่างเป็น องค์กรรวม

ผลกระทบด้านร่างกาย (somatic impact)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีผลทำให้อวัยวะในระบบต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปในทาง เสื่อม สูญเสียทางกายภาพ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บางคนอาจ สูญเสียอวัยวะบางส่วน ทำให้เกิดพยาธิสภาพหรือหลงเหลือความพิการทิ้งไว้ ส่งผลให้มีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ (วิไลวรรณ, 2554) ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุมีอาการของโรคเรื้อรังที่ยาวนาน จะเกิดการสูญเสีย พลังงาน (energy) และมีอาการเหนื่อยล้า (fatigue) ซึ่งอาการเหนื่อยล้าจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อ การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Bartlett et al., 2011) โดยอาการเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ ของบุคคลที่รู้สึกไม่สุขสบายทั่วร่างกายที่เป็นผลมาจากความเหน็ดเหนื่อยจนขาดพลังงาน ครอบคลุม ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของบุคคลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและ จิตใจลดลงกว่าปกติ (สุกัลยา, อัมพรพรรณ, และวัชรา, 2554) และยังทำให้กำลังสำรองลดลง เช่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่ออาหาร ซึมลง ไม่พูด หรือมีอาการสับสน จึงทำให้ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่น ๆ ลดลง (วิไลวรรณ, 2554) อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่พบ บ่อย ซึ่งอาจเกิดจากสภาพทางกายและทางจิตใจของผู้ป่วย โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ กิจกรรมทางกาย คุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคม (ปรารธนา, ศิริรัตน์, และ ทศพร, 2556) ซึ่งอาการเหล่านี้รบกวนต่อความสมดุลของร่างกายและอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (เพ็ญจันทร์, 2542) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานานยังนำไปสู่การเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ (Bartlett et al., 2011)

ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological impact)

โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล (สายพิณ และจิตภินันท์, 2555) ความเครียด (พัชรภักดิ์, สิริกร, ปริมิวิชา, และสายใจ, 2556; สุรชัย, 2555; O'Brien, 2014) ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (วนิดา, 2549) เกิดภาวะซึมเศร้า (Martin, 2007) และพบว่าผลกระทบด้านจิตใจตั้งแต่ความวิตกกังวล มีผลต่อความเครียด และความมีคุณค่าในตนเองนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Nima, Rosenberg, Archer, & Garcia, 2013) อธิบายได้ดังนี้

ผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อความวิตกกังวลและความเครียด พบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในช่วงการดำเนินโรค 5 - 10 ปี นับว่าเป็นช่วงเวลาที่ต้องมีการปรับตัวอยู่กับโรคที่เป็น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงมิติด้านสุขภาพจากการที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงส่งผลให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากมีความวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น (ประภาพร, 2556) ร่วมกับความเครียดเนื่องจากถูกคุกคาม ลดหรือพ่วงต่อบทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ ของตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจึงมักมีอาการมึนงง หงุดหงิด โกรธง่าย ร้องไห้หรือหัวเราะง่าย (วิไลวรรณ, 2554) ความเครียดต่อโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต (O'Brien, 2014) เป็นสาเหตุให้ท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง หมัดกำลังใจ (ประภาพร, 2556) คุกคามต่อความผาสุกในชีวิต (วนิดา, 2549)

ผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อความมีคุณค่าในตนเอง พบว่า การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีข้อจำกัดของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Chen et al., 2012; Miller, 2015a) มีปัญหาในด้านการรับรู้การตัดสินใจ ความสามารถในการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว การมองเห็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น คุกคามต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 2015b) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นผลมาจากกระบวนการคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม ถ้าเป็นไปในทางบวก จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี (วิไลวรรณ, 2554) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดีเห็นคุณค่าในตนเองส่งผลทำให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดี (สุภาพรณ, 2549) การเห็นคุณค่าในตนเองสูง ทำให้มองโลกในแง่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (อะเคื้อ , โสภณา, ณัฐวดี, และดุชนิ, 2557) แต่ถ้าเป็นไปในทางลบจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผลจากคุณภาพการดูแล อาจเกิดประสบการณ์ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี ทำให้ผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และการสื่อสาร (Bridges, Flatley, & Meyer, 2010) ดังนั้นการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีกำลังใจและสามารถปรับตัวเพื่ออยู่กับโรคเรื้อรังได้

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง (Wolkowitz, Epel, Reus, & Mellon, 2010) โดยในต่างประเทศ พบว่ากลุ่มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียการมองเห็น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง (Huang, Dong, Lu, Yue, & Liu, 2010) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 48.17 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.07 (สุหนต์และสุพิศ, 2551) มีการศึกษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ร้อยละ 51.4 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 19.1 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 25.2 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 7.1 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตเมือง พบภาวะซึมเศร้าระดับสูงถึงร้อยละ 66.4 และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 22.3 (พัชรภักดิ์และคณะ, 2556) ซึ่งจากสถิติจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง

ผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Martin, 2007) อาการผิดปกติทางอารมณ์ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อย ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ขาดความสุขหรือความพึงพอใจในการทำกิจกรรม นอนไม่หลับ ความรู้สึกไร้ค่าหรือเป็นภาระต่อผู้อื่น ร้องไห้ด้วยความเศร้าโศกเสียใจ มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย แยกตัวเองออกจากผู้อื่น มีความรู้สึกสมควรถูกลงโทษ มีความคิดอยากตาย (สมภพ, 2547) ผลจากการเกิดอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากเกิดการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Ciro et al., 2012) เมื่อมีอาการเศร้าเป็นระยะเวลาานานและเรื้อรัง ทำให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (พจนา, 2557) อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นในปีที่ 2 ของการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Ballew, Hannum, Gaines, Marx, & Parrish, 2012) ซึ่งอาการของภาวะซึมเศร้าที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง ร้อยละ 73.6 ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ร้อยละ 71.4 และเบื่ออาหาร ร้อยละ 65.0 (อิทธิพล, สุคนธา, พิมพ์สุรางค์, และดุสิต, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เองเจลและคณะ (Engel et al., 2011) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลต่อภาวะอยากอาหารในผู้สูงอายุอีกด้วย และถ้าภาวะซึมเศรารุนแรงขึ้น ก็อาจทำให้เกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และยังทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง (Chen et al., 2012) โรคเรื้อรังที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้าและกิจกรรมเพื่อบำบัด (สุรัชย์, 2555) การบำบัดภาวะซึมเศร้าควรบำบัดตั้งแต่ภาวะซึมเศราระดับเล็กน้อย รวมทั้งให้การป้องกันที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า (Chen et al., 2012) ปัจจัยที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (Ciro et al., 2012) ดังนั้นในขณะที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจทำให้มีอาการของภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น

พยาบาลและสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ และการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางมาเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองทำให้อัตตาวิตกกังวล ความเครียด การเกิดภาวะซึมเศร้า และสามารถปรับตัวกับโรคเรื้อรังได้ดี และการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้

ผลกระทบต่อทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio-economic impact)

ผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงต่อบทบาทหน้าที่ทางสังคม (วิไลวรรณ, 2554) เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลงหรือมีการแยกตัวออกจากสังคม (สมภพ, 2547; Melendez-Moral et al., 2013) อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุขาดความสามารถทางด้านร่างกาย จากการมีโรคประจำตัวเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องมีสมาชิกครอบครัวช่วยเหลือ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สูญเสียรายได้ สูญเสียบทบาทในสังคม (วิไลวรรณ, 2554) เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตของสมาชิกครอบครัว เมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่แทน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสมาชิกครอบครัว (วนิดา, 2549) และผลจากความยุ่งยากซับซ้อนของการรักษา ทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ต้องใช้พลังงานและเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวการรักษาไปเป็นจำนวนมาก (สมภพ, 2547; สุมาลา, 2553) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสมาชิกครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากขึ้นถึง 2 ชั่วโมงต่อวัน และในผู้ป่วยเบาหวานอาจต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมการดูแลมากกว่านี้ (Jowsey, Yen, & Mathews, 2012) ทำให้ไม่มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ยังมีบางโรคที่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ต้องการให้สังคมรับรู้ความเจ็บป่วยของตน จึงหลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลในสังคม เกิดการแยกตัวจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุขาดกิจกรรมที่จำเป็น เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก เพื่อความเพลิดเพลิน รวมทั้งการท่องเที่ยวไปในสถานที่ต่าง ๆ เพื่อความสุขในชีวิต (สมภพ, 2547) จากการศึกษาของเมลเลนเดซและคณะ (Melendez-Moral et al., 2013) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมหรือมีความผิดปกติของการรับรู้ จะมีการแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีความสุขในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและคุณค่าในตนเองลดลง

การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว นำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย (พรทิพย์และคณะ, 2552) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลจากคู่สมรส ต้องการความรู้สึกลดภัย และไม่โดดเดี่ยว นอกจากนี้ยังต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกใน

ครอบครัวเพื่อแบ่งเบาภาระและร่วมกันจัดการแต่ละสถานการณ์ไปด้วยกันเพื่อให้สามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ (Arestedt et al., 2014) ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์และความช่วยเหลือทางสังคมในด้านต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสิ้นหวังลดลง (นิษา และรังสิมันต์, 2555) การที่สมาชิกครอบครัวไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ขาดการเอาใจใส่จากบุคคลซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีที่พึ่ง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (มนัส, 2550) และถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกครอบครัวที่ไม่ดี จะก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวทางอารมณ์เกิดความเครียดได้ง่าย ทำให้รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ และซึมเศร้า (สายพินและจิตภินันท์, 2555) การที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรับรู้เป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อความเครียด และอาการเหนื่อยล้าของสมาชิกครอบครัว ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัวลดลง (Sansoni, Anderson, Varona, & Varela, 2013) ทำให้ผู้สูงอายุบางคนกลายเป็นบุคคลที่ถูกทอดทิ้ง เพราะถูกมองว่าไม่มีประโยชน์ และเป็นภาระ (ทัศนีย์, 2557) พยาบาลมีส่วนสำคัญในการดูแล โดยสนับสนุนปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและสมาชิกครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการเผชิญและการแก้ปัญหา (Miller, 2015a) ดังนั้นการทำการกิจกรรมการดูแลร่วมกับนำสมาชิกครอบครัวหรือให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จะสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดี ช่วยในการปรับตัว และเกิดกำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้น และรายได้ที่ลดลง (ทัศนีย์, 2557; วิไลวรรณ, 2554) อธิบายได้ว่า ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลให้ร่างกายไม่เอื้อต่อภาระกิจต่าง ๆ ผู้สูงอายุบางรายที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ทัศนีย์, 2557) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ต้องมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษา ทำให้สมาชิกครอบครัวไม่มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ (วนิดา, 2549; วิไลวรรณ, 2554) และยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ จากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก (วนิดา, 2549) ซึ่งพบว่าในกลุ่มประเทศยากจนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังสูงโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางและในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าวร่วมด้วย (Leone, Coast, Narayanan, & Aikins, 2012)

ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual impact)

ผลกระทบจากโรคเรื้อรังต่อมิติทางด้านจิตวิญญาณ พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่เร้าที่มีผลกระทบต่อความเป็นองค์รวมของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะการ

เจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานใจ ความผิดหวังในชีวิต สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลทางจิตวิญญาณ (อวยพรและคณะ, 2553) การเจ็บป่วยเรื้อรังยังมีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติตามหลักศาสนา (O'Brien, 2014) ในการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาผลของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อความผูกพันทางจิตวิญญาณ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลต่อความผูกพันทางจิตวิญญาณ (Ballew et al., 2012) ทำให้ความผูกพันทางจิตวิญญาณลดลง (Jafari, Farajzadegan, Loghmani, Majlesi, & Jafari, 2014) และความผูกพันทางจิตวิญญาณยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย (ธนิญา, 2545) และความผูกพันทางจิตวิญญาณที่ต่ำมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Ross & Austin, 2015)

การดูแลมิติทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องการการดูแลครอบคลุมในทุกมิติ โดยเฉพาะการดูแลมิติทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ มีความรู้สึกปลอดภัย มีความหวัง และมีการให้อภัย (O'Brien, 2014) พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการพัฒนาบริการเพื่อส่งเสริมความผูกพันทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการได้รับความรัก ต้องการความหวัง ต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต มีการดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตนเอง ตามความเชื่อความศรัทธา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถต่อสู้กับการเจ็บป่วยในระยะเรื้อรัง โดยผู้ให้การดูแลอาจใช้วิธีการพูดคุยเพื่อให้ความหวัง (Ross & Austin, 2015) ดังนั้นพยาบาลจึงมีความสำคัญในการดูแลด้านมิติจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้เกิดความผูกพันทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า เกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง คุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัวจากสังคมรวมทั้งกระทบต่อสมาชิกครอบครัวและสมาชิกครอบครัวต้องใช้ระยะเวลาในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากขึ้น มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งทุกด้านมีผลกระทบต่อสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลทางจิตวิญญาณ

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเรื้อรังร่วมกับการกำเริบของโรคทางศัลยกรรม ทำให้เกิดอาการของโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์ทางอายุรกรรมร่วมด้วย

ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความหมายของความมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองว่ามีความสามารถ มีคุณค่า (วาทีนี, 2556) เป็นการพิจารณาตัดสินค่า ประเมินตนตามความรู้สึก ความคิด ความเชื่อหรือทัศนคติของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเองในการให้การยอมรับนับถือในความสามารถ และการกระทำสิ่งต่าง ๆ ของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง (สุมาลา, 2553; Coopersmith, 1969; Eby & Brown, 2009; Rosenberg, 1965) มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความพึงพอใจต่อตนเอง ยอมรับว่าตนเองมีความสำคัญ สามารถกระทำสิ่งต่างๆให้ประสบผลสำเร็จได้ รวมทั้งการได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่น ๆ ในสังคม มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (อะเคื่อและคณะ, 2557; อัญชลีและคณะ, 2558)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การยอมรับ ให้ความเคารพนับถือตนเองและการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ มองตนเองในด้านบวก เห็นว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีค่า และมีความพึงพอใจในตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

คูเปอร์สมิท (Coopersmith, 1969) ได้กล่าวถึงการที่บุคคลมองเห็นคุณค่าในตนเอง ทั้งสูงและต่ำว่า บุคคลที่มีการประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ ก็จะไม่มองเห็นคุณค่าในตนเอง มองว่าตนเองไม่มีค่า ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อย มีความวิตกกังวล หรือต้องพยายามแสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ ส่วนบุคคลที่มีการประเมินคุณค่าของตนเองสูง ก็จะมีความต้องการในการประสบความสำเร็จที่สูง มีการยอมรับตนเอง ให้ความเคารพตนเอง และหาหนทางไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งลักษณะ 3 ประการ ที่จะทำให้พัฒนาไปสู่การมีคุณค่าในตนเองสูง มีดังนี้

1. การให้การยอมรับ รู้จักในคุณค่าของตนเอง ว่ามีความสามารถในการที่จะทำหน้าที่ได้ประสบความสำเร็จ
2. การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน มีความรับผิดชอบ และนำไปสู่การปฏิบัติตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นต่อบุคคล และสิ่งแวดล้อม

3. การเคารพตนเอง เชื้อมั่นในตนเอง และสามารถแสดงพฤติกรรมออกมาได้อย่างเหมาะสม

มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการต้องการความรัก ต้องการเป็นเจ้าของ ซึ่งความต้องการนี้ มีองค์ประกอบมาจาก การนับถือตนเอง เชื้อมั่นในตนเอง มีความสามารถและได้รับการนับถือ และสามารถพัฒนาไปสู่การตระหนักรู้ในตนเอง โดยมาสโลว์ กล่าวถึงความต้องการทั้ง 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (physical need) เช่น อากาศ อาหาร น้ำ การพักผ่อน การขับถ่าย
2. ความต้องการความปลอดภัย (safety need) เช่น การมีที่พักอาศัยที่ปลอดภัย
3. ความต้องการความรักและเป็นเจ้าของ (love and belonging need) เช่น การหาคู่ครอง คนรู้ใจ
4. ความต้องการการยอมรับ (acceptation and recognition need) เช่น การยอมรับจากสมาชิกครอบครัว ชุมชน
5. ความต้องการการตระหนักรู้ในตนเองอย่างจริงจัง (self-actualization)
6. ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ (desire to know) ขั้นนี้เป็นความต้องการขั้นสูงที่ไม่ได้เป็นเพราะขาด แต่เกิดจากความต้องการเพื่อแสวงหาความเข้าใจ โดยไม่หวังผลตอบแทนทางวัตถุ
7. ความต้องการสุนทรียะ (aesthetic need) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดที่เน้นศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเอง

คุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกทั้งทางบวก และทางลบที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ถ้าเป็นความรู้สึกทางบวกจะเกิดการยอมรับนับถือตนเอง ให้การยอมรับในความสามารถและการกระทำที่นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Eby & Brown, 2009; Roach, 2001) ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี (ธีระชัย, พจนีย์, และเสนอ, 2557; สุวรรณี, วัลย์ลดา, อรพรรณ, และธเนศ, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองด้วยความภาคภูมิใจ นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนไร้ค่าหรือมีการยอมรับนับถือตนเองต่ำ (แสงจันทร์, 2556) ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว จากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยและได้รับการยอมรับจากเพื่อนวัยเดียวกัน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ได้ถ่ายทอดประสบการณ์ให้แก่คนรุ่นหลังส่งผลให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองสูง (ธีระชัยและคณะ, 2557) ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ทำให้เกิด

ความรู้สึกหมดหวัง ร่วมกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมถึงการเกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น เป็นสาเหตุให้ท้อแท้ หมดกำลังใจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (ประภาพร, 2556) และผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองทางลบ ก็จะรับรู้ว่าเป็นคนไร้ค่า ขาดความมั่นใจ โดยอาจมีสาเหตุมาจากความสามารถทางกายที่ลดลง มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีประสบการณ์การสูญเสียหน้าที่ ภาวะทุพพลภาพ มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ขาดเงิน ขาดรายได้ มีปัญหาทางเศรษฐกิจ (นิษาและรังสิมันต์, 2555; Roach, 2001) ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และมองตนเองไม่มีความหมาย ทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวังมากขึ้น (นิษาและรังสิมันต์, 2555) ดังนั้น แรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขซึ่งถือเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถให้การพูดคุย เสริมแรงให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุทำได้หลายรูปแบบ ได้แก่ โปรแกรมการออกแบบกิจกรรมศิลปะ โดยการวาดภาพ ปั้นดิน ทำโมบาย และงานศิลปะอื่นๆ มาเพื่อเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยมาใช้ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการบ้านบางแค โดยออกแบบให้สอดคล้องกับความสนใจของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งพบว่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนาน ผ่อนคลาย เกิดปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (คานธีชาและบุญรัตน์, 2555) นอกจากนี้ยังนำโปรแกรมกิจกรรมศิลปะมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจ และรับรู้ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (นปภัชและจิราพร, 2557) การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การเดิน การทรงตัว การยืดหลัง จี๊ง และการเต้นรำ มาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายเป็นการส่งเสริมความสามารถทางด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพดี และป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจนอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (Park, Han, & Kang, 2014) การใช้กลุ่มการระลึกความหลังในสถานสงเคราะห์ทหารผ่านศึก เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ทำให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยกันพูดคุยเพื่อประคับประคองด้านจิตใจโดยเฉพาะเหตุการณ์ทางบวกที่มีคุณค่าในชีวิต เป็นกระบวนการที่ช่วยในการปรับความคิดให้มองเหตุการณ์ด้านบวก ส่งเสริมให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง ($p < .05$) (Wu, 2011) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย ศิลปะ การระลึกความหลัง หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม สามารถส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุได้

พยาบาลสามารถเพิ่มความมีคุณค่าสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการช่วยสนับสนุนการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันได้ (ปริญาและระวีวรรณ, 2548; Miller, 2015a) นอกจากนี้ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุให้ และได้รับจากสมาชิกครอบครัว ทำให้เกิดควมมีคุณค่าในตนเอง (ปริญาและระวีวรรณ, 2548) การพูดคุยเพื่อช่วยเสริมแรงทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (Miller, 2015b) สำหรับในบริบทของโรงพยาบาล พยาบาลและสมาชิกครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเอง สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พูดคุยเสริมแรงให้กำลังใจให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. อายุ คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจากช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง โดยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มมากที่สุดช่วงอายุ 50 - 60 ปี และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orth, & Robins, 2014) ซึ่งต่างจากการศึกษาของอัญชลีและคณะ (2558) ที่พบว่าอายุไม่มีผลต่อระดับควมมีคุณค่าในตนเอง และพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยควมมีคุณค่าในตนเองสูงที่สุด
2. ลักษณะนิสัยของบุคคล และบุคลิกภาพ พบว่าลักษณะนิสัยของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับควมรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน (Orth, & Robins, 2014) และบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน มีผลต่อควมมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน ได้แก่ บุคลิกภาพที่เปิดเผย (extraversion) บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (emotional stability) บุคลิกภาพแบบประนีประนอม (agreeableness) และบุคลิกภาพแบบยึดมั่นในหลักการ (conscientiousness) จะมีความสัมพันธ์กับควมมีคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งแตกต่างจากบุคลิกภาพแบบใจกว้าง (openness) จะมีความสัมพันธ์กับควมมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Zeigler-Hill et al., 2014) บุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉงทำให้สามารถปรับตัวได้ดี และมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง (ปริญาและระวีวรรณ, 2548)
3. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีข้อจำกัดของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาในด้านการรับรู้การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว การมองเห็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นำไปสู่ภาวะพึ่งพาผู้อื่น คุกคามต่อควมมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 2015a) ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับควมมีคุณค่าในตนเอง (ปริญาและระวีวรรณ, 2548; ชัยฤทธิ์และอรุณี, 2542) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจมีอาการทรุดลง ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือกลายเป็นคนพิการ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (แสงจันทร์, 2556)

4. ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีคุณค่าในตนเองต่ำ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำก็จะทำให้ครุ่นคิดบางอย่างอยู่ตลอด ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่โรคซึมเศร้า (Kuster, Orth, & Meier, 2011) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความมีคุณค่าในตนเอง (Nima et al., 2013)

5. สมาชิกครอบครัว การที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว สมาชิกครอบครัวมีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (Miller, 2015a) เป็นผลเนื่องมาจากการที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อความเครียด และอาการเหนื่อยล้าของสมาชิกครอบครัว ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัวลดลง (Sansoni et al., 2013) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการดูแลจากสมาชิกครอบครัว และพยาบาลในลักษณะที่ไม่เต็มใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยใจจากการที่ไม่ได้รับความสนใจจากสมาชิกครอบครัว ทำให้มีคุณค่าในตนเองลดลง (แสงจันทร์, 2556)

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้มากกว่าวัยอื่น ๆ ร่วมกับมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ร่วมกับอาจมีข้อจำกัดของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรืออาจมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น และผลจากการเหนื่อยล้าของสมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสูงอายุ และสมาชิกครอบครัวลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังลดลง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ ภาวะการเจ็บป่วยหรือระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยจึงควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยวิธีการจับคู่ โดยนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันในคุณลักษณะที่เป็นตัวแปรแทรกซ้อน

แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมองเห็นคุณค่าในตนเอง การประเมินจึงเป็นสิ่งที่กระทำได้ยาก แต่ก็มีผู้สร้างเครื่องมือในการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสรุปแบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง ได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบประเมินคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยเจตคติ และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ซึ่งถ้ามีค่าคะแนนน้อยหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และค่าคะแนนมากหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ซึ่งสุวรรณณี (2556) นำมาใช้ในการประเมินคุณค่าในตนเองโดยทั่วไปของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม มีค่าความเชื่อมั่น cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 และมีการศึกษาที่นำมาใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (อัญชลีและคณะ, 2558; Melendez-Moral et al., 2013) พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุสามารถประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ทั้งความรู้สึกทางบวกและทางลบได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังนำแบบวัดคุณค่าในตนเองมาดัดแปลงเป็นแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองฉบับภาษาไทย (The Chinese version of Rosenberg Self-Esteem Scale) ซึ่งใช้ในการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเองเป็นรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน โดยข้อคำถามข้อที่ 1 2 4 6 7 และ 8 เป็นข้อคำถามทางบวก ส่วนข้อคำถามข้อที่ 3 5 9 และ 10 เป็นข้อคำถามทางลบ ซึ่งถ้าคะแนนสูงหมายถึงมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมาก มีค่าความเชื่อมั่น cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85 (Zhou et al., 2012)

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของคูเปอร์สมิท (Coopersmith Self-Esteem Inventory, 1984) โดยมีการพัฒนาขึ้น 3 ฉบับ ได้แก่ (1) ฉบับสำหรับนักเรียน (school form) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 หมวด ซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านทั่วไป ด้านสังคม และเพื่อน ด้านพ่อแม่และสมาชิกครอบครัว ด้านโรงเรียนและการศึกษา ด้านการตอบไม่ตรงความจริง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 58 ข้อ (2) ฉบับสั้น (short form) (3) ฉบับสำหรับผู้ใหญ่ (adult form) มีข้อคำถามแบบให้ตอบรับหรือปฏิเสธ (yes-no question) มีคะแนนเต็ม 25 คะแนน มีข้อคำถามทางบวก 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 17 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 0-8 คะแนน คือ มองเห็นคุณค่าตนเองต่ำ 9-17 คะแนน คือ มองเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง 18-25 คะแนน คือ มองเห็นคุณค่าในตนเองสูง โดยชัยฤทธิ์และอรุณี (2542) ได้นำมาประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

สำหรับการศึกษานี้โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยเยาวลักษณ์ (2529) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่มากจึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้ทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

และมีการนำมาใช้ในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ จากการประเมินค่าความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าค่าที่ยอมรับได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นมีค่าความเชื่อมั่น cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคล มีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้มีความหวังและกำลังใจที่จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต สามารถเผชิญกับความตายได้อย่างเข้มแข็งและมีสติ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (วรรณวิสาข์, 2555) รู้สึกมีความสุข ความปีติ ความอึ้งใจ ความสงบ ความรู้สึกพอเพียง และมีความหวังในชีวิต (ทัศนีย์, 2552) เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด (อำพล, 2546) รวมไปถึงความเชื่อ ศาสนา (Roach, 2001) ทำให้บุคคลมีพลังงานในตัว มีกำลังใจ มีความหวัง (วิไลวรรณ, 2554)

สำหรับการศึกษานี้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจ เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่แสดงถึงความสงบ มีความเข้มแข็งทางจิตใจ ยอมรับความจริง มีความหวัง และกำลังใจที่จะสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างเข้มแข็ง

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

จิตวิญญาณ (spiritual) เป็นจิตขั้นสูง คือ จิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด (ประเวศ, 2543) จิตที่มีปัญญา ที่จะนำไปสู่การมีสภาวะ (พลินี, สุภกาญจน์, และสมฤทัย, 2546) รวมถึงความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาความเป็นมนุษย์ที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมาย และทิศทางในการดำเนินชีวิต เป็นพลังที่เกี่ยวข้องกับความมีชีวิตจิตใจ ทำให้บุคคลมีหลักการของชีวิต และเป็นผู้มีอุดมการณ์ สามารถแสวงหาความหมายในชีวิตได้ (วิไลวรรณ, 2554)

ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คือการให้อภัย ต้องการความรัก ต้องการการยอมรับ ต้องการความหวัง (Roach, 2001) โดยรากฐานของมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ให้ความสำคัญต่อความหมายของการมีชีวิตอยู่ คือ “ชีวิตมีอยู่เพื่ออะไร” เป็นการให้คุณค่า และความหมายในชีวิต (ระวี, 2546)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลแต่ละบุคคล เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และพัฒนาไปตามช่วงวัยหรือประสบการณ์ในชีวิต (วรรณวิสาข์, 2555) อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ และการนับถือศาสนา ทำให้มีวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวและสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความหวัง และกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต (วรรณวิสาข์, 2555) โดยเฉพาะในวัยสูงอายุร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังทำให้ความผาสุกทางจิตวิญญาณลดลง พบว่าการได้รับการดูแลทางด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยเรื้อรัง และมิติจิตวิญญาณ พบว่า การมองชีวิตไม่เป็นเพียงการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเท่านั้น แต่เห็นมิติของความเป็นมนุษย์ในมิติทางจิตวิญญาณของสุขภาพ สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นการสื่อสารให้เห็นเรื่อง สุขภาพหรือสุขภาวะ นอกจากมิติทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมแล้ว ยังมีอีกมิติหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียด ความถูกต้อง การเข้าถึงคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด คือ มิติทางจิตวิญญาณ (พลินีและคณะ, 2546) จิตวิญญาณเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต มีอิทธิพลมาจากศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อให้บุคคลมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ อันนำมาซึ่งสุขภาวะของบุคคลที่แท้จริง (จารุวรรณและสุพัตรา, 2554) ซึ่งพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของภาวะสุขภาพ (Ballew et al., 2012) เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและพัฒนาไปตามช่วงวัยหรือประสบการณ์ในชีวิต ในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม มิติด้านจิตวิญญาณเป็นมิติที่ไม่หยุดนิ่ง แต่กลับมีการแสดงออกมากเป็นพิเศษเมื่อต้องพบกับภาวะวิกฤติของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียต่าง ๆ (วรรณวิสาข์, 2555) การเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะวิกฤตถือเป็นความทุกข์ทางจิตวิญญาณ (บุปผา, 2546) โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติตามหลักศาสนา (O'Brien, 2014) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Whelan-Gales et al., 2009) ความผาสุกทางจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อร่างกายในหลายด้าน พบว่า ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์กับการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับการอักเสบของร่างกาย (C-reactive protein) ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต (Holt-Lunstad, Steffen, Sandberg, & Jensen, 2011) ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลต่อจิตวิญญาณ (Bussing & Koenig, 2010) เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาทำให้มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานใจ ผิดหวังในชีวิต พิกการ ทุพพลภาพ ทำให้เสียสมดุลทางจิตวิญญาณ (อวยพร, 2553; Roach, 2001) มีการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะจิตวิญญาณ (ธนิญา, 2545; วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552; Ballew et al., 2012) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีระดับจิตวิญญาณต่ำมีความสัมพันธ์กับการแสดงอาการของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Ballew et al., 2012)

ความต้องการทางจิตวิญญาณ บุคคลมีความต้องการทางจิตวิญญาณทั้งเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วย แต่ในยามเจ็บป่วยบุคคลจะมีความต้องการทางจิตวิญญาณมากเป็นพิเศษเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือเพื่อต่อรองจากสิ่งที่มองไม่เห็น อาจเป็นจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า ความเชื่อนี้จะช่วยให้บุคคลมีความหวัง มีกำลังใจ และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย (ทัศนีย์, 2552) เมื่อบุคคลได้ดำเนินชีวิต หรือได้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าชีวิตของตนมีความหมายต่อตนเอง ต่อบุคคลสำคัญในชีวิต มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวังในชีวิต ได้รับความรักจากผู้อื่น ซึ่งมีความสำคัญในชีวิต และสามารถให้ความรักต่อผู้อื่นที่มีความสำคัญที่สุดในชีวิต ได้รับการอภัยและให้อภัยแก่ผู้อื่น จิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย (บุปผา, 2546) แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลต้องการความหวังและกำลังใจจากบุคคลในสมาชิกครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น (ทัศนีย์, 2552) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุจึงมีความต้องการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ

การดูแลทางจิตวิญญาณ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีผลช่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรค และสร้างสรรค์ให้เกิดความสุข (สุรีย์, สมจิตต์, และสมจิต, 2557) ผู้ที่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลมีพลังในตัว มีกำลังใจ และมีความหวัง นอกจากนี้การได้รับความรัก ความรู้สึกผูกพัน การเอาใจใส่ ไม่เพียงแต่เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ยังเป็นการช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย (ชนิกา, 2549) การสนับสนุนส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณที่ดีจึงเป็นการทำให้บุคคลค้นพบความหมายของชีวิต รู้สึกถึงความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายในชีวิต (Bussing & Koenig, 2010; Roach, 2001) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทาง

ศาสนามีผลช่วยในการเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในสังคมไทย ศาสนาเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของชาวพุทธ และศาสนายังเป็นสิ่งที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่เด็ก บุคคลที่มีความศรัทธาและเชื่อมั่นในศาสนาจึงปฏิบัติตามความเชื่อ ตามหลักศาสนาเพื่อให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีกำลังใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552) การได้รับการดูแลและตอบสนองทางจิตวิญญาณ จะส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการนำวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การระลึกความหลัง การสวดมนต์ การอยู่ในสถานที่เงียบๆ (Whelan-Gales et al., 2009) การไหว้พระ ทำสมาธิ (พรทิพย์และทิติยา, 2555; สุรีย์และคณะ, 2557) การปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา (วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552) ซึ่งอธิบายได้ว่าหลังจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการแก้ไขในระยะเฉียบพลันแล้ว ควรให้สมาชิกครอบครัวและผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติต่าง ๆ ได้แก่ การระลึกถึงความทรงจำทางบวก การสวดมนต์ การอยู่ในสถานที่เงียบๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Whelan-Gales et al., 2009) ควรมีการส่งเสริมความผาสุกในด้าน ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความผาสุกในสิ่งที่ยึดมั่นในศาสนา ซึ่งมีการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ มาใช้เพื่อสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่สัมพันธ์กับศาสนา (วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552) การบูรณาการภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการไหว้พระ ทำสมาธิ (พรทิพย์และทิติยา, 2555; สุรีย์และคณะ, 2557) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับง่าย ไม่ฝันร้าย ช่วยให้มีขวัญ และกำลังใจ รู้สึกดี มีความหวัง มีความสุขใจ สบายใจ รวมทั้งรู้สึกทุกข์ทรมานลดลงจากโรคที่เป็นอยู่ และการที่ได้มีโอกาสปฏิบัติตามความเชื่อ แม้ในขณะที่เจ็บป่วย เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีวิถีชีวิตตามความศรัทธา โดยการนำภูมิปัญญาไทยมาส่งเสริมให้เกิดกำลังใจ และเกิดความผาสุก พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณมีผลช่วยลดความทุกข์ทรมานจากโรคได้ (สุรีย์และคณะ, 2557) การสวดมนต์ ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดเป็นสุข สงบ จิตใจเกิดสมาธิ และความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .04$) (พรทิพย์และทิติยา, 2555) การใช้เสียงสวดมนต์ประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายแบบซิงก พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น และความปวดลดลงในผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง (เพชรรัตน์และเสรี, 2556) การบูรณาการความรู้เรื่องศาสนาให้สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีผลช่วยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี (จิราพร, ดาราวรรณ, และฉันทนา, 2555) นอกจากนี้ยังมีการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้ระยะเวลาดำเนินโปรแกรมเป็นเวลา 1 สัปดาห์ วัดผลหลังให้โปรแกรม พบว่าสามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($Z = -4.2, p = .001$) และสามารถลดภาวะซึมเศร้า ($Z = -3.7, p = .001$) (Ando et al., 2008)

การจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุใช้เวลากับญาติมิตร การใช้เวลาเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ หรือมีกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดความรักความอบอุ่นระหว่างสมาชิกในสมาชิกครอบครัวหรือญาติมิตร ซึ่งมีความสำคัญต่อความสุขทางใจ ความมั่นคงด้านอารมณ์ และความมั่นใจในตนเองของบุคคล การแสดงความรัก เอื้ออาทรต่อกัน และมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตระหว่างกันในหมู่ญาติที่มีวัยต่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน เกิดการถ่ายทอดวัฒนธรรมจากผู้สูงอายุสู่ลูกหลาน เกิดความรัก และความภาคภูมิใจในบรรพบุรุษ และวัฒนธรรม (ทศนีย์, 2552) การใช้เวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดถึงเรื่องราวเกี่ยวกับความเชื่อ และคุณค่าของตนเอง เพื่อจะได้ทราบจากผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสิ่งใดมากที่สุด และเป็น การช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนความทรงจำที่งดงามในอดีต แล้วเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตเข้ากับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน เพื่อสร้างความหวังต่อไปในอนาคต (วรรณวิสาข์, 2555) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความคิด ความทรงจำที่ไม่ดี ไม่สามารถเข้าถึงสังคมได้ดังเดิม ไม่สามารถไปทำบุญที่วัดได้ มีเวลาอยู่กับตัวเองมากขึ้น จึงมักใช้เวลาทบทวนสิ่งที่ผ่านมา และพบว่าผู้สูงอายุมักจะเล่าเรื่องราวต่างๆ ของตนเองบ่อยๆ การเล่าเรื่องราวในอดีตจะช่วยให้ผู้สูงอายุค้นพบความหมายของชีวิต และเกิดความเข้มแข็ง ซึ่งจะส่งผลต่อความเชื่อ ความศรัทธาและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ทศนีย์, 2552)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการการส่งเสริมความผาสุก ไม่เพียงทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ต้องส่งเสริมสุขภาพ การทำหน้าที่ อารมณ์ และความผาสุกทางจิตวิญญาณ นั่นคือให้การดูแลร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณควบคู่กันไป (Miller, 2015a) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม ที่แสดงถึงคุณภาพการพยาบาล การให้การพยาบาลด้วยความเมตตาและเอื้ออาทรจะ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล และผู้ป่วยดำเนินไปด้วยดี การมีส่วนร่วมรับรู้ปัญหา และการ แลกเปลี่ยนแนวคิดเรื่องศาสนา และความเชื่อ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจ และสามารถ ค้นหาความหมายของการมีชีวิต และการเจ็บป่วย (ทศนีย์, 2552) โดยการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้ ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจที่เข้มแข็ง เพื่อต่อสู้หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องใช้ ความรู้ความสามารถทางการพยาบาลที่มีอยู่ ได้แก่ องค์ความรู้ทางการพยาบาลร่วมกับกระบวนการ พยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย (บุปผา, 2546) ดูแลทางจิตวิญญาณในด้านรูปแบบการ ดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจทางศาสนา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (อวยพรและคณะ, 2553) นำไปสู่ผลลัพธ์ทางการ พยาบาล คือ ความหวัง และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งที่พยาบาลจะทำได้คือ การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การส่งเสริมความหวัง การระลึกความหลัง ส่งเสริมความเชื่อทางศาสนา ให้การ

สนับสนุนทางจิตวิญญาณ (Miller, 2015b) ดังนั้นการดูแลทางจิตวิญญาณจึงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

จากการทบทวน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ต้องเผชิญกับโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลาานาน และความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ และมีความหวัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อความสุขทางใจสำหรับผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนความทรงจำที่งดงามในอดีต และค้นพบความหมายของชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

1. อายุ พบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเชื่อมั่นทางจิตวิญญาณสูง และผู้ที่มีอายุมากจะมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (อวยพรและคณะ, 2553)
2. เพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์ทางด้านจิตวิญญาณที่แตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีประสบการณ์ทางด้านจิตวิญญาณมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Ballew et al., 2012)
3. แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ขณะที่ผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการความหวังและกำลังใจจากบุคคลในสมาชิกครอบครัว ญาติมิตร รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เพื่อต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียที่กำลังจะเกิดขึ้น (ทัศนีย์, 2552) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .49, p < .05$) (วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552) ผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้มีสุขภาพทางจิตวิญญาณที่ดี และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่สูงด้วย (Koenig, George, & Titus, 2004)
4. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นสิ่งเร้าที่มีผลต่อความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (อวยพรและคณะ, 2553) ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอาการทางกาย ความเครียดที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีอาการของโรครุนแรงขึ้นทำให้ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ต้องมาอยู่ในสถานที่ไม่คุ้นเคย รู้สึกสูญเสีย และถูกคุกคามความเป็นอิสระจากการที่ต้องนอนพักเฉพาะบนเตียงใน

โรงพยาบาล และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Koenig et al., 2004; Whelan-Gales et al., 2009) ส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ธัญญา, 2545; วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552; Whelan-Gales et al., 2009)

5. ภาวะซึมเศร้า พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย ($p < .01$) (Whelan-Gales et al., 2009)

6. ศาสนา ผู้สูงอายุเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ศาสนา และจิตวิญญาณมีส่วนสำคัญต่อการเผชิญกับความเจ็บป่วย (Koenig et al., 2004) การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนา มีผลช่วยในการเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วิไลลักษณ์และสุรีย์พร, 2552) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย และมีเป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (วรรณวิสาข์, 2555)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่ามีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยวิธีการจับคู่ โดยนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันในคุณลักษณะที่เป็นตัวแปรแทรกซ้อน

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้เฉพาะบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวังและกำลังใจ สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต รวมถึงการได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา การประเมินด้านมิติความผาสุกทางจิตวิญญาณค่อนข้างมีความซับซ้อน และมีหลายรูปแบบ ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีความแตกต่างกัน จากการศึกษาพบการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณทั้งหมด 5 รูปแบบ ดังนี้

1. แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูเซียนและเอลลิสัน (Paloutzion & Ellison, 1982) แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น 2 ด้าน คือ (1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ เป็นความรู้สึกว่าชีวิตมีเป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และ (2) ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา เป็นความรู้สึกผาสุกที่มีความสัมพันธ์กับพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ เป็นคำถามเกี่ยวกับ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในการศรัทธายึดมั่นในศาสนา 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม ทางบวก 11 ข้อ และคำถามทางลบ 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แต่ละข้อมีให้เลือก 6 ระดับ ตั้งแต่ “เห็นด้วยมากที่สุด” จนถึง “ไม่เห็นด้วยมากที่สุด” แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของพอลูเซียนและเอลลิสัน

(Paloutzian & Ellison, 1982) แปลเป็นภาษาไทยโดยธัญญา (2545) โดยมีการปรับเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยจำนวนข้อคำถามมีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่ขึ้นอยู่กับอยู่ 10 ข้อ และความผาสุกในความยึดมั่นศรัทธาทางศาสนา 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก 12 ข้อ และคำถามด้านลบ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86 (ธัญญา, 2545)

2. แบบประเมินประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ (Daily Spiritual Experience Scale; DSES) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยอันเดอร์วู้ดและเทเรซี (Underwood & Teresi, 2002) โดยนำมาใช้วัดทั้งในมิติของศาสนาและจิตวิญญาณ ซึ่งให้นิยามจิตวิญญาณว่าเป็นการรับรู้กับสิ่งเหนือธรรมชาติ การที่บุคคลรับรู้ในสิ่งที่เหนือธรรมชาติที่มีผลต่อชีวิต ซึ่งข้อคำถามในเรื่องต่าง ๆ ทั้งหมด 16 ข้อ คำถาม ได้แก่ ความมกตัญญู ความเมตตา ความสงสาร การรับรู้ในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ข้อคำถามข้อที่ 1 - 15 เป็นแบบการเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย จนถึงเกิดขึ้นบ่อย ๆ ส่วนคำถามข้อที่ 16 เป็นการถามความรู้สึกที่มีต่อพระเจ้า เป็นแบบการเลือกตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก มีการตรวจสอบความเที่ยง เท่ากับ .94 (Ng, 2014)

3. แบบประเมินทางจิตวิญญาณ (Spiritual Assessment Scale; SAS) ใช้วัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ซึ่งพบว่าสามารถประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ทั้งมิติของศาสนา และมิติของจิตวิญญาณ แบบการเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยมาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92 (O'Brien, 2014)

4. เครื่องมือการประเมินภาวะด้านจิตวิญญาณ โดยการใช้วิธี FICA (FICA spiritual assessment tool) ของพูชาลสกีและคณะ (Puchalski, Borneman, & Ferrell, 2010) โดยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 การประเมินความศรัทธาและความเชื่อ (F: faith belief meaning) โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความศรัทธาและความเชื่อของผู้สูงอายุ ความเชื่อหรือคำสอนทางศาสนา เป็นสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2 การประเมินสิ่งสำคัญเกี่ยวกับความเชื่อในชีวิตของบุคคล (I: importance and influence) โดยการสอบถามเกี่ยวกับบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิต บุคคลที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อ ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้มแข็ง รู้สึกไม่สิ้นหวัง ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพหรือต่อความเจ็บป่วย ความศรัทธาต่อศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ ซึ่งจะช่วยลดความทุกข์ การปฏิบัติทางศาสนาต่อความเชื่อ ความเจ็บป่วยกับการปฏิบัติกิจกรรมทาง

ศาสนา หนังสือธรรมะหรือสัญลักษณ์ทางศาสนาที่ช่วยด้านความเชื่อ ผลของความเชื่อต่อภาวะสุขภาพ

4.3 การประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน (C: community) โดยการสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาของชุมชน องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีบทบาทสำคัญในชีวิตอย่างไร หรือมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างไร

4.4 การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ (A: address in care) ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือความพึงพอใจต่อความช่วยเหลือ โดยที่มสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลทางจิตวิญญาณต่อไป

5. การประเมินมิติของศาสนาและจิตวิญญาณ (Brief Multidimensional Measure of Religion/Spirituality; BMMR/S) ซึ่งสามารถประเมินแต่ละมิติ (Park, Lim, Newlon, Suresh, & Bliss, 2014) ดังต่อไปนี้

5.1 การให้อภัย โดยการประเมิน 3 เรื่อง ได้แก่ การให้อภัยจากพระเจ้า การให้อภัยจากสิ่งอื่น ๆ และการให้อภัยตนเอง

5.2 ประสบการณ์ทางมิติจิตวิญญาณ ประเมินโดยการถามเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกที่มีต่อพระเจ้าหรือศาสนา

5.3 ความเชื่อในชีวิตหลังความตาย โดยถามเกี่ยวกับท่านมีความเชื่ออย่างไรในชีวิตหลังความตายเมื่อท่านเสียชีวิตไปแล้ว

5.4 ศาสนาที่นับถือ อะไรที่นำมาตัดสินใจในการนับถือศาสนา

5.5 การยึดมั่นในศาสนา

5.6 ประเมินเกี่ยวกับความถี่บ่อยในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

5.7 ประเมินเกี่ยวกับการจัดการทางด้านจิตวิญญาณ

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูเซียนและเอลลิสัน (Paloutzion & Ellison, 1982) แบบวัดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ โดยแบ่งวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็น 2 ด้าน คือ (1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และ (2) ความผาสุกในความศรัทธายึดมั่นในศาสนา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยธัญญา (2545) เนื่องจาก มีจำนวนข้อคำถามไม่มากซึ่งมีจำนวนข้อที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ อ่านแล้วเข้าใจง่ายสะดวกในการนำไปใช้ มีเนื้อหาสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัด ได้แก่ ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และความผาสุกเกี่ยวกับศาสนา มีความตรงของเนื้อหา และจากการตรวจสอบความเที่ยงมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 ซึ่งอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง

ความหมายของการระลึกความหลัง

การระลึกความหลัง (reminiscence) หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดในเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ทุกช่วงชีวิตที่ผ่านมาในหลาย ๆ ด้าน โดยการใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา (รุจิรา, 2548; ปราณิต, 2552; Butler, Lewis, & Sunderland, 1998; Eliopoulos, 2014b; Pinguart & Forstmeier, 2012; Webster & Haight, 1995) ช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และได้มีโอกาสบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง เพื่อกระตุ้นความจำ และอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยใช้เรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจ ต่อเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ลืม หรือทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสระบายความรู้สึก (Bluck & Levine, 1998; Hamilton, 1992)

สำหรับการศึกษานี้ การระลึกความหลัง หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุกลับไปย้อนคิดถึงเรื่องราวในอดีต ค้นหาความหมายและคุณค่าของเหตุการณ์ และได้มีโอกาสบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง

ทฤษฎีพื้นฐานของการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังพัฒนามาจากทฤษฎีระยะพัฒนากิจชีวิตของอีริกสัน (Erikson's Developmental Tasks; Erikson, 1963) ซึ่งได้อธิบายว่า ในชีวิตแต่ละขั้นตอนของมนุษย์ ต้องฝ่าฟันอุปสรรคให้สำเร็จเพื่อก้าวเข้าสู่ขั้นตอนชีวิตขั้นต่อไป ซึ่งเป็นพันธกิจของบุคคลที่ต้องเผชิญในช่วงระยะพัฒนาการของชีวิต 8 ช่วง เรียกว่า พัฒนากิจตั้งแต่เกิดจนเป็นผู้สูงอายุ โดยเน้นความแตกต่างของความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละช่วงอายุกับความต้องการด้านเจตคติและทักษะ และความต้องการด้านจิตใจ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะแรกเกิดถึง 1 ปี เป็นลักษณะของความเชื่อถือไว้วางใจและความไม่เชื่อถือไม่วางใจ (basic trust and basic mistrust)

ระยะที่ 2 ระยะ 2 - 3 ปี เป็นลักษณะของความเป็นอิสระกับความละอาย ความสงสัย ไม่แน่ใจ (autonomy and shame and doubt)

ระยะที่ 3 ระยะ 3 - 5 ปี เป็นลักษณะของความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด (initiative and guilt)

ระยะที่ 4 ระยะ 6 ปี เป็นระยะของความขยันหมั่นเพียรกับความรู้สึกด้อย (industry and inferiority)

ระยะที่ 5 ระยะวัยรุ่น ช่วงอายุระหว่าง 12 - 20 ปี เป็นลักษณะของการทำความเข้าใจกับตนเองได้ กับความสับสนไม่เข้าใจตนเอง (identity and role confusion)

ระยะที่ 6 ระยะเริ่มเป็นผู้ใหญ่ ช่วงอายุระหว่าง 20 - 40 ปี เป็นระยะของความใกล้ชิดสนิทสนมและความเป็นปึกแผ่นกับความโดดเดี่ยวอ้างว้าง (intimacy and isolation)

ระยะที่ 7 ระยะผู้ใหญ่ ช่วงอายุระหว่าง 40 - 60 ปี เป็นลักษณะของการกำเนิดและเลี้ยงดูบุตร กับการหมกมุ่นใฝ่ใจแต่ตนเอง (generativity and stagnation) เป็นช่วงระยะที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต

ระยะที่ 8 ระยะวัยชรา เป็นลักษณะของความมั่นคงสมบูรณ์ กับความหมดหวัง ทอดอาลัย (ego integrity and despair) ได้แก่ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง การชื่นชมกับชีวิตในอดีต และการเตรียมตัวเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อความสิ้นหวัง โดยให้สามารถคงไว้ซึ่งความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง (ego integrity) ใช้ชีวิตแต่ละช่วงวัยที่เป็นอิสระมากขึ้น หาจุดมุ่งหมายใหม่ในชีวิต และมีบทบาทใหม่เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความหมาย

พัฒนาการทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ อยู่ในระยะที่ 8 ซึ่งถือว่าเป็นระยะบูรณาการกับความสิ้นหวัง (ego integrity versus despair) ซึ่งเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต การปรับตัวของวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการของวัยที่ผ่านมาในวัยที่ผ่านมาสามารถผ่านภาวะวิกฤติการณ์แต่ละช่วงวัยมาด้วยดี เมื่อถึงวัยสูงอายุก็จะสามารถปรับตัวได้ดีเช่นกัน เมื่อผู้สูงอายุทวนคิดถึงอดีต และรู้สึกพอใจกับการกระทำของตนในอดีตที่ผ่านมา จะมองอดีตเต็มไปด้วยความสำเร็จ มีปรัชญาชีวิตของตนเอง มีความพึงพอใจ ภาคภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนเองให้แก่ลูกหลาน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีบุคลิกภาพที่เป็นคนเข้มแข็ง เกิดความมั่นคงทางใจ มีความภาคภูมิใจ และยอมรับสภาพของตนเองได้รู้จักปล่อยวางกับเรื่องราวในอดีต และกล้าเผชิญต่อเหตุการณ์ในอนาคต แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว้าวุ่นในช่วงชีวิตที่ผ่านมาตนเองใช้ชีวิตอย่างไร้ค่า ไม่น่าภาคภูมิใจ ชีวิตที่ผ่านมาแต่ความล้มเหลว มีความทุกข์และผิดหวัง ก็จะทำให้เกิดความสิ้นหวังในชีวิต เสียเวลาที่ผ่านมา ไม่พอใจกับชีวิตในอดีต ไม่ยอมรับสภาพตนเอง เกิด

ความคับข้องใจกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ขาดความสงบสุขในชีวิต รู้สึกไร้ค่า อยากย้อนกลับไปแก้ไขเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งไม่สามารถทำได้ ผลที่ตามมาคือ ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ มีปัญหาทางจิตใจ มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองโลกและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในด้านลบ รู้สึกหวาดกลัวต่อความตาย

ทฤษฎีระลึกความหลังของบัทเลอร์ (Butler et al., 1998) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนชีวิต (life review) เป็นการสะท้อนเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเองในสิ่งที่อาจจะลืมไปหรือความทรงจำที่เพิ่งสูญหายไป โดย บัทเลอร์ นำการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุ เป็นการนำประสบการณ์ต่างในอดีต และอัตมโนทัศน์ทางบวกของผู้สูงอายุ เพื่อสามารถกลับไปมองอีกครั้งและคิดเกี่ยวกับสิ่งเหล่านั้นใหม่โดยผ่านกระบวนการระลึกความหลัง การนึกถึงอดีตของผู้สูงอายุมีทั้งคุณและโทษ ในด้านที่เป็นคุณค่า คือ การฝึกฝนความจำ ดึงความรู้สึกในจิตใจได้สำนึก เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง โทษของการคิดย้อนอดีต คือ ทำให้ผู้สูงอายุเศร้าหมอง กลัว กังวล มีความรู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง อาลัยอาวรณ์อดีต แต่อย่างไรก็ดี บัทเลอร์ เชื่อว่า การระลึกความหลังมีคุณมากกว่าโทษ เพื่อช่วยพัฒนาสุขภาพจิต ทำให้เกิดการย้อนคิดและทบทวนเรื่องราวในอดีต นำไปสู่ความผาสุกได้

โรเบิร์ต เพค (Robert Peck อ้างตามวิไลวรรณ, 2554) ได้ขยายแนวคิดของอีริคสัน (Erikson, 1963) ให้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการสร้างความรู้สึกมีศักดิ์ศรีในตัวเองได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นสองกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น อยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปี และวัยปลาย อยู่ในช่วง 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในด้านกายภาพ และจิตสังคม เชื่อว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับงานที่ทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุความรู้สึกมีคุณค่านี้จะลดลง เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ถ้าสามารถยอมรับได้ชีวิตก็จะมีความสุข ผู้สูงอายุควรหาความสุขทางใจมากกว่าติดอยู่กับความจำกัดของร่างกาย และเมื่อยอมรับเรื่องความตายได้ ก็จะไม่รู้สึกกลัว ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ 3 ลักษณะ (Eliopoulos, 2014a) คือ (1) ความรู้สึกที่รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ต่อบทบาทที่ลดลง มีความรู้สึกพอใจในการที่สามารถหาสิ่งอื่นมาทำแทน (2) ความรู้สึกที่ผู้สูงอายุสามารถยอมรับต่อสภาพร่างกายของตนเองที่เสื่อมถอยลงทำให้ชีวิตมีความสุขจากการที่สามารถยอมรับและปรับตัวได้ และ (3) ความรู้สึกที่มีการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และยอมรับความตายได้โดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

ทฤษฎีระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) กล่าวว่า การระลึกความหลังเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการสูญเสีย เพื่อนำไปสู่การค้นหาความหมายของชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุคิดถึงอดีต รวมทั้งเรื่องราวต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขพึงพอใจ จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความมั่นคงและยอมรับสภาพของ

ตนเองได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ หรือความทรงจำนั้น (experiencing) และ (3) ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction)

แนวคิดเกี่ยวกับการระลึกความหลัง

การย้อนคิดถึงความหลังเป็นพฤติกรรมของคนทุกวัย คนมักคิดถึงความหลังมากขึ้นในวัยสูงอายุ การย้อนคิดถึงความหลังมีหลายรูปแบบ เช่น นั่งคิดคนเดียวเงียบๆ พูดบอกเล่าผู้อื่น เขียนเล่าด้วยตัวหนังสือ เดินทางไปสถานที่คุ้นเคยในอดีต เยี่ยมเยือนผู้ที่คุ้นเคย สะสมของที่ระลึก การระลึกความหลังมีทั้งที่ประกอบด้วยสาระและจุดหมายที่แน่นอน ทั้งไร้สาระไร้จุดหมาย ทั้งมีความสำคัญและไร้ความสำคัญ (ศรีเรือน, 2553) การระลึกความหลังได้รับความสนใจจากนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานมาตั้งแต่ Butler (1963) พอๆกับการทบทวนชีวิต โดยการระลึกความหลังได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในสาขาการพยาบาล การจัดกิจกรรมสันทนาการเพื่อการบำบัด การดูแลผู้สูงอายุ และมิติทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ การพัฒนาทางด้านจิตใจ การรับรู้ และบุคลิกภาพ (Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010)

กระบวนการระลึกความหลังมีขั้นตอนคล้าย ๆ กับการทบทวนชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เป็นข้อขัดแย้งในอดีตที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ความโศกเศร้าเสียใจ ถึงแม้จะมีการจัดกระทำที่แตกต่างกัน แต่ก็เป็นการย้อนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตเหมือนกัน (Cotelli, Manenti, & Zanetti, 2012 ; Lin, Li, & Tabourne, 2011) เป็นกระบวนการระลึกถึงความทรงจำเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ในอดีต ให้ความหมายและประเมินคุณค่าของเหตุการณ์ตามการรับรู้ ตามความคิดและความรู้สึกของตนในปัจจุบัน (รุจิรา, 2548; Lynch, Epstein, & Smoski, 2014; Seymour, 1995) ซึ่งเป็นกลไกการปรับตัวต่อความเครียดหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ โดยการพูด การคิด หรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือจากการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อเรียนรู้และค้นหาความหมายในชีวิต (ปราณีต, 2552) การย้อนคิดถึงเกี่ยวกับความทรงจำของตนในอดีต เป็นการทำให้ความทรงจำมีความหมายมากขึ้น โดยการใช้เหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต นำมาเป็นเครื่องมือในการย้อนคิดถึงอดีต (Bluck & Levine, 1998) การย้อนระลึกถึงเหตุการณ์และกลับไปประเมินค่าประสบการณ์ในอดีตทั้งด้านดี และด้านไม่ดีอีกครั้ง นำประสบการณ์ทางบวกมาเป็นกำลังใจเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต (Ando, Morita, & Oshima, 2011)

วัตถุประสงค์ในการระลึกความหลัง เพื่อสะท้อนคิดในเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง โดยการใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่เป็นข้อขัดแย้งทั้งในตนเองและผู้อื่น (Bulter et al., 1998; Kennedy, 2000) โดยมี

เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ การให้อภัย (Seymour, 1995) การระลึกความหลังด้านบวก ทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดที่เข้มแข็งขึ้น ทำให้มีความสุขที่ได้เล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ของตนในอดีตที่ผ่านมา จึงนำมาใช้เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Gerfo, 1981; Seymour, 1995)

ผลดีในการนำมาการระลึกความหลังมาใช้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากเรื่องราวต่าง ๆ ที่ย้อนระลึกเป็นประสบการณ์ในอดีต ไม่ได้เป็นเรื่องราวใหม่ๆ จึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ (Chen et al., 2012) เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ไม่ใช่การรักษาทางจิต (Gibson, 2011) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่นำมาใช้บ่อย ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยสมองเสื่อม ในการให้การบำบัดผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม โดยการย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ อารมณ์ และความสัมพันธ์ในอดีต ซึ่งพบว่าทำให้อารมณ์ และความสามารถในการรับรู้บางอย่างดีขึ้น (Cotelli et al., 2012; Lin et al., 2011) ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นโดยเฉพาะระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว นำไปสู่ความพึงพอใจ ลดปัญหาเรื่องการแยกตัว และสามารถนำไปใช้ในการดูแลระยะยาว ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (Cooney et al., 2014) ช่วยเพิ่มความสามารถของการรู้คิดและอารมณ์ สามารถเพิ่มสุขภาวะทางกายโดยมีค่าคะแนนทางด้านบทบาท หน้าที่ทางกายภาพ ความปวดทางกาย และสุขภาพโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น (Cotelli et al., 2012; Lin et al., 2011) ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินและตีความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตให้มาอยู่กับปัจจุบัน ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เพิ่มทักษะทางสังคม และยังสามารถนำมาใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความวิตกกังวลอีกด้วย (Kennedy, 2000) สามารถรักษาสมดุลของภาวะอารมณ์เจ็บป่วย และเกิดความสงบสุขของจิตใจ (Ando et al., 2011) นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวและผู้บริการสุขภาพ (Azcurra, 2012)

จากการศึกษาการระลึกความหลัง พบว่ามีการกล่าวถึงการระลึกความหลัง หลายลักษณะ เช่น ชนิด ประเภท รูปแบบ และกระบวนการของการระลึกความหลัง เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ชนิดของการระลึกความหลัง

มีการแบ่งชนิดของการระลึกความหลังไว้ (Webster et al., 2010) ดังนี้

1.1 การระลึกความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) เป็นการระลึกความหลังอย่างง่าย แบบไม่มีโครงสร้าง โดยการให้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวประวัติของตนเอง และเป็นการระลึกความหลังที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยอาจเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสถานที่ เช่น การฉลองครบรอบ การพบปะสังสรรค์ระหว่างเพื่อน สมาชิกครอบครัว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลในการระลึกความหลัง ใช้การสนทนา การสอน การให้ข้อมูล ซึ่งนับเป็นการระลึกความหลังระดับธรรมดาที่สุด ระดับนี้สามารถใช้ในกลุ่มระลึกความหลังในสถานพยาบาล ผู้นำกลุ่มต้องการทักษะขั้นพื้นฐานในการดำเนินการตามกระบวนการระลึกความหลังที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม

1.2 การระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิต (life review reminiscence) เป็นชนิดที่ 2 ของการระลึกความหลัง ซึ่งจะมีโครงสร้างมากกว่าชนิด simple reminiscence มุ่งเน้นการผสมผสานระหว่างเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งอาจนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรบกวนทางจิตเวชระดับเล็กน้อย ซึ่งต้องการการสนับสนุนให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือช่วยให้สามารถค้นหาความต่อเนื่องระหว่างอดีตกับปัจจุบัน โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต โดยเน้นความสำเร็จต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในอดีตรวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่มีคุณค่า แล้วนำมาเป็นแนวทางในการนำไปสู่ความสำเร็จในปัจจุบัน ผู้นำกลุ่มต้องมีทักษะที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ทักษะในการสนทนา ทักษะในการถามที่ส่งเสริมการแก้ปัญหา และช่วยให้สมาชิกสามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต

1.3 การระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตเพื่อการบำบัด (life review therapy) เป็นชนิดที่ 3 ของการระลึกความหลัง ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตเวชเป็นการบำบัดทางจิตใจ มีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน ใช้กับคนที่มีปัญหาของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงหรือภาวะวิตกกังวล ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการส่งเสริมความสัมพันธ์เท่านั้น แต่มุ่งเน้นให้สามารถบรรเทาความซึมเศร้า ความเคียดแค้น และลดความเบื่อหน่ายในชีวิตลง การระลึกความหลังช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชระดับรุนแรงให้ผู้ช่วยกลับไปย้อนคิดถึงปัญหา และเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับความคิดทางลบ ปฏิสัมพันธ์ทางลบที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งผู้นำการบำบัดจะต้องมีทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะในการใช้การบำบัด

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการระลึกความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) โดยการให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวประวัติของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องราวทางบวก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความสุข ความประทับใจ ความภาคภูมิใจในแต่ละช่วงวัย และความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก ซึ่งผู้วิจัยมีความรู้เกี่ยวกับหลักการระลึกความหลัง โดยการเข้าร่วมอบรมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการระลึกความหลังซึ่งจัดรวมกับการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้สูงอายุ มีทักษะเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา จากการได้รับการฝึกปฏิบัติจากพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงสาขาจิตเวช

2. ประเภทของการระลึกความหลัง

วองและวัต (Wong & Watt, 1991) ได้มีการแบ่งประเภทของการระลึกความหลังไว้ดังนี้

2.1 การระลึกความหลังแบบผสมผสาน (integration reminiscence) โดยมีการผสมผสานระหว่างอดีตและปัจจุบัน ซึ่งเป็นการบอกความหมายของความรู้สึก คุณค่าในตนเอง การให้ยอมรับในตนเองและผู้อื่น ความขัดแย้งในตนเอง

2.2 การระลึกความหลังโดยใช้สื่อ (instrumental reminiscence) เป็นการระลึกความหลังโดยการวาดภาพประสบการณ์ในอดีตนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน นำไปสู่การระลึกถึงประสบการณ์ที่ยุ่ยาก ว่าบุคคลนั้นสามารถผ่านประสบการณ์ที่ยุ่ยากนั้นมาได้

2.3 การระลึกความหลังแบบส่งต่อ (transmissive reminiscence) เป็นการเล่าเรื่อง และระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในอดีต

2.4 การระลึกความหลังแบบหลีกเลี่ยง (escapist reminiscence) เป็นกลไกในการป้องกันตนเอง โดยเน้นที่การยกย่องอดีตและตำหนิติเตียนปัจจุบัน

2.5 การระลึกความหลังแบบย้ำคิด (obsessive reminiscence) เป็นการระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ครุ่นคิดอยู่ในจิตใจหรือเหตุการณ์ที่ค้างอยู่ในใจซึ่งเป็นการผสมผสานความคิดความล้มเหลวด้านลบและประสบการณ์ในอดีตกับความรู้สึกเชิงบวกในปัจจุบัน เพื่อคาดหวังความรู้สึกบวกมากขึ้นในปัจจุบัน

2.6 การระลึกความหลังแบบเล่าเรื่อง (narrative reminiscence) เป็นการระลึกความหลังโดยใช้ลักษณะของการบรรยายหรือการประเมินความหมาย และใช้การเล่าเรื่องเกี่ยวกับอัตชีวประวัติ

การเลือกใช้ประเภทของการระลึกความหลังที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่มีประเภทของการระลึกความหลังที่เฉพาะเจาะจง เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน สามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสม ควรเป็นเรื่องที่มีการผสมผสานระหว่างเรื่องทั่ว ๆ ไป เรื่องทางสังคม และภูมิหลังทางวัฒนธรรม (Zhou et al., 2012) การใช้การระลึกความหลังแบบมีโครงสร้าง โดยใช้การเล่าเรื่องเกี่ยวกับอัตชีวประวัติ พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และเพิ่มความผาสุกทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้ (Alea et al., 2010) ร่วมกับการระลึกความหลังโดยใช้สื่อ (instrumental reminiscence) ซึ่งพบว่าการบูรณาการชนิดของการระลึกความหลังเข้าด้วยกัน มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (Karimi et al., 2010)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้การบูรณาการ การระลึกความหลังแต่ละประเภท เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เน้นการให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวต่างของตนเองในอดีต

โดยใช้ข้อดีชีวิตประวัตินี้ และใช้สื่อภาพในการกระตุ้นความทรงจำในอดีตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่น

3. รูปแบบการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังสามารถจัดกิจกรรมได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง และประสบการณ์ของผู้จัดกิจกรรม

3.1 การบำบัดรายบุคคล (one-to-one) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยอาจมีประเด็นในการพูดคุย หรือไม่มีก็ได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าถึงเรื่องราวต่างๆในอดีต (รังสิมันต์, 2554) การบำบัดด้วยการระลึกความหลังรายบุคคลทำให้เกิดความเป็นส่วนตัวในการย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ซึ่งบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้บุคคลสามารถแสดงออกมาซึ่งความคิดเห็น และผู้วิจัยสามารถให้ความสนใจ และติดตามการสนทนาแต่ละบุคคลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถสะท้อนความรู้สึกในการร่วมสนทนาได้ดี (Haight & Dias, 1992) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังอย่างตั้งใจ ด้วยการแสดงออกมาทางสีหน้าและความรู้สึก ทำให้รับรู้ความเข้มแข็งของบุคคลในด้านอารมณ์ จิตใจ ที่สามารถต่อสู้เอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต เพื่อนำมาเสริมสร้างกำลังใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าจำนวนครั้งในการระลึกความหลังจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อมีการบำบัดด้วยการระลึกความหลังหลาย ๆ ครั้ง (รังสิมันต์, 2554)

3.2 การบำบัดรายกลุ่ม (group process) เป็นการย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเหตุการณ์ในอดีตกับสมาชิกภายในกลุ่ม (รังสิมันต์, 2554) ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน (Haight & Dias, 1992) ทำให้มีการพัฒนาความผูกพันภายในบุคคล และระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ทำให้เกิดความคุ้นเคย ความรักความผูกพัน หรือเกิดความรู้สึกร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม (รังสิมันต์, 2554) การระลึกความหลังส่วนใหญ่มักใช้การทำกลุ่มเพื่อช่วยเพิ่มคุณค่าในตนเองต่อผู้สูงอายุ และคุณค่าในตนเองต่อสังคม (Lynch et al., 2014)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้การบำบัดด้วยการระลึกความหลังรายบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งต้องนอนพักบนเตียง บางรายมีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วยไว้ จึงต้องดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังบริเวณเตียงผู้ป่วย และการบำบัดการระลึกความหลังรายบุคคลทำให้มีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ในอดีต รวมทั้งผู้วิจัยสามารถสะท้อนความรู้สึกของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ ร่วมกับการนำสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุในการช่วยเสริมแรงให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ

4. กระบวนการของการระลึกความหลัง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการใช้กระบวนการในระลึกความหลัง (Hamilton, 1992) ดังนี้

4.1 ระยะเวลาของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) ระยะเวลาเป็นการใช้ความทรงจำย้อนคิดเพื่อเลือกเหตุการณ์ เป็นความจำเกี่ยวกับอดีตชีวิตประวัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ ภาพเหตุการณ์ในอดีต รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ การเข้าถึงเหตุการณ์ โดยใช้ความคิด ความรู้สึก ความพึงพอใจในเหตุการณ์ในอดีต ซึ่งเป็นความคิด ความรู้สึกที่ยังอยู่ในความทรงจำต่อเนื่องตลอดมา เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมโยงจากอดีตสู่ปัจจุบัน (Alea et al., 2010; Melendez-Moral et al., 2013; Willemse et al., 2009) เป็นการระลึกความหลังในชั้นความจำ (remembering) เกี่ยวกับเรื่องราวและเป้าหมายในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งยังอยู่ในความทรงจำ เพื่อช่วยเพิ่มความรู้สึกทางบวก (Azcurra, 2012; Karimi et al., 2010; Willemse et al., 2009) อาจเป็นเหตุการณ์ในอดีตเกี่ยวกับ เพลง รูปภาพ งานบ้าน สิ่งที่ชอบ โรงเรียน ของเล่นชิ้นแรก การออกเดท คู่สมรส การแต่งงาน สมาชิกครอบครัว สัตว์เลี้ยง อาหาร เพื่อนเก่าๆ (Stinson, Long, Kireuk, Peraza-Smith, & Flanagan, 2014) หรืออาจใช้การทวนระลึกถึงเรื่องราวในอดีต (recalling) เกี่ยวกับปัญหาที่พบในอดีต ระลึกถึงเหตุการณ์ช่วงเวลาหนึ่งที่ต้องเผชิญกับความเครียด (Melendez et al., 2015) หรืออาจเป็นประสบการณ์ที่ทำให้มีความสุขหรือประสบความสำเร็จ (Zhou et al., 2012) เพื่อนำมาช่วยในการแก้ปัญหาหรือทำให้สามารถรับรู้เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง (Azcurra, 2012; Karimi et al., 2010; O'Rourke, Cappeliez, & Claxton, 2011) อาจกลับไประลึกถึงภาพประสบการณ์เก่าๆ (recollection) โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวกในอดีตที่ผ่านมา (Gaggioli et al., 2014) หรืออาจเป็นสิ่งที่เตือนความทรงจำ (remind) เกี่ยวกับการประสบความสำเร็จ ที่สามารถผ่านสิ่งที่เลวร้ายในชีวิตมาได้ (O'Rourke et al., 2011)

4.2 ระยะเวลาของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ (experiencing) เป็นระยะเวลาของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ในอดีต โดยใช้ความคิด และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น และสามารถเล่าถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้นว่ามีคุณค่าหรือความหมายอย่างไร ซึ่งทำให้บุคคลนั้นยังเก็บเหตุการณ์นั้นไว้ในความทรงจำตลอดมา และเลือกที่จะนำมาแบ่งปัน อาจเป็นการวาดภาพประสบการณ์ในอดีต (drawing) แล้วนำภาพนั้นมาสะท้อนคิดเพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน (Karimi et al., 2010; Willemse et al., 2009) การสอนและให้ข้อมูล (teach and inform) เป็นการบอกความจริงในเรื่องราวและเหตุการณ์ปัจจุบัน มีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในอดีต เหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุไม่ลืม หรือเป็นเหตุการณ์ที่ประทับใจ (Chung, 2009) ซึ่งอาจแสดงออกด้วยการแสดงความคิด (thinking) ต่อเหตุการณ์หรือประสบการณ์นั้น (Alea et al., 2010) หรือเป็นการตีความหมาย (interpreting) ของเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์ในอดีต (Melendez-Moral et al., 2013) หรือการวิเคราะห์ (analyzing) เกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้สามารถปรับตัวต่อ

สถานการณ์นั้นได้ หรือความสามารถในการปรับตัว แก้ปัญหา (resolve) เกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีต ในสถานการณ์ที่เหมาะสม เพื่อควบคุมความเครียดต่อเหตุการณ์ในอดีตที่เกิดขึ้น (Melendez et al., 2015) หรือประเมินค่า (re-evaluation) ของเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง (Gaggioli et al., 2014) เพื่อคงไว้ (restoring) ซึ่งความหมายของเหตุการณ์ และเพื่อเพิ่มความหมายหรือเป้าหมายในชีวิต (O'Rourke et al., 2011)

4.3 ระยะแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (social interaction) เป็นระยะของการแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ อารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่บุคคลมีความทรงจำเหล่านั้นให้ผู้อื่นฟัง โดยมีการส่งเสริมให้มีการยอมรับตนเอง แก้ปัญหาความขัดแย้งหรือประนีประนอม ทำให้รู้สึกมีความหมายและมีคุณค่าในชีวิต (Azcurra, 2012; Karimi et al., 2010) ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ในสังคม และสนับสนุนให้มีการเปิดเผยตนเอง (self-express) ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ (promoting interaction) และมีการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม (Chung, 2009; Zhou et al., 2012) เสริมแรง (reinforce) ความรู้สึกของตนเองต่อเหตุการณ์ที่ประทับใจเหล่านั้น ที่สามารถฟันฝ่าสิ่งที่ย่างยากมาได้ (O'Rourke et al., 2011) มีการเสริมแรงเกี่ยวกับทัศนคติต่อภาพลักษณ์ของตนเอง (reinforcing self-image) เพื่อให้กำลังใจและการส่งเสริมภาพลักษณ์แห่งตน เป็นการเสริมความคิดทางบวก (Chung, 2009) แบ่งปันเหตุการณ์ (sharing) หรือประสบการณ์ในอดีตโดยการเล่า และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (discussing) เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และส่งเสริมให้เกิดการยอมรับจากผู้อื่น (Alea et al., 2010; Stinson et al., 2014)

4.4 ระยะสิ้นสุด (closure) โดยให้ผู้ร่วมกลุ่มพูดเกี่ยวกับประสบการณ์การร่วมกลุ่ม และสรุปความคิดเห็นแต่ละเรื่องของแต่ละคน (Stinson et al., 2014)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การระลึกความหลัง ใช้กระบวนการในระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) (2) ระยะของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ (experiencing) และ (3) ระยะแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง (social interaction)

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการระลึกความหลัง และโปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโปรแกรมการระลึกความหลัง

1. ลักษณะสำคัญของโปรแกรมการระลึกความหลัง

กระบวนการในการระลึกความหลัง เป็นกระบวนการที่นำเอาเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ของบุคคล หรือผลกระทบของเหตุการณ์ โดยการย้อนระลึกถึงความทรงจำในอดีต (Gibson, 2011; Thomas & Hena, 2015) นำมาสู่ปัจจุบัน และมองต่อไปในอนาคต (Gibson, 2011) ซึ่งสามารถทำเป็นกระบวนการได้ทั้งเป็นกลุ่ม รายบุคคล หรือเป็นคู่ มีทั้งชนิดที่มีโครงสร้างและแบบไม่มีโครงสร้าง (Gibson, 2011; Thomas & Hena, 2015) สามารถใช้ทบทวนเหตุการณ์ทั้งที่เป็นเรื่องราวส่วนตัว เหตุการณ์สาธารณะ หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน (Gibson, 2011) แสดงออกโดยการเล่า เกี่ยวกับสิ่งที่ตั้งใจและสิ่งที่ไม่ตั้งใจที่จะทำ (Bluck & Levine, 1998) เรื่องราวที่เล่าและขั้นตอนการเล่าเรื่องอาจเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือเกิดจากการกระตุ้นการตามวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ตั้งไว้ (Gibson, 2011) เป็นประสบการณ์ที่ได้มาจากการบันทึก หรือทั้งสองอย่าง ทั้งด้านบวกและด้านลบ การระลึกความหลังทางบวกจะทำให้สามารถแก้ปัญหาได้และนำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นการระลึกความหลังในทางบวก (Korte, Cappeliez, Bohlmeijer, & Westerhof, 2012)

2. วัตถุประสงค์ของโปรแกรมการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังนำมาใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อการบำบัด ลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (Alea et al., 2010; Chen et al., 2012; Melendez-Moral et al., 2013; Melendez et al., 2015; Nakamae, Yotsumoto, Tatsumi, & Hashimoto, 2014) ลดความวิตกกังวล ทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ดี และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (Alea et al., 2010; Bogaert et al., 2013; Melendez-Moral et al., 2013) ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต (Alea et al., 2010) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางด้านจิตใจ สามารถปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ (Alea et al., 2010; Azcurra, 2012; Gaggioli et al., 2014; Melendez et al., 2015) นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติในการรับรู้ มีภาวะสมองเสื่อม (Zhou et al., 2012) ให้มีการรับรู้และความทรงจำที่ดี และนำมาส่งเสริมหรือนำมาพัฒนาให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอีกด้วย (Thomas & Hena, 2015)

3. กลุ่มเป้าหมายของโปรแกรมการระลึกความหลัง

จากการศึกษากลุ่มเป้าหมายในการใช้โปรแกรมการระลึกความหลัง พบว่า มีการนำการระลึกความหลังมาใช้ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Alea et al., 2010; Azcurra, 2012; Chen et al., 2012; Melendez et al., 2013; Nakamae et al., 2014) ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวล (Azcurra, 2012) หรือมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Melendez-Moral et al., 2013) และยังสามารถนำมาใช้ในการฟื้นฟูเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของพยาธิสภาพที่สมอง มีภาวะสมองเสื่อม (Bogaert et al., 2013; Zhou et al., 2012) ผู้สูงอายุในชุมชนหรือสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิต (Gaggioli et al., 2014; Melendez et al., 2015) นอกจากนี้ยังนำมาใช้กับผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิตหรือระยะใกล้ตาย (Webster et al., 2010)

4. แนวทางของโปรแกรมการระลึกความหลัง

การระลึกความหลังได้มีการนำเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตมีทั้งเรื่องราวในทางบวกและทางลบมาทบทวน โดยส่วนใหญ่ได้มีการนำเรื่องราวความทรงจำที่มีการย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามลำดับเวลาตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ มุ่งเน้นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต มาใช้เพื่อระลึกถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผ่านมา (Alea et al., 2010; Azcurra, 2012; Gaggioli et al., 2014; Melendez-Moral et al., 2013; Thomas & Hena, 2015) เหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตเหล่านี้มีทั้งที่เป็นความทรงจำที่สามารถแก้ปัญหาได้หรือมีความคิดทางบวกที่สามารถสร้างความทรงจำใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ความหมายของชีวิต (Karimi et al., 2010; Melendez et al., 2015; Nakamae et al., 2014; Zhou et al., 2012) และอาจเป็นเรื่องราวที่เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเอง เกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็นเอกลักษณ์ประจำตัว สิ่งที่ชอบ เช่น เกม เพลง ภาพยนตร์ รูปภาพและสิ่งที่ไม่ชอบ (Chen et al., 2012; Karimi et al., 2010; Nakamae et al., 2014) เรื่องราวต่าง ๆ ในสมาชิกครอบครัว ชีวิตในครอบครัว ชีวิตการทำงาน ชีวิตการเป็นพ่อแม่ รวมถึงที่อยู่อาศัย (Azcurra, 2012; Bogaert et al., 2013; Chen et al., 2012; Gaggioli et al., 2014) อาจนำเหตุการณ์ในอดีตที่ยุ้งยากทำให้เกิดความเครียดนำมาทบทวน (Chen et al., 2012; Karimi et al., 2010; Melendez et al., 2015) หรือเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุกังวล เช่น จุดเปลี่ยนที่สำคัญ การเจ็บป่วย ความตาย (Alea et al., 2010; Azcurra, 2012; Karimi et al., 2010) รวมไปถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในอนาคตที่ผู้สูงอายุมีความคาดหวัง ความต้องการในอนาคต มิตรภาพ และความสำเร็จ (Karimi et al., 2010; Zhou et al., 2012) ซึ่งอาจนำเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ มาช่วย ได้แก่ การใช้วิดีโอ เป็นสื่อในการระลึกความหลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงประสบการณ์ในอดีตได้ง่ายขึ้น หรืออาจอยู่ในรูปแบบอื่น เช่น รูปภาพ เครื่องใช้ในบ้าน เพลง

สมุดบันทึก (Thomas & Hena, 2015) การใช้ภาพยนตร์เป็นสื่อในการย้อนระลึกความหลังในผู้สูงอายุ ก็พบว่าได้ผลดีในผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชรา สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ และพบว่าการใช้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางจิตสังคม (Kim, 2014)

สำหรับการศึกษานี้ ใช้เรื่องราวความทรงจำจากเหตุการณ์ที่เป็นความสุข ความประทับใจ และความภาคภูมิใจในแต่ละช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยผู้ใหญ่ และความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก และไม่ใช้การระลึกความหลังเกี่ยวกับเหตุการณ์ทางลบ เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น

5. วิธีและระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง

วิธีการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลังทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล โดยพบว่า มีการศึกษาวิธีการดำเนินการโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายกลุ่ม โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีการแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ละ 4 - 8 คน ซึ่งพบว่าทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดการชื่นชมกันในกลุ่ม (Alea et al., 2010; Zhou et al., 2012) จำนวนสมาชิกในกลุ่มขึ้นอยู่กับสภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าจำนวนสมาชิกมากเกินไปทำให้ผู้สูงอายุบางคนย้อนระลึกถึงเรื่องราวต่างๆได้ไม่ดี และถ้าสมาชิกน้อยไปทำให้เรื่องราวที่ย้อนคิดไม่หลากหลาย (Hamilton, 1992) ส่วนการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลังรายบุคคล พบว่าบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้ดี (Ando et al., 2008) ทำให้เกิดการรับรู้ความเข้มแข็งของบุคคลในด้านอารมณ์ จิตใจ จากประสบการณ์ที่ผ่านการเอาชนะอุปสรรคในชีวิต ทำให้สามารถเสริมสร้างกำลังใจ และความมีคุณค่าในตนเอง (รังสิมันต์, 2554)

ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง มีการใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยระลึกความหลังที่เกี่ยวกับชีวประวัติของตนเอง นำภาพมาใช้ในการกระตุ้นความทรงจำ และกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม (Azcurra, 2012) และใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 8 - 12 สัปดาห์ โดยการระลึกความหลังเกี่ยวกับสถานที่ซึ่งมีความสำคัญ ได้แก่ การใช้ชีวิตในห้องเรียน หรือการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังระลึกความหลังเกี่ยวกับชีวิตในครอบครัว ชุมชน และบทบาทหน้าที่ในชีวิต (Alea et al., 2010; Bogaert et al., 2013; Gaggioli et al., 2014; Melendez-Moral et al., 2013) จากการศึกษาของแลป (Lappe, 1987 อ้างตามรังสิมันต์, 2554) พบว่าจำนวนครั้งของการระลึกความหลัง 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ 2 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่อประเมินความมีคุณค่าในตนเองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน และมีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคมาเร็ง ซึ่งพบว่าการใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมเป็นเวลานานในผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีบางรายที่ผู้ป่วยต้องออกจากโปรแกรม

ก่อนสิ้นสุดโปรแกรม ทำให้ต้องปรับลดระยะเวลาลง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 ครั้ง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ใช้การเล่าเรื่องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ความรู้สึกต่อเหตุการณ์นั้น และสามารถผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้อย่างไร ผลการศึกษา พบว่า สามารถเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (Ando et al., 2008) และการศึกษาของสุมาลา (2553) ที่ใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลา 6 ครั้ง เป็นเวลา 6 วันต่อเนื่องกัน พบว่า สามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง จากการทบทวนพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลังต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 4 – 6 วัน และระยะเวลาดำเนินโปรแกรมสัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 6 – 12 สัปดาห์ มีผลเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน

สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาโปรแกรมการระลึกความหลังเป็นรายบุคคล เนื่องจากมีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้อย่างเปิดเผย โดยการดำเนินโปรแกรมครั้งละ 45 - 60 นาที วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยครั้งที่ 1 ของโปรแกรมเป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่วนครั้งที่ 2 – 5 เป็นการดำเนินการระลึกความหลังแต่ละช่วงวัย และการระลึกความหลังเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความพึงพอใจ เพื่อให้เหมาะสมกับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และสามารถดำเนินโปรแกรมครบก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการระลึกความหลัง

ผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรมการระลึกความหลัง พบว่า มีผลในการลดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ (Alea et al., 2010; Bogaert et al., 2013; Chen et al., 2012; Gaggioli et al., 2014; Karimi et al., 2010; Melendez et al., 2015; Nakamae et al., 2014; Zhou et al., 2012) สามารถลดความวิตกกังวล (Bogaert et al., 2013; Karimi et al., 2010) ส่งเสริมให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Azcurra, 2012; Chen et al., 2012; Melendez et al., 2015; Webster et al., 2010) มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Kim, 2014) เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Chen et al., 2012; Gaggioli et al., 2014; Webster et al., 2010; Wu, 2011) เพิ่มคุณภาพชีวิต (Azcurra, 2012; Gaggioli et al., 2014) ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Azcurra, 2012; Wu, 2011) เกิดความพึงพอใจทางจิตใจ (Azcurra, 2012) ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในชีวิต (Chen et al., 2012) มีทัศนคติเกี่ยวกับความตายที่ดี (Alea et al., 2010) สามารถให้ความหมายและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต รวมทั้งทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันในสังคม (Pinquarta & Forstmeier, 2012)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ วัดผลลัพธ์ความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งใช้เครื่องมือในการวัดความมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) และใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลูเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982)

7. ระยะเวลาในการประเมินผลโปรแกรมการระลึกความหลัง

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการนำเครื่องมือมาประเมินตัวแปรที่ศึกษาตั้งแต่ระยะก่อนให้โปรแกรมการระลึกความหลัง และระยะหลังให้โปรแกรมการระลึกความหลัง นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยระยะเวลาที่มีการติดตามผลของโปรแกรมจะอยู่ในช่วงเวลา 3 - 6 เดือน (Alea et al., 2010; Azcurra, 2012; Bogaert et al., 2013; Chen et al., 2012; Melendez-Moral et al., 2013; Zhou et al., 2012) และระยะเวลา 9 - 12 เดือน (Melendez-Moral et al., 2013)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการประเมินผลโปรแกรมการระลึกความหลังในระยะก่อน และหลังให้โปรแกรมการระลึกความหลัง

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบกระบวนการการระลึกความหลัง ประกอบด้วย 3 ระยะ การดำเนินโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นระยะเวลา 5 วัน โดยมีระยะในการดำเนินโปรแกรม ดังนี้

1. ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory)

โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกและผู้ดำเนินกิจกรรม เพื่อให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นธรรมชาติ พูดคุยเรื่องทั่วไปที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Melendez-Moral et al., 2013) เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สามารถเปิดเผยและเล่าเรื่องราวเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์ของตนเองในอดีต ส่งเสริมให้มีการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว (Azcurra, 2012) ให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกครอบครัว มีการอธิบายขั้นตอนการระลึกความหลังอย่างคร่าวๆ (Karimi et al., 2010)

การเลือกเหตุการณ์โดยให้ผู้สูงอายุย้อนคิดเพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตเป็นเหตุการณ์ที่อยู่ในความทรงจำ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้นึกถึงมานาน ได้นำเหตุการณ์ในช่วงวัยเด็ก สถานที่ ที่เคยอาศัยอยู่ เกมที่เคยเล่น เพลง หรือภาพยนตร์ที่ชื่นชอบ กิจกรรมวันหยุด หรือวันพิเศษ (Melendez-Moral et al., 2013) นำเหตุการณ์เกี่ยวกับเพลงเก่าๆ รูปภาพเก่าๆ เหตุการณ์ที่ทำให้มีความสุข การประสบความสำเร็จในชีวิต ความคาดหวังในอนาคต (Zhou et al., 2012) ที่นำเอาสิ่งของ เหตุการณ์ในอดีต และประเพณีต่างๆ (Meléndez-Moral et al., 2014) ยังมีการใช้โปรแกรมการระลึกความหลัง โดยการสร้างรูปแบบการนำวิดีโอมาใช้เพื่อช่วยในกระบวนการระลึกความหลัง (Thomas & Hena, 2015) นอกจากนี้ยังให้สมาชิกในการระลึกความหลังนำสิ่งของของตนเอง ได้แก่ ภาพถ่าย ของที่ระลึก เหยี่ยวรางวัล มาเพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต (รังสิมันต์, 2554)

ดังนั้นผู้ดำเนินกิจกรรมจึงให้ผู้สูงอายุย้อนระลึกถึงความจำโดยใช้ภาพหรือสิ่งของที่สมาชิกครอบครัวสามารถจัดเตรียมมาใช้ในกิจกรรม ร่วมกับอัลบั้มภาพ วิดีโอ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวในอดีตที่ผู้วิจัยเตรียมมา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์ในแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ โดยใช้เรื่องราวต่าง ๆ เป็นสื่อในการกระตุ้นความทรงจำ ได้แก่ ของเล่น เกม การละเล่นในอดีต เพลง ภาพยนตร์ เพื่อนเก่า คนรัก การแต่งงาน งานที่ภาคภูมิใจ การเป็นพ่อแม่ปู่ย่า ตายาย ประเพณี รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา เพื่อช่วยกระตุ้นกระบวนการคิดในการระลึกความหลัง

2. ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ หรือความทรงจำนั้น (experiencing)

โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายจากประสบการณ์ที่เป็นเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต โดยมีการเชื่อมโยงถึงคุณค่าของเรื่องราว และความหมายของเรื่องราวนั้น ๆ ใช้วิธีการค้นหาความหมายโดยการสัมภาษณ์ และการสนทนาแบบไม่มีโครงสร้าง โดยการปรับใช้คำถามให้เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาประมาณ 5 - 20 นาที (Cooney et al., 2014) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุมองความทรงจำที่เป็นความภาคภูมิใจ (รังสิมันต์, 2554) ให้ผู้สูงอายุมองเรื่องราวในด้านบวก จะทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจ ภาคภูมิใจกับเหตุการณ์ในอดีต นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และลดภาวะซึมเศร้า (Azcurra, 2012)

3. ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction)

เป็นระยะที่กระตุ้นให้มีถ่ายทอดเรื่องราวโดยการเล่าเรื่อง ให้สมาชิกครอบครัวรับฟัง บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อเหตุการณ์ในด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหาและวิธีการ

แก้ไขปัญหานั้น พบว่า การที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็น ให้คำแนะนำจะทำให้ผู้สูงอายุค้นพบว่า การทำกิจกรรมเป็นสิ่งที่มีความหมาย ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว (รังสิมันต์, 2554) และยังมีโอกาสได้แสดงความชื่นชมซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกผูกพันและเป็นสุข นอกจากนี้การนำสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ สนับสนุนทำให้เกิดการระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งสร้างบรรยากาศที่ดีของการสนทนา ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง ในด้านความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ ของผู้สูงอายุ ช่วยสนับสนุน ให้ความหวัง และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ (Kunz & Soltys, 2007)

ดังนั้นการที่ได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนเหตุการณ์ที่มีประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้เกิดความรักความผูกพันกันในสมาชิกครอบครัว และให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมผู้สูงอายุ สามารถระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา สมาชิกครอบครัวมีโอกาสได้เสริมแรง ให้กำลังใจผู้สูงอายุ และแสดงความชื่นชม ทำให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการสนทนา

ทักษะของผู้ดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง

การระลึกความหลัง เป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่สามารถใช้กระบวนการระลึกความหลังร่วมกับความรู้ทางการพยาบาล และเทคนิคในการสื่อสารเพื่อช่วยในการดำเนินโปรแกรม (Hamilton, 1992) ซึ่งผู้ที่ดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลังจะต้องมีความรู้ เจตคติ ทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการระลึกความหลัง และควรศึกษาพื้นฐานภูมิหลังของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ให้การยอมรับในความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละคนควรมีอิสระต่อกัน และทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล สมาชิกครอบครัว ซึ่งทักษะต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติเพื่อให้เกิดคุณภาพในกระบวนการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง (Glibson, 2011) ได้แก่ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลายในการดำเนินกิจกรรม การฟังอย่างตั้งใจ ฟังอย่างสนใจและใส่ใจ (active listening) ไม่แสดงการรบกวนหรือขัดขวางขณะสนทนาและมีการเสริมแรง (reinforcing memories) ในเรื่องราวที่เป็นความภาคภูมิใจ (Hamilton, 1992) แสดงความสนใจในการสนทนา (attending) และให้ความเคารพ มองบุคคลอย่างมีค่า ไม่ตอกย้ำในประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเจ็บปวด สามารถสะท้อนความรู้สึก (reflection) เป็นการสะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความหมายของสิ่งที่สนทนา และให้การยอมรับในความรู้สึกของผู้ร่วมสนทนา มีความไวต่อความรู้สึกของผู้ร่วมกิจกรรม (sensitivity) การสรุปความ (summarizing) เป็นการสรุปประเด็นสำคัญของการสนทนา เพื่อตรวจสอบและเน้นย้ำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันของแต่ละกิจกรรม ใช้การสรุปก่อนจบการสนทนาแต่ละครั้ง แต่สามารถทำได้เป็นระยะ ๆ ของการสนทนา (อรพรรณ, 2554; Glibson, 2011)

สำหรับประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดำเนินการโปรแกรมระลึกความหลังโดยมีประสบการณ์การดำเนินงานในคลินิกคลายเครียด และผ่านการอบรมเกี่ยวกับการให้บริการในคลินิกคลายเครียด การพัฒนาบริการคลินิกคลายเครียดระดับเขต ปัญหาสุขภาพจิตกับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย จัดโดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2541) ทักษะการเป็นวิทยากรสุขภาพจิต ทักษะชีวิต และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมเพื่อการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื่อเฮดส์ จัดโดยกรมสุขภาพจิตเขต 11 (2542) อบรมการเป็นวิทยากรโปรแกรมการสร้างเสริมความหวังและความมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื่อเฮดส์ จัดโดยกรมสุขภาพจิต (2547) อบรมเกี่ยวกับการระลึกความหลังร่วมกับหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชผู้สูงอายุ เป็นเวลา 1 วัน (2559) และก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษากับผู้สูงอายุ จากผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาจิตเวช เป็นเวลา 3 วัน และฝึกปฏิบัติจริงกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ราย นอกจากนี้ได้มีการทดลองใช้โปรแกรมระลึกความหลังขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 1 ราย แต่ไม่ได้มีการใช้แบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย เป็นผลทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น และเกิดความพิการมากขึ้น มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ โรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมทั่วร่างกาย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นที่ทำให้เกิดความสุขในชีวิต ทำให้สุขภาพโดยรวมทรุดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมานเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น จากการมีโรคร่วมหลาย ๆ โรค หรือโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต ยังส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุโดยทำให้เกิดความเครียด รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง หหมดกำลังใจ มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นหลายโรคร่วมกัน ถูกคุกคามต่อบทบาทหน้าที่และบทบาทในชีวิต กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหหมดหวัง ท้อแท้ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การมีภาวะสุขภาพที่แย่งลง เกิดทุพพลภาพ และมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า และยังมีผลกระทบด้านสังคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสมาชิกครอบครัว ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานใจ ทุพพลภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลทางจิตวิญญาณ และความเป็นองค์รวมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงต้องการการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ มีความรู้สึกปลอดภัย มีความหวัง มีการให้อภัย โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การระลึกความหลังเป็นกระบวนการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดในเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง โดยการใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้สูงอายุก้นหาความหมายของเหตุการณ์ และบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง การระลึกความหลังด้านบวกทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดที่เข้มแข็งขึ้น เกิดความภาคภูมิใจต่อเหตุการณ์ในอดีต นำไปสู่การมองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสุขที่ได้เล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ของตนในอดีต สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แล้วประเมินค่าประสบการณ์ในอดีตอีกครั้ง นำประสบการณ์นั้นมาเป็นกำลังใจ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต ทำให้เกิดความสงบสุขของจิตใจ และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

รูปแบบการระลึกความหลัง ใช้การระลึกความหลังแบบธรรมดา (simple reminiscence) เป็นการระลึกความหลังอย่างง่าย แบบไม่มีโครงสร้าง กระบวนการระลึกความหลังเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยการให้เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวประวัติของตนเอง ใช้การสนทนา การสอน การให้ข้อมูล และส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก โดยดำเนินกระบวนการเป็นรายบุคคล (one-to-one) เพื่อย้อนคิดถึงความหลังของผู้สูงอายุเฉพาะราย อาจมีประเด็นในการพูดคุย หรือไม่มีก็ได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีต การระลึกความหลังรายบุคคล มีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ทำให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกซึ่งความคิดเห็นได้อย่างเปิดเผย และผู้วิจัยสามารถให้ความสนใจ และติดตามการสนทนาแต่ละบุคคลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถสะท้อนความรู้สึกในการร่วมสนทนาได้ดี

การระลึกความหลังร่วมกับสมาชิกครอบครัว พบว่าสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตั้งแต้อยู่ที่บ้านและขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแรงสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุก สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความผูกพัน และมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสุขได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวัง ดังนั้น การนำสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี นำไปสู่ความพึงพอใจ ความสุข และความหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้โปรแกรมระลึกความหลังซึ่งจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลร่วมกับสมาชิกครอบครัว เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งระยะของการระลึกความหลังเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต เป็นการใช้ความทรงจำย้อนคิดเพื่อเลือกเหตุการณ์ โดยใช้ความคิด ความรู้สึกเลือกภาพเหตุการณ์ในอดีต (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ โดยใช้ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น โดยการเล่าถึงความรู้สึกต่อเหตุการณ์ว่ามีคุณค่าหรือความหมายต่อผู้สูงอายุอย่างไร และ (3)

ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ที่มีต่อความทรงจำให้ผู้อื่นฟัง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน โดยย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์ในอดีต มุ่งเน้นประสบการณ์ ทางบวกในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยผู้ใหญ่ และความเชื่อ ความศรัทธา ความ ผาสุก รวมทั้งเป้าหมายและสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ที่จะนำมาซึ่งความมีคุณค่าในตนเอง และความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการใช้สื่อในการระลึกความหลังที่เป็นภาพหรือสิ่งของ ของผู้สูงอายุเองที่ได้ จากการจัดเตรียมโดยสมาชิกครอบครัว และภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นสื่อที่ผู้วิจัยเตรียมให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่น และมีการประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในวันที่ 1 ก่อนให้โปรแกรมโดยผู้วิจัย และวันที่ 5 หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้ช่วยผู้วิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ซึ่งรูปแบบการวิจัยเขียนแสดงเป็นแผนภูมิ ดังนี้

	วัดก่อนทดลอง	สิ่งทดลอง	วัดหลังทดลอง
กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3	-	O4

X: โปรแกรมการระลึกความหลัง ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่พยาบาลส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนไประลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ การระลึกความหลังในช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยผู้ใหญ่ และเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุมีความสุข ประทับใจ และภาคภูมิใจ ร่วมกับสมาชิกครอบครัวในการช่วยเสริมแรงและให้กำลังใจผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ

O1, O3: การประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O2, O4: การประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 1 โรค ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2559

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทันที ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยมีการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ระดับเล็กน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 13 - 18 คะแนน ถึงระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 19 - 24 คะแนน
2. มีสมาชิกครอบครัวให้การดูแลและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 - 3

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและแบ็ค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ คือ การศึกษาของเอนดูและคณะ (Ando et al., 2008) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการทบทวนชีวิตระยะสั้นเป็นรายบุคคลเพื่อเพิ่มความพึงพอใจจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีการศึกษาโปรแกรมการทบทวนชีวิตเป็นรายบุคคล ทำในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และวัดตัวแปรความพึงพอใจจิตวิญญาณ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการวิจัยที่ศึกษา โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.04 (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบขนาดใหญ่ (large effect size) ในการศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 25 ราย รวมสองกลุ่มจำนวน 50 ราย

หลังจากเก็บข้อมูลมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มทดลอง พบว่า ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ มีค่าผิดปกติในลักษณะ outlier จึงตัด outlier จำนวน 1 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจึงมีจำนวน 24 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยการจับคู่ (matching methods) ตามเกณฑ์ที่กำหนดให้มีลักษณะที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดใน ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 60 - 69 ปี และ 70 - 79 ปี เพศ ระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2, และ 3 ภาวะ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง เพื่อไม่ให้มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผู้วิจัยได้ทำการป้องกันปัจจัยที่มีผลต่อความตรงภายในชนิด การแพร่ของสิ่งทดลอง (diffusion of treatment) โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองตาม คุณสมบัติที่กำหนดครั้งละ 5 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ครั้งละ 5 คน โดยกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน สำหรับการศึกษา ครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง จำนวน 1 คน เนื่องจากมีอาการ ทรบหวนเกี่ยวกับความปวด ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างทดแทนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่าง ต่อเนื่อง จำนวน 1 คน
3. ผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบโปรแกรม สำหรับการศึกษา ครั้งนี้ มีผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจำหน่ายก่อนครบโปรแกรมจำนวน 1 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ทดแทนผู้สูงอายุที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบโปรแกรมจำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เครื่องมือในการทดลอง เครื่องมือใน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการระลึกความหลังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ร่วมกับการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยโปรแกรมระลึกความหลังทำในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ร่วมกับสมาชิกครอบครัว ให้โปรแกรมครั้งละ 45 - 60 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน ซึ่งขั้นตอนของโปรแกรมแต่ละครั้ง (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการระลึกความหลัง ได้แก่ การสร้างสัมพันธ์ภาพ การระลึกความหลังโดยการให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความสุข ความประทับใจ และความภาคภูมิใจ ในแต่ละช่วงวัยตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยผู้ใหญ่ และความเชื่อความศรัทธา ความผาสุก ซึ่งในแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย กระบวนการในการระลึกความหลัง ได้แก่ (1) ระยะเวลาของการเลือกเหตุการณ์ในอดีต (2) ระยะเวลาของการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และ (3) ระยะเวลาแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง รวมทั้งให้สมาชิกครอบครัวร่วมเสริมแรงในเหตุการณ์ที่สมาชิกครอบครัวรับรู้จากการบอกเล่าจากผู้สูงอายุ หรือมีประสบการณ์บางส่วนร่วมกัน และมีการสรุปสิ่งที่ผู้สูงอายุระลึกความหลัง

2. สื่อที่ใช้ประกอบการระลึกความหลัง ประกอบด้วย ภาพ สิ่งของที่มีความหมายและมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุซึ่งสมาชิกครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียม หรือภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิต ยุคสมัย และประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่น ที่ผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียม

เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสุขภาพสมอง (2537) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย เป็นการทดสอบด้วยตนเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย การประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (emotion) ความคาดหวังด้านลบ (negative will) การเคลื่อนไหวร่างกาย (psychomotor) การรู้คิด (cognition) และการแยกตัว (isolation) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 และข้อความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางลบ 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 และ 28 (ภาคผนวก ค)

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความด้านบวก หากตอบ “ใช่” ให้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน
ข้อความด้านลบ หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน

การแปลผล	คะแนนรวม	0 - 12	ปกติ
		13 - 18	ซึมเศร้าเล็กน้อย
		19 - 24	ซึมเศร้าปานกลาง
		25 - 30	ซึมเศร้ารุนแรง

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน (ภาคผนวก ง) ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผาสูกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ของสมาชิกครอบครัว ความเพียงพอของรายได้จำนวนสมาชิกในสมาชิกครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ บุคคลที่คอยให้คำปรึกษา การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การเป็นจิตอาสา ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประวัติโรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2. แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-Esteem Scale: RSE) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยเยาวลักษณ์ (2529) เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่ใช้เพื่อวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับเจตคติและความรู้สึกที่มีต่อตนเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 6 และ 7 และข้อคำถามทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 8, 9 และ 10 การให้ค่าคะแนน โดยเรียงลำดับคะแนนจาก 1 - 4 ตามลำดับความเป็นบวก - ลบ ซึ่งคำถามด้านลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับด้านบวก (ดังภาคผนวก ง)

การให้คะแนนความรู้สึก	ทางบวก	ทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1	คะแนน
เห็นด้วย	3	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4	คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดมีค่าระหว่าง 10 – 40 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกในตนเองอยู่ในระดับสูง

การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

10 - 20 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ
21 - 30 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง
31 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 3. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของพอลลูเซียนและเอลลิสัน (Paloutzian & Ellison, 1982) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยธัญญา (2545) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 6, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 18, และ 20 คำถามเกี่ยวกับความผาสุกในความยึดมั่นศรัทธาทางศาสนา 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 15, 17, และ 19 ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 19 และ 20 และที่เหลืออีก 8 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16 และ 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ตัวเลือก คือ ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก โดยเรียงลำดับคะแนนจาก 1 - 6 ตามลำดับความเป็นบวก - ลบ ซึ่งคำถามด้านลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับด้านบวก (ดังภาคผนวก ง)

การให้คะแนนความรู้สึก	ทางบวก	ทางลบ	
ไม่เห็นด้วยมาก	1	6	คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3	4	คะแนน
เห็นด้วย	4	3	คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง	5	2	คะแนน
เห็นด้วยมาก	6	1	คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ตามแบบวัดมีค่าระหว่าง 20 - 120 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

การแปลผล นำคะแนนที่ได้มาแบ่งเป็นเกณฑ์ในการแปลผล 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 20 - 40 คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 41 - 99 คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 100 - 120 คะแนน	หมายถึง	ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการระลึกความหลังสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลจิตเวชสำหรับผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับแก้ไขให้มีความถูกต้องด้านภาษา ความครอบคลุมและความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ที่ปรับปรุงแก้ไขความถูกต้องด้านภาษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มี

ลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณความเที่ยงโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชชาร์ดสัน (Kuder-Richardson; KR-20) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .92

3. การศึกษานำร่อง (pilot study)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษานำร่อง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมในการนำโปรแกรมไปใช้ โดยการนำโปรแกรมการระลึกความหลังไปใช้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรม และนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยหลังจากนำมาทดลองใช้แล้วพบว่า ควรปรับการใช้ภาษาในการถามให้เข้าใจง่ายสอดคล้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 8, 14, และ 16 ช่วงระยะเวลาในแต่ละระยะของการระลึกความหลังต้องยืดหยุ่นตามผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยการปรับระยะเวลาแต่ละระยะในการระลึกความหลังเป็นช่วงเวลาแทน และการใช้ภาพที่เป็นสื่อในการระลึกความหลังปรับปรุงให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมในท้องถิ่น เช่น ภาพประเพณีชักพระ ภาพการเล่นโดยใช้วัสดุพื้นบ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยวางแผนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

การเตรียมความพร้อมก่อนเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.2 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการแล้ว ผู้วิจัยพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

1.3 ผู้วิจัยเลือกผู้ช่วยวิจัยและเตรียมความพร้อมโดยการอธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ

1.4 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้สูงอายุต้องสามารถรับรู้ ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS) และเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 13 - 24 คะแนน และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา (ภาคผนวก จ)

2.3 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินระดับความมีคุณค่าในตนเอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการอ่านและเขียน ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้เลือกตอบ

2.4 กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวตามการพยาบาลปกติ

2.5 ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความมีคุณค่าในตนเอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งที่ 2 ในวันที่ 5 หลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมการระลึกความหลังแก่กลุ่มทดลอง

2.6 หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์จะมีการให้โปรแกรมการระลึกความหลังแก่กลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลและสมาชิกครอบครัวที่ห่อผู้ป่วย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3.2 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมสำหรับสมาชิกครอบครัวในการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ใช้เวลาประมาณ 10 – 15 นาที โดยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการดำเนินโปรแกรมระลึกความหลังสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ขณะที่ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวให้ฟังโดยไม่ขัดขวางหรือโต้แย้ง และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่เคยรับรู้มา โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เป็นเรื่องราวที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสุข ประทับใจ และภาคภูมิใจ โดยการชื่นชม เสริมแรง และให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3.3 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินระดับความมีคุณค่าในตนเอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที สำหรับผู้ที่มีปัญหาในการอ่านและเขียน ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้เลือกตอบ

3.4 ผู้วิจัยเริ่มให้การพยาบาลตามโปรแกรมการระลึกความหลัง แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ครั้งละ 1 คน ร่วมกับสมาชิกครอบครัว วันละ 45 - 60 นาที เป็นเวลา 5 วันติดต่อกัน

3.5 ผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินระดับความมีคุณค่าในตนเอง และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณครั้งที่ 2 หลังเสร็จสิ้นการให้โปรแกรมการระลึกความหลัง ในวันที่ 5 ของโปรแกรม

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง

ครั้งที่ 1 เตรียมความพร้อมและสร้างสัมพันธ์ภาพ

1. พูดคุยทักทายเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ของตนเองในอดีตในทุกช่วงวัย เพื่อเตรียมภาพ เพลง วิดีโอ หรือสื่อต่าง ๆ ที่จะนำมาช่วยในการระลึกความหลัง
2. สรุปลักษณ์ที่ได้จากการระลึกความหลัง
3. ขอความร่วมมือกับสมาชิกครอบครัวในการจัดเตรียมสิ่งของที่มี เช่น ภาพ หรือสิ่งของอื่น ๆ เพื่อนำมาช่วยให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงภาพเหตุการณ์ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ประทับใจ และภาคภูมิใจ ซึ่งนำมาประกอบการระลึกความหลังในกิจกรรม วันที่ 2 – 5

ครั้งที่ 2 การระลึกความหลังในช่วงวัยเด็ก

1. ผู้วิจัยสรุปลักษณ์กิจกรรมจากครั้งที่ 1
2. ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในวัยเด็ก
3. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ระลึกความหลังในวัยเด็ก
4. ใช้การถามและการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
5. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวแสดงความคิดเห็น ร่วมกันระลึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
6. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวช่วยเสริมแรง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข เกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำร่วมกันในอดีต
7. สรุปลักษณ์ที่ได้จากการระลึกความหลัง
8. แนะนำสมาชิกครอบครัวในการทบทวนพูดคุยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตเรื่องราวที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ และชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะระลึกความหลังในวันพรุ่งนี้

ครั้งที่ 3 การระลึกความหลังในช่วงวัยรุ่น

1. ผู้วิจัยสรุปลักษณ์กิจกรรมจากครั้งที่ 2
2. ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในวัยรุ่น

3. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ระลึกความหลังในวัยรุ่น
4. ใช้การถามและการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ
ประทับใจ และมีความสุข
5. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระลึก
เหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
6. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว ช่วยเสริมแรง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ
ประทับใจ และมีความสุข เกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำร่วมกันในอดีต
7. สรุปสิ่งที่ได้จากการระลึกความหลัง
8. แนะนำสมาชิกครอบครัวในการทบทวนพูดคุยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับเหตุการณ์ใน
อดีตเรื่องราวที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ และชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะระลึกความหลังในวันพรุ่งนี้

ครั้งที่ 4 การระลึกความหลังในช่วงวัยผู้ใหญ่

1. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมจากครั้งที่ 3
2. ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวต่าง ๆ ในวัยผู้ใหญ่
3. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ระลึกความหลังในวัยผู้ใหญ่
4. ใช้การถามและการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ
ประทับใจ และมีความสุข
5. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระลึก
เหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
6. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัว ช่วยเสริมแรง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ
ประทับใจ และมีความสุข เกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำร่วมกันในอดีต
7. สรุปสิ่งที่ได้จากการระลึกความหลัง
8. แนะนำสมาชิกครอบครัวในการทบทวนพูดคุยกับผู้สูงอายุ เกี่ยวกับเหตุการณ์ใน
อดีตเรื่องราวที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ และชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องราวที่จะระลึกความหลังในวันพรุ่งนี้

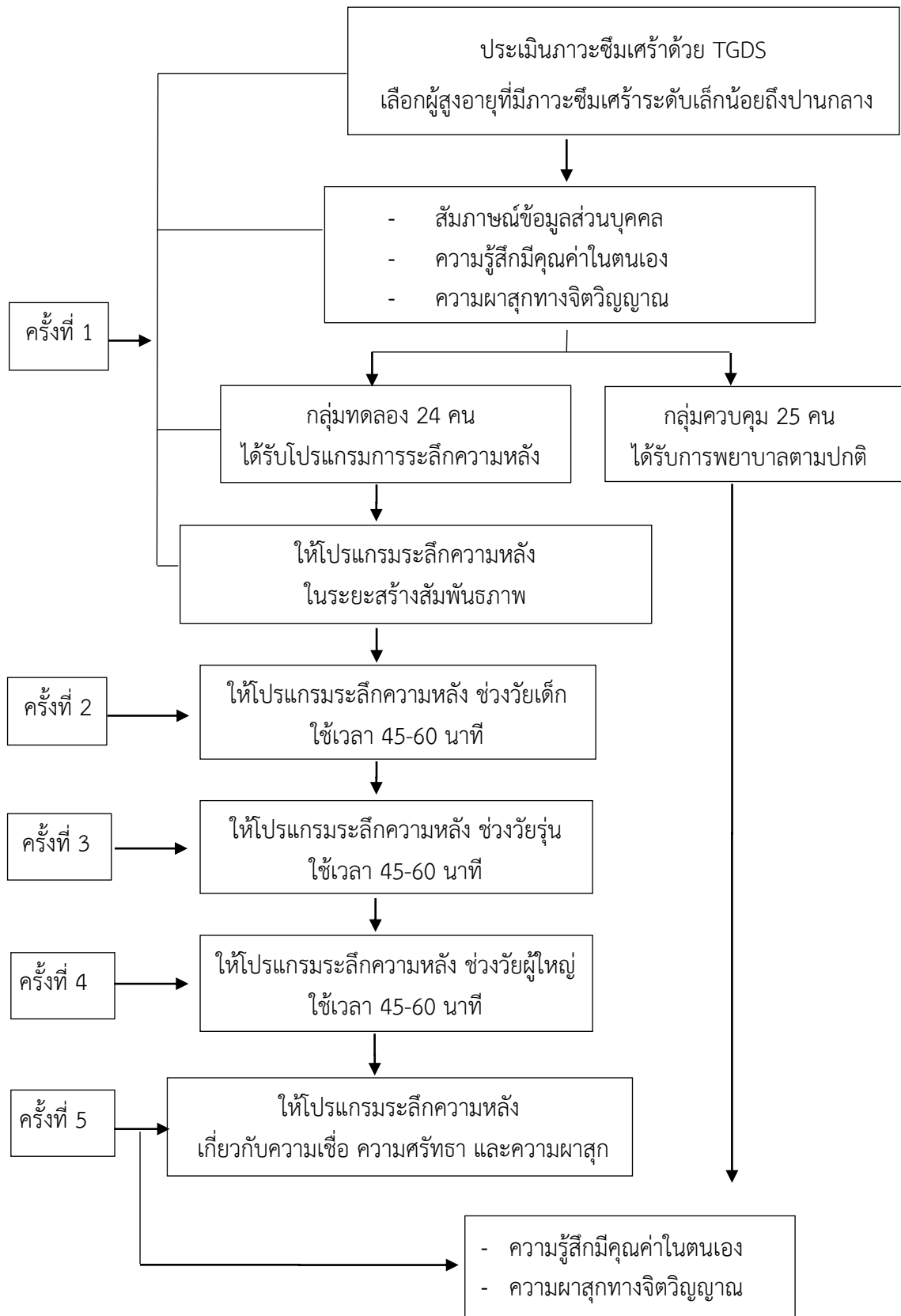
ครั้งที่ 5 การระลึกความหลังเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาและความผาสุก

1. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมจากครั้งที่ 4
2. ให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับ ความคาดหวัง ความต้องการในอนาคต
มิตรภาพ ความสำเร็จ การให้ความหมายของชีวิต ความหวัง ความเชื่อทางศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยว

การร่วมกิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรม และความเชื่อ ความคิดในทางบวกที่สามารถสร้างความทรงจำใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นในชีวิต และนำไปสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

3. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่ระลึกความหลัง
4. ใช้การถามและการสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
5. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระลึกเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีตที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุข
6. ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวช่วยเสริมแรง ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุขเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำร่วมกันในอดีต
7. สรุปลักษณ์ที่ได้จากการระลึกความหลัง
8. แนะนำสมาชิกครอบครัวในการทบทวนพูดคุยกับผู้ป่วยโดยการนำกระบวนการระลึกความหลังไปใช้ต่อเนื่อง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



ภาพ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรม ในงานวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. ผู้วิจัยแนะนำชื่อ นามสกุล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และวิธีการวิจัย หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อมูลจาก ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
3. ผู้วิจัยอธิบายให้ทราบว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง สามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยอิสระ
4. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง ไม่มีผลต่อการรักษา และการให้บริการใด ๆ จากเจ้าหน้าที่
5. ผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกอย่างเป็นความลับ ขออนุญาตก่อน บันทึกเสียง บันทึกภาพ หรือจดบันทึกทุกครั้ง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม
6. ในขณะที่ดำเนินกิจกรรมหากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้ามาก มีความไม่สบายใจ สะเทือนใจ หรือรู้สึกคับข้องใจ ผู้วิจัยจะหยุดการดำเนินโปรแกรมระลึกความหลัง ประเมินระดับภาวะ ซึมเศร้าซ้ำ ถ้ามีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้ามากกว่า 24 คะแนน มีแนวทางในการช่วยเหลือโดยการ แจ้งพยาบาลหัวหน้าเวร รายงานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งได้รับการส่งต่อ ให้อยู่ในความดูแลช่วยเหลือของผู้เชี่ยวชาญ และพิจารณายุติการเข้าร่วมการวิจัย ตามแนวปฏิบัติใน ภาควิชา น. สำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มทดลองที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงซึ่ง ต้องออกจากกรวิจัย
7. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมมีความประสงค์ต้องการเข้าร่วมโปรแกรมการ ระลึกความหลัง ผู้วิจัยยินดีฝึกการระลึกความหลังให้ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มควบคุมไม่ได้แสดงความประสงค์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและ วิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ คือ ทดสอบการแจกแจงของโค้งปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของกลุ่มทดลอง พบว่า ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ มีค่าผิดปกติในลักษณะ outlier มีผลทำให้ค่าสถิติที่วิเคราะห์ได้ บิดเบือนจากค่าที่เป็นจริง จึงปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ พิจารณาให้ตัด outlier จำนวน 1 ราย หลังจากนั้นตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในกลุ่มทดลองอีกครั้ง พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และมีความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของข้อมูลภายในกลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติที่

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ดังนี้ (ภาคผนวก ข)

1. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 50 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลในกลุ่มทดลองมีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ มีค่าผิดปกติในลักษณะ outlier มีผลทำให้ค่าสถิติที่วิเคราะห์ได้บิดเบือนจากค่าที่เป็นจริง จึงพิจารณาให้ตัด outlier จำนวน 1 คน ดังนั้นทำให้จำนวนกลุ่มทดลองที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีจำนวน 24 คน และกลุ่มควบคุม มีจำนวน 25 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2559 ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการบรรยายประกอบตารางเป็นลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสมาชิกครอบครัวและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
3. ข้อมูลการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
2. สมมติฐานข้อ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
3. สมมติฐานข้อ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง
4. สมมติฐานข้อ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติพรรณนาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีความใกล้เคียงกัน ได้แก่ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 67.46 ปี ($SD = 5.84$, $Min = 60$, $Max = 79$) กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มากกว่ากลุ่มอายุ 70 - 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน ดังตาราง 1

ตาราง 1

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ($N = 49$)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.01 ^a	.92
หญิง	17	68	16	66.7		
ชาย	8	32	8	33.3		
อายุ (ปี)					.27 ^a	.86
60-69 ปี	14	56	14	58.3		
70-79 ปี	11	44	10	41.7		
อายุเฉลี่ย ($M = 67.46$, $SD = 5.84$, $Min = 60$, $Max = 79$)						
ศาสนา						
พุทธ	25	100	24	100		
สถานภาพสมรส					1.36 ^b	.61
โสด	1	4	0	0		
คู่	17	68	17	70.8		
หม้าย/หย่า	7	28	7	29.2		

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0	0	2	8.3		
ประถมศึกษา	20	80	15	62.5		
มัธยมศึกษา	4	16	4	16.7		
อนุปริญญา	1	4	2	8.3		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0	0	1	4.2		
อาชีพ					4.51 ^b	.47
แม่บ้าน	8	32	8	33.3		
ค้าขาย	1	4	0	0		
รับราชการ	0	0	2	8.3		
เกษตรกร	13	52	12	50		
รับจ้าง	2	8	1	4.2		
ประมง	1	4	1	4.2		

a: Pearson Chi-square

b: Likelihood Ratio

2. ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสมาชิกครอบครัวและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติพรรณนาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในด้านความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอ มีสมาชิกในสมาชิกครอบครัว 3 - 5 คน สภาพความเป็นอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีบุคคลที่คอยให้คำปรึกษา และมีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ดังตาราง 2

ตาราง 2

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลด้านครอบครัวและสังคม และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้านครอบครัวและสังคมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 49)

ข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ของสมาชิกครอบครัว / ปี					4.12 ^b	.127
< 10,000 บาท	12	48	5	20.8		
10,000-30,000 บาท	10	40	14	58.3		
> 30,000 บาท	3	12	5	20.8		
ความเพียงพอของรายได้					.69 ^a	.40
เพียงพอ	16	64	18	75		
ไม่เพียงพอ	9	36	6	25		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					11.47 ^b	.17
1-2 คน	10	40	6	25		
3-5 คน	12	48	15	62.5		
> 5 คน	3	12	3	12.5		
สภาพความเป็นอยู่					.18 ^b	.77
อยู่คนเดียว	3	12	2	8.3		
อยู่กับคู่สมรส	16	64	16	66.7		
อยู่กับบุตรหลาน	6	24	6	25		
การมีบุคคลที่คอยให้คำปรึกษา					.09 ^a	.76
มี	20	80	20	83.3		
ไม่มี	5	20	4	16.7		
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ					2.45 ^a	.11
เป็น	8	32	13	54.2		
ไม่เป็น	17	68	11	45.8		
การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม					1.82 ^a	.17
เคย	13	52	17	70.8		
ไม่เคย	12	48	7	29.2		

ข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเป็นจิตอาสา					.12 ^b	.72
เป็น	4	16	3	12.5		
ไม่เป็น	21	84	21	87.5		

a: Pearson Chi-square

b: Likelihood Ratio

3. ข้อมูลการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติพรรณนาพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในด้านระดับความรุนแรงของโรคเป็นประเภท 2 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังมีระยะเวลา 1 - 10 ปี โรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร ดังตาราง 3

ตาราง 3

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 49)

ข้อมูลส่วนการเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรุนแรงของโรค					.01 ^a	.91
ประเภท 2	16	64	15	62.5		
ประเภท 3	9	36	9	37.5		
ระดับภาวะซึมเศร้า					.31 ^b	.57
เล็กน้อย	23	92	23	95.8		
ปานกลาง	2	8	1	4.2		

ข้อมูลส่วนการเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มควบคุม (n = 25)		กลุ่มทดลอง (n = 24)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง					
1 - 10 ปี	14	56	17	70.8		
> 10 ปี	11	44	7	29.2		
โรคเรื้อรัง						
ความดันโลหิตสูง	18	72	12	50	2.49 ^a	.11
เบาหวาน	14	56	10	41.7	1.00 ^a	.31
ไขมันในเลือดสูง	10	40	11	45.8	.17 ^a	.68
ไตวายเรื้อรัง	2	8	1	4.2	.31 ^b	.57
หัวใจ	1	4	1	4.2	1.45 ^b	.48
อัมพาต	1	4	-	-	1.36 ^b	.24
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-	-	2	8.3	2.94 ^b	.08
มะเร็ง	-	-	1	4.2	1.44 ^b	.22
เก๊าท์	-	-	1	4.2	1.44 ^b	.22
มีโรคประจำตัว					.00 ^b	.96
1 - 3 โรค	23	92	22	91.7		
> 3 โรค	2	8	2	8.3		

a: Pearson Chi-square

b: Likelihood Ratio

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานข้อ 1, และข้อ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสูงกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 33.13$, $SD = 2.15$) สูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 29.88$, $SD = 3.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ย

คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 88.42, SD = 4.70$) สูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 80.76, SD = 6.80$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระลึกความหลัง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ($N = 49$)

	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความมีคุณค่าในตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.64	2.48	29.04	1.70	.98	.332
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	29.88	3.32	33.13	2.15	4.04	.000
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	80.84	7.53	79.83	5.76	.52	.603
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	80.76	6.80	88.42	4.70	4.56	.000

สมมติฐานข้อ 2, และข้อ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 33.13, SD = 2.15$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 29.04, SD = 1.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 88.42, SD = 4.70$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง ($M = 79.83, SD = 5.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการระลึกความหลัง ($n = 24$)

	กลุ่มทดลอง ($n = 24$)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ความมีคุณค่าในตนเอง			15.59	.000
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	29.04	1.70		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	33.13	2.15		
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ			8.81	.000
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	79.83	5.76		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	88.42	4.70		

อภิปรายผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยจัดกิจกรรมแต่ละขั้นตอนตามแนวคิดของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเองหลังได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง ($M = 33.13, SD = 2.15$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง ($M = 29.04, SD = 1.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง ($M = 88.42, SD = 4.70$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมระลึกความหลัง ($M = 79.83, SD = 5.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ดังต่อไปนี้

โปรแกรมการระลึกความหลังเป็นกระบวนการในการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการนำเหตุการณ์ในอดีตที่เป็นความภาคภูมิใจ ประทับใจ และมีความสุขมาเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดในเรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง โดยการใช้ความคิดของตนเองเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และได้มีโอกาสบอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง (Bluck & Levine, 1998; Hamilton, 1992) ในแต่ละช่วงวัยตั้งแต่ ช่วงวัยเด็กจนถึงช่วงวัยผู้ใหญ่ และความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก

กระบวนการในการระลึกความหลังที่นำมาใช้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต (memory) (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ หรือความทรงจำ

นั้น (experiencing) และ (3) ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น (social interaction) สามารถนำมาใช้ในกระบวนการระลึกความหลังเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้กลับมาย้อนคิดเกี่ยวกับเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผ่านมาในอดีต โดยการประเมินค่าของเรื่องราวความรู้สึกเกี่ยวกับความสุข ความประทับใจ และความภาคภูมิใจที่มีต่อเหตุการณ์นั้นอีกครั้ง และเล่าเกี่ยวกับเรื่องราวแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้สูงอายุ โดยสมาชิกครอบครัวและผู้วิจัยเสริมแรง และให้กำลังใจต่อเหตุการณ์ที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การย้อนคิดถึงความหลังเป็นพฤติกรรมของคนทุกวัย คนมักคิดถึงความหลังมากขึ้นในวัยสูงอายุ (ศรีเรือน, 2553) การระลึกความหลังมีผลดีในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากเรื่องราวต่าง ๆ ที่ย้อนระลึกเป็นประสบการณ์ในอดีต ไม่ได้เป็นเรื่องราวใหม่ๆ จึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้ (Chen et al., 2012) การย้อนคิดเกี่ยวกับความทรงจำของตนในอดีต เป็นการทำให้ความทรงจำมีความหมายมากขึ้น โดยการใช้เหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต นำมาเป็นเครื่องมือในการย้อนคิดถึงอดีต (Bluck & Levine, 1998) การย้อนระลึกถึงเหตุการณ์และกลับไปประเมินค่าประสบการณ์ในอดีตทั้งด้านดีและด้านไม่ดีอีกครั้ง แล้วนำประสบการณ์ทางบวกมาเป็นกำลังใจเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในชีวิต ซึ่งผลที่ตามมาคือ สามารถรักษาสมดุลของภาวะการเจ็บป่วย และเกิดความสุขของจิตใจ สามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Ando, Morita, & Oshima, 2011)

รูปแบบโปรแกรมการระลึกความหลังแบบรายบุคคลร่วมกับสมาชิกครอบครัวมาใช้ในกิจกรรมการระลึกความหลัง อธิบายได้ว่า การดำเนินการแบบรายบุคคล ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระบายความรู้สึกในจิตใจ เปิดเผยเรื่องราวและความรู้สึกของตนเอง รวมทั้ง การระลึกความหลัง ที่มีเฉพาะผู้วิจัย และสมาชิกครอบครัว นั้นสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพและเกิดความรู้สึกไว้วางใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงอารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง และผู้วิจัยสามารถสะท้อนความรู้สึกผู้สูงอายุได้ จากการวิจัยครั้งนี้ไม่พบผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอ็นโดและคณะ (Ando et al., 2008) ที่พบว่าโปรแกรมรายบุคคลทำให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง สามารถเล่าเรื่องราวทั้งเหตุการณ์ทางบวกและทางลบ โดยปราศจากความกังวลต่อความรู้สึกของสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม การระลึกความหลังรายบุคคลทำให้เกิดความเป็นส่วนตัวในการย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอดีต ซึ่งบรรยากาศที่เป็นส่วนตัวทำให้บุคคลสามารถแสดงออกมาซึ่งความคิดเห็น และผู้วิจัยสามารถให้ความสนใจและติดตามการสนทนาแต่ละบุคคลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งสามารถสะท้อนความรู้สึกในการร่วมสนทนาได้ดี (Haight & Dias, 1992) ทำให้เกิดการรับรู้ความเข้มแข็งของบุคคลในด้านอารมณ์ จิตใจ ที่สามารถเอาชนะ

อุปสรรคในชีวิต และผู้วิจัยมีโอกาสเสริมสร้างกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (รังสิมันต์, 2554)

การจัดกิจกรรมการระลึกความหลังบริเวณเตียงผู้ป่วย เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุต้องนอนพักบนเตียงเพื่อสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการผิดปกติโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่ติดตัวผู้ป่วย ได้แก่ สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายท่อระบายต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้นการระลึกความหลังรายบุคคล ซึ่งจัดสถานที่บริเวณเตียงผู้ป่วยจึงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของเอ็นโดและคณะ (Ando et al., 2008) ที่ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมรายบุคคลในผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงขณะทำโปรแกรมเนื่องจากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น การให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งพบว่าสามารถเพิ่มความพึงพอใจจิตวิญญาณในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และสุมาลา (2553) ศึกษาในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วย พบว่าสามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการระลึกความหลัง โดยเลือกจากสมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ที่เคยรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์หรือเหตุการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั่วร่างกาย จึงอาจมีผลต่อทักษะในการรับรู้ ความทรงจำ การใช้ภาษา และการสื่อสาร สมาชิกครอบครัวเป็นบุคคลผู้ใกล้ชิดที่มีความผูกพันและมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีความเข้าใจในอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวสามารถช่วยกระตุ้นความทรงจำในเหตุการณ์ที่สมาชิกครอบครัวรับรู้จากที่ผู้สูงอายุเคยบอกเล่ามา และช่วยในการสื่อสารหรือช่วยเรียบเรียงความคิด ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกและเกิดการเสริมแรงให้กำลังใจชื่นชมในเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตที่เป็นความสุข ภาคภูมิใจ และความประทับใจ มีความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ และกำลังใจจากสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นการให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการระลึกความหลัง จึงทำให้เพิ่มความมีคุณค่าในตนเองและความพึงพอใจจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเมลเอนเดซและคณะ (Meléndez-Moral et al., 2014) ในกิจกรรมการระลึกความหลังที่นำเรื่องราวของผู้สูงอายุและบุคคลในสมาชิกครอบครัวมาแบ่งปัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมความรักความผูกพันในสมาชิกครอบครัวและรักษาความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลในสมาชิกครอบครัว สามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ($p = .017$) จากการที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจมีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการรับรู้เป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อความเครียดและอาการเหนื่อยล้าของสมาชิกครอบครัว ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวลดลง (Sansoni et al., 2013) ดังนั้น

กิจกรรมการระลึกความหลังจึงเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวเกิดปฏิสัมพันธ์กัน นอกจากนี้กิจกรรมการระลึกความหลังร่วมกับสมาชิกครอบครัว สามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งสร้างบรรยากาศที่ดีของการสนทนา สมาชิกครอบครัวช่วยสนับสนุน ให้ความหวัง และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถสอนสมาชิกครอบครัวในการเผชิญปัญหา และหลักการแก้ปัญหาในกระบวนการระลึกความหลังได้ (Kunz & Soltys, 2007) ดังนั้น การนำสมาชิกครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ การพูดคุย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้เวลาต่อกัน จะช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ (ชุลีกรและสุรินธร, 2554)

ระยะเวลากิจกรรมการระลึกความหลัง ดำเนินกิจกรรมวันละครั้งเป็นเวลา 5 วัน ต่อเนื่องทุกวัน อธิบายได้ว่า กิจกรรมการระลึกความหลังทำให้ผู้สูงอายุได้รับกระบวนการที่ส่งเสริมให้เล่าเรื่องราวเหตุการณ์ของตนเองในอดีตที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ประทับใจ ภาคภูมิใจอย่างต่อเนื่องทุกวัน การทำกิจกรรมติดต่อกันทุกวัน ให้ความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณมีเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันแรกและได้รับการกระตุ้นต่อเนื่องทำให้มีความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การใช้เวลา 5 วัน หรือ 5 ครั้งติดต่อกัน จึงส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการจัดกิจกรรมการระลึกความหลังเป็นระยะเวลา 5 วัน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการลดจำนวนวันนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของวู (Wu, 2011) โดยใช้โปรแกรมการระลึกความหลังสัปดาห์ละครั้งเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งสามารถเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 3.40$, $p < .05$) และยังมีการศึกษาโดยจัดการดำเนินกิจกรรมการระลึกความหลังสัปดาห์ละครั้งเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (Azcurra, 2012) และ 8-12 สัปดาห์ (Alea et al., 2010; Bogaert et al., 2013; Gaggioli et al., 2014; Melendez-Moral et al., 2013)

การใช้สื่อในการระลึกความหลังครั้งนี้ใช้เป็นภาพที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ในแต่ละช่วงวัย การระลึกความหลังช่วงวัยเด็ก ได้แก่ ภาพการเล่นในท้องถิ่น ของเล่น การใช้ชีวิตในชนบท การระลึกความหลังช่วงวัยรุ่น ได้แก่ กิจกรรมตามประเพณีในท้องถิ่น ดารานักร้องที่ชื่นชอบ คนรัก การระลึกความหลังช่วงวัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ความสำเร็จของลูกหลาน อธิบายได้ว่า การใช้สื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับเรื่องราวในอดีต ที่นำมาใช้ในกิจกรรมการระลึกความหลัง ซึ่งเป็นภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ยุคสมัย ประเพณีวัฒนธรรมในท้องถิ่น ที่เป็นเรื่องใกล้ตัว รวมทั้งเรื่องราวต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัว เพื่อนำมากระตุ้นความคิดและความทรงจำในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุสามารถย้อนระลึกถึงความทรงจำในอดีตได้ ซึ่งสอดคล้องกับเมลเอนเดซและคณะ (Meléndez-Moral et al., 2014) โดยการนำเอาสถานที่ สิ่งของ เหตุการณ์ในอดีต กิจกรรมในวันหยุด และประเพณีต่าง ๆ มาทบทวน ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความผาสุกในชีวิต และการศึกษา

ของซู (Zhou et al., 2012) ได้นำเหตุการณ์เกี่ยวกับเพลงเก่าๆ รูปภาพเก่าๆ เหตุการณ์ที่ทำให้มีความสุข การประสบความสำเร็จในชีวิต ความคาดหวังในอนาคต มาใช้ในการระลึกความหลัง ซึ่งพบว่าเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถให้สมาชิกนำสิ่งของต่าง ๆ ของตนเองมาร่วมในการระลึกความหลัง ได้แก่ ภาพถ่ายของที่ระลึก เหรียญรางวัล เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้ระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต (รังสิมันต์, 2554) และยังมี การใช้เหตุการณ์ช่วงวัยเด็ก สถานที่ที่เคยอยู่อาศัย เกมที่เคยเล่น เพลงที่ชื่นชอบ กิจกรรมวันหยุด หรือวันพิเศษ ภาพยนตร์ที่ชื่นชอบมาเป็นสื่อในการระลึกความหลัง ทำให้สามารถเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเอง ($p = .000$) (Melendez-Moral et al., 2013)

จากการระลึกความหลังของกลุ่มตัวอย่างในวัยเด็กที่กล่าวถึง ความภาคภูมิใจในเรื่อง การช่วยพ่อแม่ทำงานต่าง ๆ เพื่อเลี้ยงชีพและหารายได้ ได้แก่ การทำสวน ปลูกผักสวนครัว จับปลา ทำขนมขาย ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 กล่าวว่า “ตอนเด็ก ๆ แม่ของยายทำขนม ยายเอาขนมไปขายที่โรงเรียน กลับจากโรงเรียนก็เอาขนมไปขายต่อที่ตลาด ยายภูมิใจที่ได้ช่วยแม่ทำงานหาเงินตั้งแต่ยายเด็ก ๆ บ้านยายพี่น้องหลายคน แม่จะได้มีเงินให้น้อง ๆ เรียนหนังสืออีก ถึงยายจะจบ ป.4 แต่ยายก็ภูมิใจนะ ที่น้อง ๆ ยายทุกคนได้เรียนหนังสือ” “แม่เค้าภูมิใจมากที่เค้าช่วยให้น้อง ๆ ได้เรียนหนังสือได้เรียนหนังสือก็เพราะแม่นี้แหละ ที่ทำงานหาเงิน ทำให้น้อง ๆ ทุกคนของแม่ได้เรียนหนังสือ”(บุตร) การทำงานช่วยพ่อแม่เพื่อหารายได้เลี้ยงชีพและการมีส่วนร่วมทำให้น้อง ๆ ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจร่วมกับการชื่นชมของสมาชิกครอบครัวจึงส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

สำหรับการระลึกความหลังของกลุ่มตัวอย่างในวัยรุ่น ที่กล่าวถึงความประทับใจที่มีต่อบิดามารดา คนรัก และการไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19 กล่าวว่า “เตี้ยของป้าเป็นคนจีน มาอยู่เมืองไทยมีเสื้อผืนหมอนใบ เตี้ยทำงานทุกอย่างขายข้าว ขายหมูให้ญี่ปุ่น เตี้ยสอนป้าเสมอให้ขยันทำมาหากิน จะได้ไม่ลำบาก ที่ป้ามีเงินทุกวันนี้ก็เพราะป้าขยันเหมือนเตี้ย เตี้ยเป็นคนที่มีป้าประทับใจที่สุด” “แม่ประทับใจมากที่เตี้ยสอนเสมอให้เราขยัน แม่บอกว่าความขยันจะทำให้เราไม่ลำบาก และแม่ก็เป็นคนที่ขยันทำงานมาก จนตอนนี้ครอบครัวเรามีความเป็นอยู่ที่ดีสบาย ก็เพราะแม่นี้แหละคะ” (บุตร) การระลึกความหลังถึงบุคคลที่ผู้สูงอายุประทับใจและความสำเร็จ โดยผู้สูงอายุคิดว่าฉันเป็นคนประสบความสำเร็จ ร่วมกับการเสริมแรงจากสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับการรับรู้ถึงผลจากความสำเร้จนั้น นำไปสู่ควมมีคุณค่าในเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

การระลึกความหลังของกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่มีการกล่าวถึงสิ่งที่เป็นความสุขที่เห็นความสำเร็จของบุตรหลาน บุตรหลานสามารถทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ ความรักความเอื้ออาทรกันในสมาชิกครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 กล่าวว่า “ลูก ๆ ของป้าหลายคน มีงานทำ มีครอบครัวกันหมดแล้ว อยู่บ้านใกล้ๆกัน ตอนเย็น ๆ ก็มานั่งคุย มากินข้าวพร้อม ๆ กันที่บ้านป้า แค่นี้ป้าก็มีความสุขแล้ว ลูกหลานป้ารักใคร่กันดี ไม่เคยทำให้ป้าต้องทุกข์ใจ” “แม่ทำเพื่อพวกเรามาก ก็มีแม่นี้แหละที่

เป็นศูนย์รวมและเป็นกำลังใจของพวกเรา ลูกหลานทุกคนรักแม่” (บุตร) การระลึกความหลังถึงเหตุการณ์ที่มีความสุข หรือผู้สูงอายุคิดเกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตที่ผู้สูงอายุเป็นคนที่เลี้ยงลูกหลานหลายคน จนประสบความสำเร็จร่วมกับกำลังใจจากสมาชิกครอบครัวที่รับรู้ถึงความสำเร็จและมีความรู้สึกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

การระลึกความหลังเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา และความผาสุก ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้ย้อนระลึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเชื่อ ความศรัทธาของแต่ละบุคคล และการได้นึกถึงสิ่งที่เป็นบุญกุศล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข สบาย และสงบ การได้ปฏิบัติตนเพื่อเป็นการระลึกถึงบรรพบุรุษ ได้แก่ การทำบุญเดือนสิบ ซึ่งเป็นประเพณีที่สำคัญในท้องถิ่นภาคใต้และปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่อดีต ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 กล่าวว่า “ป้าเชื่อว่าคนบ้านเรา ต้องทำบุญให้ปู่ย่าตายายที่ล่วงลับไปแล้ว อุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้ท่านปีละครั้ง ไม่ได้จะต้องไปรับให้ปู่ย่าตายายมาอยู่กับเรา ต้องไปส่งเดี่ยวท่านจะไปกลับไม่ถูก ทำแล้วสบายใจ” “แม่ต้องไปทำบุญงานรับตายายทุกปีค่ะ ไม่ขาดเลย แม่บอกว่าได้ทำบุญให้บรรพบุรุษ ท่านจะได้มีความสุขที่เห็นลูกหลานมารับมาส่ง ถือเป็นการแสดงความกตัญญูต่อปู่ย่าตายาย” (บุตร) การที่ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ และประเพณีที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองที่สามารถปฏิบัติตนตามความเชื่อ ความศรัทธา และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19 ที่กล่าวว่า “ป้าเชื่อว่าเราทำอะไรก็ได้ผลอย่างนั้น ป้าทำแต่เรื่องดี ป้าดูแลพ่อแม่ และป้าก็เชื่อว่าความดีที่ป้าทำ ป้าก็จะได้กลับมา และตอนนี้ลูกของป้าก็กำลังทำกับป้า เหมือนกับที่ป้าทำกับพ่อแม่ ป้าปลื้มใจ” “แม่ ไม่ต้องห่วงหรอก ลูกทุกคนรักแม่” (บุตร) เชื่อว่าการปฏิบัติตนที่ดีในอดีต จะส่งผลให้เกิดสิ่งที่ดีในปัจจุบันและอนาคต ทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การระลึกความหลังที่มีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณในแต่ละช่วงวัยจะมีความแตกต่างกัน โดยพบว่าในวัยเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่ระลึกความหลังในเรื่องการช่วยพ่อแม่ทำงานต่าง ๆ เพื่อเลี้ยงชีพและหารายได้ จากสภาพท้องถิ่นชนบทที่ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร และใช้ผลผลิตในท้องถิ่นเพื่อดำรงชีวิต ภาพที่ผู้สูงอายุใช้ในการระลึกความหลังจึงเป็นภาพที่เกี่ยวกับการดำรงชีพในสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ภาพการทำสวน ภาพการจับปลา หรือภาพการเล่นที่มาจากการใช้วัสดุในท้องถิ่น เช่น ก้านกล้วย กาบหมาก และในช่วงวัยรุ่นมีความภูมิใจในตนเองเพิ่มเติมในเรื่องการรู้จักกันवलสงวนตัว ทำให้ประสบความสำเร็จในการครองชีวิตคู่ ช่วงวัยผู้ใหญ่ระลึกความหลังในเรื่อง ความสำเร็จของบุตรหลาน ความภาคภูมิใจที่มีต่อความสำเร็จของตนเอง การระลึกความหลังเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก ส่วนใหญ่เป็นการระลึกถึงประเพณีวัฒนธรรมในท้องถิ่นที่สืบทอดต่อกันมา ประเพณีทำบุญเดือนสิบหรือประเพณีส่งตายาย ประเพณีชักพระ การไหว้พระ สวดมนต์ ตักบาตร ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจตามความเชื่อ ความศรัทธาของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยการระลึกความหลังในช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่สามารถย้อน

ลำดับเหตุการณ์ได้ดีที่สุด เนื่องจากระยะเวลาผ่านไปไม่นาน และบางเหตุการณ์ยังมีผลกระทบมาถึงปัจจุบัน การระลึกความหลังแต่ละช่วงวัยจึงมีผลต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเข้ารับการรักษาดำเนินการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 50 ราย โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ (1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน (2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .83 ตามลำดับ นำเครื่องมือไปดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หลังจากนั้นประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลในกลุ่มทดลองมีลักษณะการแจกแจงแบบเบ้ มีค่าผิดปกติในลักษณะ outlier มีผลทำให้ค่าสถิติที่วิเคราะห์ได้บิดเบือนจากค่าที่เป็นจริง จึงพิจารณาให้ตัด outlier ในกลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 49 คน ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. โปรแกรมการระลึกความหลัง มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง และค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

2. โปรแกรมการระลึกความหลัง มีผลทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง และค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถนำสื่อที่เป็นของผู้สูงอายุเองมาใช้ในการระลึกความหลัง เนื่องจากสมาชิกครอบครัวไม่สามารถกลับไปจัดหามาได้ มีเพียงสื่อที่ติดตัวสมาชิกครอบครัวมา ได้แก่ ภาพ รูปภาพในโทรศัพท์เคลื่อนที่ ดังนั้นจึงใช้ภาพที่ผู้วิจัยเตรียม ร่วมกับเรื่องเล่าของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว ซึ่งภาพที่ผู้วิจัยเตรียมอาจไม่ตรงกับภาพจริงของผู้สูงอายุ แต่สามารถทำให้ผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกันได้
2. การนำสมาชิกครอบครัวเข้ามาร่วมในกิจกรรมการระลึกความหลัง ในบางรายสมาชิกครอบครัวคนเดิมไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง จึงต้องเปลี่ยนสมาชิกครอบครัวคนใหม่ในการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจึงต้องเตรียมความพร้อมโดยการอธิบายการปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมโปรแกรม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติกรพยาบาล

พยาบาลสามารถนำแนวคิดการระลึกความหลังไปประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้าย หรือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เพื่อเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำแนวคิดการระลึกความหลังไปใช้ในการประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อฝึกประสบการณ์ในวิชาชีพ และนำแนวคิดนี้ไปใช้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

3. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลนำโปรแกรมการระลึกความหลังไปใช้บำบัดผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากโปรแกรมการระลึกความหลังเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นบทบาทหน้าที่อิสระของ

พยาบาลในการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และเป็นการพยาบาลที่ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณและมีความคุ้มค่าคุ้มทุน

4. ด้านการวิจัย

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสุขทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น ระยะเวลาระหว่างหลังดำเนินการศึกษาควรมีการติดตามประเมินความมีคุณค่าในตนเองและมีความสุขทางจิตวิญญาณ ในระยะ 1 เดือน 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพโปรแกรมการระลึกความหลัง และควรมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวได้ใช้กระบวนการระลึกความหลังอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อความคงทนของโปรแกรมการระลึกความหลัง การจัดทำโปรแกรมการระลึกความหลังควรปรับเนื้อหาโปรแกรมให้เหมาะสมกับยุคสมัย และสอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). ทักษะพื้นฐานในการให้คำปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 3).
 นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กฤษดา แสงดี. (2545). *แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1 - 9.
- คานธีชา บุญยาว, และปยุณรัตน์ พิชญ์ไพบุลย์. (2555). การออกแบบกิจกรรมศิลปะเพื่อเสริมสร้าง
 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์
 ทางการศึกษา*, 7(1), 1845 - 1857.
- จรรุวรรณ บุญรัตน์, และสุพัตรา อุปนิสากร. (2554). การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและ
 สมาชิกครอบครัว ใน ไอ ซี ยู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส
 ราช นครินทร์*, 4(1), 31 - 13
- จิตติมาวรรณ บำรุงรส. (2552). *โปรแกรมระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 ในชุมชน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย
 (ThaiLIS-Thai library Integrated System).
- จีราพร ทองดี, ดารารวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลกระทรวง
 สาธารณสุข*, 22(3), 88 - 99.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2549). *จิตวิญญาณ: การดูแล*. การจัดการความรู้, ค้นจาก [http://www.academic.
 hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=33](http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=33)
- ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2558). ทักษะการสื่อสารในเวชปฏิบัติ. ใน มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์
 สุกนิชัย, จิตเวชศาสตร์: รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 401 - 417). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิต
 เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชัยฤทธิ์ โภธิสุวรรณ, และอรุณี บุญอุรพิภิญโญ. (2542). ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:
 กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร [อิเล็กทรอนิกส์].
วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 14(3), 93 - 114.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, และสุรินทร์ กลัมพากร. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังใน
 ชุมชน [บทความฉบับพิเศษ]. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 99 - 108.
- ทัศนีย์ ญาณะ. (2557). *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ* (หน้า 4). นนทบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนา
 ระบบสุขภาพชุมชน.

- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ: มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: วี พรีนธ์.
- ธัญญา น้อยเปียง. (2545). *การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai library Integrated System).
- ธีระชัย พรหมคุณ, พจนีย์ เสงี่ยมจิตต์, และเสนอ ภิรมย์จิตรผ่อง. (2557). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 133 - 145.
- นปภัช กันแพงศรี, และจิราพร เกศพิชญพัฒนา. (2557). ผลของโปรแกรมกิจกรรมศิลปะต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะแรก [อิเล็กทรอนิกส์]. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 20(2), 163 - 178.
- นพิศ ตรีรัตน์. (2550). *กลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai library Integrated System).
- นิชา สมานทรัพย์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่ความสัมพันธ์ต่อความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 57 - 70.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญส่ง หาหวายการ, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2555). การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 154 - 165.
- บุปผา ชอบใช้. (2546). *การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ: โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาพร มโนรัตน์. (2556). ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 5(2), 98 - 103.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น.
- ปราณีต ทวีลาภ. (2552). *การใช้โปรแกรมการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- ปรารธนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง [อิเล็กทรอนิกส์]. *พยาบาลสาร*, 40(3), 62 - 74.
- ปริญญา โตมานะ, และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพัน [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 13(1), 28 - 37.
- พงศ์เทพ สุธีรวิทย์, และยุชูป นิเมะ. (2552). *การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลาม: โรคเรื้อรัง*. สงขลา: คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข.
- พจนนา เปลี้นเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 18 - 21.
- พรทิพย์ ปุกหุด, และทิตยา พุฒิกามิน. (2555). ผลของการสวดมนต์บำบัดต่อความกังวลและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะรับการรักษา [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(2), 122 - 130.
- พรทิพย์ มาลาธรรม, จิราพร คงเอี่ยม, และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท [อิเล็กทรอนิกส์]. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 15(3), 431 - 448.
- พลินี เสริมสินศิริ, สุกกาญจน์ สว่างเสรี, และสมฤทัย เสือปาน. (2546). *จากสุขภาพทางจิตวิญญาณ สู่อุทิศสุขภาพทางปัญญา*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์, สิริกร สุวัชฌรัฐชา, ปริมิชญา อินตะกัน, และสายใจ ลิขนะเชียร. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง [อิเล็กทรอนิกส์]. *การพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27 - 37.
- เพชรรัตน์ เจริมรอด, และเสรี ชัดเข้ม. (2556). ผลของการฟังเสียงสวดมนต์ประกอบการเคลื่อนไหวร่างกายแบบซิงก์ต่อการเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณและลดความปวดในผู้ป่วยปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 11(1), 33 - 44.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). *ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ภาวินี ศรีสันต์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. ใน สมจิต แตนสีแก้ว (บรรณาธิการ), *การประชุมวิชาการและประชุมสามัญประจำปี 2556: การพยาบาลที่เป็นเลิศ กุญแจสู่ชุมชนสุขภาพในยุคเศรษฐกิจอาเซียน* (หน้า 122 - 133). อุบลราชธานี: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

- มนัส วณิชชานนท์. (2550). ความอบอุ่นของสมาชิกครอบครัวไทย ความสุขที่ยั่งยืน [อิเล็กทรอนิกส์].
วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 44(1), 26 - 33.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต
สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต อำเภอเมือง
จังหวัดสระบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย
(ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- ระวี ภาวิไล. (2546). คำว่า จิตวิญญาณ ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อพระพุทธศาสนา
ในประเทศไทยอย่างไร. กรุงเทพฯ: เครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาในประเทศไทย.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง: การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้าวัยสูงอายุ [อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(2), 1 - 11.
- รุจิรา พงศ์สุนนท์. (2548). กลุ่มระลึกความหลังในผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง:
ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนาแห้ว. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่าย
ห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- วนิดา ตันเจริญรัตน์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน ละเอียด แจ่มจันทร์, และสุรี
ชั้นรัชภิษวงศ์ (บรรณาธิการ), สารทบทวน การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 65 - 72). กรุงเทพฯ:
จุดทอง.
- วรรณวิสาข์ ไชโยโย. (2555). ทรรศนะเรื่องความสุขในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาบ้านวัยทองนิเวศน์
[อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารมนุษยศาสตร์สาร, 13(1), 16 - 30.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม 1
(หน้า 6 - 27). มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล, และสุรีย์พร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางจิต
วิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย [อิเล็กทรอนิกส์]. วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก,
2(3), 27 - 35.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ความเจ็บป่วยและมโนทัศน์การพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน วิไลลักษณ์ ทอง
เจริญ (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์: การพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 23 - 42). กรุงเทพฯ:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). วัยสูงอายุ. ใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย: วัยรุ่น-
วัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 535 - 638). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2557. ค้นจาก <http://www.thaitgri.org/?p=36746>
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2557*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวช ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554). การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในวัยสูงอายุ. ใน สมภพ เรื่องตระกูล, *ตำรากลุ่มบำบัดและสมาชิกครอบครัว* (หน้า 283 - 291). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายพิน ยอดกุล, และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50 - 57.
- สาวิตรี วิชญโยธิน, และนชพร อิทธิวิฑูกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 16(1), 5 - 22.
- สำนักการพยาบาล . (2547). เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย. *การศึกษาเวลามาตรฐาน*, 86 - 99.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). ผู้สูงอายุเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง.2557. ค้นจาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. *สาระสุขภาพ*, 8(24). ค้นจาก <http://www.moph.go.th/ops/thp/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558*. ค้นจาก <http://www.service.nso.go.th/>
- สุกัลยา นาดิ, อัมพรพรรณ ธีรานูตร, และวัชรา บุญสวัสดิ์. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 29(4), 69 - 78.
- สุทนต์ ทังศิริ, และสุพิศ กุลชัย. (2551). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกเฉพาะโรคโรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 17(3), 667 - 675.
- สุภาภรณ์ สังฆมรรทร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).
- สุมาลา ถนอมพันธ์. (2553). *ผลของการระลึกความหลังต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคมะเร็ง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ค้นจาก โครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (ThaiLIS-Thai Library Integrated System).

- สุรัชย์ คำภักดี. (2555). ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 107 - 112.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร, สมจิตต์ ลูประสงค์, และสมจิต นันทกมลวาริ. (2557). การบูรณาการภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(2), 14 - 24.
- สุวรรณณี ขอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และธเนศ วรรณอภิสิทธิ์. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อม ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาการพยาบาล*, 28(2), 68 - 80.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2556). สุขภาพวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1* (หน้า 1 - 48). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, โสเพ็ญ ชูนวน, และมัลลิกา สุนทรวิภาต. (2553). การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเรื้อรังที่พักรักษาในโรงพยาบาล [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาการพยาบาล*, 25(1), 100 - 111.
- อะเคื้อ กุลประสูติติก, โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์, และดุชนี ศุภวรรณะกุล. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 35 - 46.
- อัญชลี ชุมบัวทอง, วิจิตร ชะโลภัตถ์, พิษญา ทองอยู่เย็น, ศรายุทธ โชคชัยวรรรัตน์, กันตภณ ธรรมวัฒนา, และบังอร ฉางทรัพย์. (2558). คุณภาพการนอน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(5), 833 - 843.
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร, และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ [อิเล็กทรอนิกส์]. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(2), 65 - 77.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2546). *ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม บันทึกเสี้ยวหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- อิทธิพล พลเยี่ยม, สุคนธา ศิริ, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2557). *ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด*. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา, (หน้า 1848 - 1854). ขอนแก่น.

- Alea, N., Vick, S. C., & Hyatt, A. M. (2010). The content of older adults' autobiographical memories predicts the beneficial outcomes of reminiscence group participation [Electronic version]. *Journal of Adult Development, 17*(3), 135 - 145.
- Ando, M., Morita, T., & Oshima, A. (2011). Reminiscence cognitive behavior therapy for spiritual well-being and self-esteem of cancer patients. *Journal of Cancer Therapy, 2*, 105 - 109. doi:10.4236/jct.2011.22012
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 39*(6), 993 - 1002.
- Ando, M., Morita, T., Okamoto, T., & Ninosaka, Y. (2008). One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminal ill cancer patients [Electronic version]. *Psycho-Oncology, 17*(9), 885 - 890
- Ando, M., Morita, T., Oshima, A. (2011). Reminiscence cognitive behavior therapy for spiritual well-being and self-esteem of cancer patients [Electronic version]. *Journal of Cancer Therapy, 2*, 105 - 109.
- Arestedt, L., Persson, C., & Benzein, E. (2014). Living as a family in the midst of chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(1), 29 - 37. doi:10.1111/scs.12023
- Azcurra, D. J. L. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(4), 422 - 433.
- Allew, S. H., Hannum, S. M., Gaines, J. M., Marx, K. A., & Parrish, J. M. (2012). The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of Religion and Health, 51*(4), 1386 - 1396. doi:10.1007/s10943-011-9498-0
- Ballew, S. H., Hannum, S. M., Gaines, J. M., Marx, K. A., & Parrish, J. M. (2012). The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of Religion and Health, 51*(4), 1386-1396. doi: 10.1007/s10943-011-9498-0
- Bartlett, S. J., Koenig, H. G., Tarpley, M. J., Haaz, S., & McCauley, J. (2011). A randomized controlled trial to assess effectiveness of a spiritually-based intervention to help chronically ill adults. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 41*(1), 91 - 105. doi:10.2190/PM.41.1.h

- Bluck, S., & Levine, L. J. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: A catalyst for reminiscence theory development. *Ageing and Society*, 18(02), 185 - 208.
- Bogaert, P. V., Grinsven, R. V., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Mussele, S. V. (2013). Effects of solcos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to alzheimer disease: A pilot study [Electronic version]. *Jamda*, 14, 9 - 13. doi:10.1016/j.jamda.2013.01.020
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89 - 107.
- Brown, J. D. (2014). Self-esteem and self-evaluation: Feeling is believing. In J. Suls, *Psychological Perspectives on the Self* (pp. 27 - 58). New York: Psychology Press.
- Bussing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18 - 27. doi:10.3390/rel1010018
- Butler, R. N., Lewis, M. I., & Sunderland, T. (1998). Psychotherapy and environment therapy. *Aging and Mental Health* (5th ed., pp. 346 - 382). Boston: Allyn and Bacon.
- Chen, T. J., Li, H. J., & Li, J. (2012). The effects of reminiscence therapy on depressive symptoms of Chinese elderly: Study protocol of a randomized controlled trial. *Biomedcentral Psychiatry*, 12(1), 189. Doi:10.1186/1471-244X-12-189
- Chung, J. C. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: Values and challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 259 - 264. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00615.x
- Ciro, C. A., Ottenbacher, K. J., Graham, J. E., Fisher, S., Berges, I., & Ostir, G. V. (2012). Patterns and correlates of depression in hospitalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 54(1), 202 - 205. doi:10.1016/j.archger.2011.04.001
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., ... & O'Shea, E. (2014). Seeing me through my memories: A grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long term care [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23 - 24), 3564 - 3574.

- Coopersmith, S. (1969). Implications of studies on self-esteem for educational research and practice. *Meetings of the American Educational Research Association*. California: California University.
- Coopersmith, S. (1984). Self-esteem inventory. In J. Hattie, *Self concept* (pp. 154 - 159). New York: Psychologist press.
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203 - 205.
- Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T., & Eby, J. (2012). Hope, older adults, and chronic illness: A metasynthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1211-1223. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x
- Eby, L., & Brown, N. J. (2009). *Mental health nursing care* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall
- Eliopoulos, C. (2014a). Continuum of care in gerontological nursing. *Gerontological nursing* (8th ed., pp. 121 - 131). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eliopoulos, C. (2014b). Life transitions and story. *Gerontological nursing* (8th ed., pp. 35 - 48). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eliopoulos, C. (2014c). Theories of aging. *Gerontological nursing* (8th ed., pp. 12 - 19). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Engel, J. H., Siewerdt, F., Jackson, R., Akobundu, U., Wait, C., & Sahyoun, N. (2011). Hardiness, depression, and emotional well-being and their association with appetite in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 482 - 487.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York: W. W. Norton & Company, INC.
- Franek, J. (2013). Self-management support interventions for persons with chronic disease: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(9), 1 - 60.
- Gaggioli, A., Scaratti, C., Morganti, L., Stramba-Badiale, M., Agostoni, M., Spatola, C. A., ... & Riva, G. (2014). Effectiveness of group reminiscence for improving wellbeing of institutionalized elderly adults: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 408. doi: 10.1186/1745-6215-15-408.

- Gallagher, P., & Carey, K. (2012). Connecting with the well-elderly through reminiscence: Analysis of lived experience. *Educational Gerontology, 38*(8), 576 - 582. doi:10.1080/03601277.2011.595312
- Gerfo, M. L. (1981). Three ways of reminiscence in theory and practice. *The International Journal of Aging and Human Development, 12*(1), 39 - 48.
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: A Practice Guide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Haight, B. K., & Dias, J. K. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities. *International Psychogeriatrics, 4*(4), 279 - 290.
- Hamilton, D. B. (1992). Reminiscence therapy. In G. M. Bulechek, & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (pp. 292 - 300). Maxico: WB Saunders Company.
- Holt-Lunstad, J., Steffen, P. R., Sandberg, J., & Jensen, B. (2011). Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: An examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *Journal Behavioral Medicine, 34*(6), 477 - 488. doi:10.1007/s10865-011-9343-7
- Huang, C. Q., Dong, B. R., Lu, Z. C., Yue, J. R., & Liu, Q. X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Review, 9*(2), 131 - 141. doi:10.1016/j.arr.2009.05.005
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. doi: 10.1155/2014/619028.
- Jowsey, T., Yen, L., & Mathew, P. (2012). Time spent on health related activities associated with chronic illness: A scoping literature review. *Biomedcentral Public Health, 12*(1), 1044. doi:10.1186/1471-2458-12-1044
- Karimi, H., Dolatshahee, B., Momeni, K., Khodabakhshi, A., Rezaei, M., & Kamrani, A. A. (2010). Effectiveness of integrative and instrumental reminiscence therapies on depression symptoms reduction in institutionalized older adults: An empirical study. *Ageing & Mental Health, 14*(7), 881 - 887.
- Kennedy, G.L. (2000). Individual psychotherapies for older adults. In G.L. Kennedy (Ed.), *Geriatric mental health care* (p. 143). New York: Guilford.

- Kim, H. G. (2014). Effects of a cinema therapy-based group reminiscence program on depression and ego integrity of nursing home elders. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(4), 233 - 241. doi:10.12934/jkpmhn.2014.23.4.233
- Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554 - 562.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., & Smit, F. (2009). Prevention of depression and anxiety in later life: Design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. *Biomedcentral Public Health*, 9(1), 250. doi:10.1186/1471-2458-9-250
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(06), 1163 - 1173.
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., & Pot, A. M. (2011). Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms. *Aging Mental Health*, 15(5), 638 - 646. doi:10.1080/13607863.2010.551338
- Korte, J., Cappeliez, P., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2012). Meaning in life and mastery mediate the relationship of negative reminiscence with psychological distress among older adults with mild to moderate depressive symptoms. *European Journal of Ageing*, 9(4), 343 - 351. doi:10.1007/s10433-012-0239-3
- Kunz, J. A., & Soltys, F. G. (2007). *Transformational reminiscence: Life story work*. New York: Springer Publishing Company.
- Kuster, F., Orth, U., Meier, L. (2012). Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: A five wave longitudinal study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(6) 747 - 759. doi: 10.1177/0146167212437250
- Larsen, P. D. (2013). Chronicity. In I. M. Lubkin (Ed.), *Chronic illness: Impact and intervention* (8th ed., pp. 3 - 22). United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- Lazar, A., Thompson, H., & Demiris, G. (2014). A systematic review of the use of technology for reminiscence Therapy. *Health Education & Behavior*, 41(1S), 51S - 61S.

- Leone, T., Coast, E., Narayanan, S., & Aikins, A. G. (2012). Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICs): A mapping of the evidence. *Globalization Health, 8*(39), 1 - 10.
- Li, H. (2005). Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied Nursing Research, 18*(2), 97 - 101. doi:10.1016/j.apnr.2004.06.015
- Lin, L. J., Li, K. Y., & Tabourne, C. E. (2011). Impact of the life review programme on elders with dementia: A preliminary study at a day care center in Southern Taiwan. *Journal of nursing research, 19*(3), 199 - 209.
- Lynch, T. R., Epstein, D. E., & Smoski, M. J. (2014). Individual and group psychotherapy. In M. E. Thakur, D. G. Blazer, & D. C. Steffens (Eds.), *Clinical manual of geriatric psychiatry* (pp. 239 - 240). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Martin, C. M. (2007). Chronic disease and illness care: Adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. *Canadian Family Physician, 53*(12), 2086 - 2091.
- Maslow, A. H., Frager, R., & Cox, R. (1970). *Motivation and personality* (Vol. 2). J. Fadiman, & C. McReynolds (Eds.). New York: Harper & Row.
- Melendez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodriguez, T., & Sales-Galan, A. (2013). Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema, 25*(3), 319 - 323. doi:10.7334/psicothema2012.253
- Meléndez-Moral, J. C., Fortuna-Terrero, F. B., Sales-Galán, A., & Mayordomo-Rodríguez, T. (2014). Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults. *The Journal of Positive Psychology, 10*(3), 240 - 247. doi: 10.1080/17439760.2014.936968
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*(2), 294 - 298.
- Miller, C. A. (2015a). Caring for older adults during illness. In C. A. Miller (Ed.), *Nursing for wellness in older adults* (7th ed., pp. 565 - 580). New York: Wolters Kluwer.
- Miller, C. A. (2015b). Psychosocial function. In C. A. Miller (Ed.), *Nursing for wellness in older adults* (7th ed., pp. 206 - 225). New York: Wolters Kluwer.

- Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., & Hashimoto, T. (2014). Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: A pilot randomized controlled study [Electronic version]. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 13 - 19.
- Ng, T. (2014). A study of the link between self-esteem and spiritual experience of parents living in the 'City of Sadness' of Hong Kong. *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 41(1), 45 - 59.
- Nima, A., Rosenberg, P., Archer, T., Garcia, D. (2013). Anxiety, affect, self-esteem, and stress: Mediation and moderation effects on depression. *Plos Journal*, 8(9), e73265. doi:10.1371/journal.pone.0073265
- O'Brien, M. E. (2014). *Spirituality in nursing standing on holy ground*. Washington, DC: Jones & Barlett.
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging Mental Health*, 15(2), 272 - 281. doi:10.1080/13607861003713281
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381 - 387. doi:10.1177/0963721414547414
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Park, C. L., Lim, H., Newlon, M., Suresh, D. P., & Bliss, D. E. (2014). Dimensions of religiousness and spirituality as predictors of well-being in advanced chronic heart failure patients. *Journal of Religion and Health*, 53(2), 579 - 590.
- Park, S. H., Han, K. S., & Kang, C. B. (2014). Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life, and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials. *Applied Nursing Research*, 27(4), 219 - 226.
- Pinquarta, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541 - 558.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2012). *Resource manual for nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

- Puchalski, C. M., Borneman, T., & Ferrell, B. (2010). Evaluation of the FICA tool for spiritual assessment. *Journal of Pain and Symptom Management, 40*(2), 163 - 173.
- Roach, S. S. (2001). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ross, L., & Austin, J. (2015). Spiritual needs and spiritual support preferences of people with end-stage heart failure and their carers: Implications for nurse managers. *Journal of Nursing Management, 23*(1), 87 - 95. doi:10.1111/jonm.12087
- Sansoni, J., Anderson, K. H., Varona, L. M., & Varela, G. (2013). Caregivers of alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: Some considerations on existing literature. *Annali di Igiene, 25*(3), 235 - 246. doi: 10.7416/ai.2013.1926
- Seymour, R. (1995). Spiritual needs of the older adult. In M. O'Brien (Ed.), *Spiritual in nursing* (pp. 233-260). Washington, DC: Jones & Bartlett Learning.
- Stinson, C., Long, E. M., Kireuk, T., Peraza-Smith, G. B., & Flanagan, N. M. (2014). Reminiscence: Improving the quality of life for older adults. *Geriatric Nursing, 5*(35), 399-404.
- Thomas, S. A., & Hena, N. N. (2015). Development and standardisation of video assisted reminiscence therapy package for institutionalized elderly. *Conflux Journal of Education, 2*(12), 2-9. Retrieved from <http://cjoe.naspublishers.com/>
- Webster, J. D., & Haight, B. K. (1995). *The art and science of reminiscing: Theory, research, methods, and applications*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Webster, J. D., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2010). Mapping the future of reminiscence: A conceptual guide for research and practice. *Research on Aging, 32*(4), 527 - 564.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., van Beljouw, I. M., & Pot, A. M. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The Gerontologist, 50*(4), 541 - 549.
- Whelan-Gales, M. A., Griffin, M. T. Q., Maloni, J., & Fitzpatrick, J. J. (2009). Spiritual well-being, spiritual practices, and depressive symptoms among elderly patients hospitalized with acute heart failure. *Geriatric Nursing, 30*(5), 312 - 317.

- Willemse, B. M., Depla, M. F., & Bohlmeijer, E. T. (2009). A creative reminiscence program for older adults with severe mental disorders: Results of a pilot evaluation. *Aging & Mental Health, 13*(5), 736 - 743. doi:10.1080/13607860902860946
- Wolkowitz, O. M., Epel, E. S., Reus, V. I., & Mellon, S. H. (2010). Depression gets old fast: Do stress and depression accelerate cell aging. *Depression and Anxiety, 27*(4), 327 - 338.
- Wong, P. T., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging?. *Psychology and Aging, 6*(2), 272 - 279.
- Wu, L. F. (2011). Group integrative reminiscence therapy on self-esteem, life satisfaction and depressive symptoms in institutionalized older veterans. *Journal of Clinical Nursing, 20*(15-16), 2195 - 2203. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03699.x
- Zeigler-Hill, V., Holden, C. J., Enjaian, B., Southard, A. C., Besser, A., Li, H., & Zhang, Q. (2014). Self-esteem instability and personality: The connections between feelings of self-worth and the big five dimensions of personality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 41*(2), 183 - 198. doi:10.1177/0146167214559719
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. K. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese dwelling elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*(3), e440 - 447. doi:10.1016/j.archger.2011.12.003

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) จำนวน 50 คน โดยใช้สูตรการคำนวณการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Polit & Beck, 2012)

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{\text{Pool SD}}$$

d	คือ ขนาดอิทธิพล
\bar{X}_E	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
\bar{X}_C	คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
SD _C	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม
SD _E	คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง
Pool SD	คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม

ค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้ คือ งานวิจัยเรื่อง One-week short-term life review interview can improve spiritual well-being of terminal ill cancer patients (Ando, Morita, Okamoto, & Ninosaka, 2008) โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณหลังได้รับโปรแกรมการทบทวนชีวิต ผลการศึกษาได้ค่า ดังนี้

$$\bar{X}_E = 24 \quad \bar{X}_C = 16 \quad SD_E = 8.2 \quad SD_C = 7.1$$

$$\text{Pool SD} = \sqrt{[SD_E^2 + SD_C^2]/2}$$

$$\text{แทนค่าสูตร Pool SD} = \sqrt{[8.2^2 + 7.1^2]/2}$$

$$\begin{aligned}
 &= \sqrt{[50.41 + 67.24] / 2} \\
 &= \sqrt{58.825} \\
 \text{Pool SD} &= 7.669 \\
 d &= \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{\text{Pool SD}} \\
 \text{แทนค่าสูตร} \quad d &= \frac{24 - 16}{7.669} \\
 \text{ได้ค่า ES} &= 1.04
 \end{aligned}$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 แต่เนื่องจากขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้เป็นขนาดอิทธิพลใหญ่ (large effect size) และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน จึงเลือกขนาดอิทธิพลที่ .80 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 50 คน

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โปรแกรมการระลึกความหลังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการระลึกความหลังของแฮมมิลตัน (Hamilton, 1992) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งระยะการระลึกความหลังเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ได้แก่ (1) ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต เป็นการใช้ความทรงจำย้อนคิดเพื่อเลือกเหตุการณ์ โดยใช้ความคิด ความรู้สึกเลือกภาพเหตุการณ์ในอดีต (2) ระยะค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ซึ่งใช้ความคิด ความรู้สึกของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้น โดยการเล่าถึงความรู้สึกว่าเหตุการณ์มีคุณค่าหรือความหมายอย่างไร (3) ระยะแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น เป็นการแบ่งปันประสบการณ์ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ที่มีต่อความทรงจำให้ผู้อื่นฟัง โดยย้อนระลึกถึงเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์ในอดีต มุ่งเน้นประสบการณ์ทางบวกในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น ช่วงวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งความเชื่อ ความศรัทธา และความผาสุก ที่จะนำมาซึ่งความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ค้นหาเหตุการณ์ในแต่ละช่วงวัยที่เป็นประสบการณ์ทางบวก ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ค้นหาความหมายของเหตุการณ์ที่เป็นประสบการณ์ในแต่ละช่วงวัย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้เปิดเผยและแบ่งปันเรื่องราวต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุมีความประทับใจให้สมาชิกครอบครัวและผู้วิจัยฟัง
4. เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้รับฟังและร่วมในการเสริมแรงเพื่อให้กำลังใจ แต่ละเหตุการณ์ในแต่ละช่วงวัย ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด และสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน

อุปกรณ์การดำเนินโปรแกรม

1. ชุดภาพนิ่ง ที่เป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตในแต่ละช่วงวัย
2. ชุดภาพเคลื่อนไหว วิดีโอ เพลง เป็นเพลงสมัยนิยมตามแต่ละช่วงวัย
3. ชุดภาพหรือสิ่งของจากสมาชิกครอบครัว

ระยะเวลา

ใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมจำนวน 5 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที

การประเมินผล

1. สังเกตความสนใจขณะสนทนา การซักถามข้อสงสัย และการให้ความร่วมมือของผู้สูงอายุ และสมาชิกครอบครัวโดยใช้แบบบันทึกการระลึกความหลังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวในระหว่างการดำเนินโปรแกรมการระลึกความหลัง ได้แก่ สีหน้า กริยาท่าทาง โดยใช้แบบบันทึกการระลึกความหลังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ประเมินความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในวันที่ 1 ก่อนให้โปรแกรม และวันที่ 5 หลังสิ้นสุดโปรแกรม



**โปรแกรมการระลึกความหลัง
สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล**



จัดทำโดย

สินีนากู ตรีรินทร์

นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

คำชี้แจง แบบสำรวจระดับภาวะซึมเศร้าโดยตนเอง ให้ท่านสำรวจตนเองตามแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

สำรวจความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจ หรือเคยทำเป็นประจำ		
3. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านช่วงนี้มีแต่ความว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6. ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลาละเลิกคิดไม่ได้		
.		
.		
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนเมื่อก่อน		
รวม		

หมายเหตุ

1. ถ้าตอบว่า ใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบว่า ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน
2. ยกเว้น ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า ไม่ใช่ ได้ข้อละ 1 คะแนน
3. การแปลผล คะแนนรวม 0-12 ปกติ
13-18 ซึมเศร้าเล็กน้อย
19-24 ซึมเศร้าปานกลาง
25-30 ซึมเศร้ารุนแรง

ภาคผนวก ง
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่บันทึกข้อมูล.....

แบบสอบถามเรื่อง ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง
และความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง และผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

2. โปรดตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความรู้สึกของตัวท่านให้มากที่สุด

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความรู้สึกของท่านให้มากที่สุดโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () หรือเติมข้อความในช่องว่าง

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. เพศ | () 1. ชาย | () 2. หญิง |
| 2. อายุ ปี | | |
| 3. ศาสนา | () 1. พุทธ | () 2. คริสต์ |
| | () 3. อิสลาม | () 4. อื่น ๆ ระบุ..... |
| 4. สภาพสมรส | () 1. โสด | () 2. คู่ |
| | () 3. หม้าย/หย่า | () 4. อื่น ๆ ระบุ..... |
| 5. ระดับการศึกษา | () 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ | () 2. ประถมศึกษา |
| | () 3. มัธยมศึกษา | () 4. อนุปริญญา |
| | () 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | |
| 6. อาชีพ | () 1. แม่บ้าน | () 2. ค้าขาย |
| | () 3 รับราชการ | () 4. เกษตรกร |
| | () 5. รับจ้าง | () 6. อื่น ๆ ระบุ |
| 7. สิทธิการรักษา | () 1. บัตรผู้สูงอายุ | () 2. ประกันสังคม |
| | () 3. เบิกส่วนราชการ | () 4. จ่ายเอง |
| | () 5. อื่น ๆ ระบุ..... | |
| 8. รายได้ของสมาชิกครอบครัว (บาท/เดือน) | | |
| 9. ความเพียงพอของรายได้ | () 1. เพียงพอ | () 2. ไม่เพียงพอ |
| 10. จำนวนสมาชิกในสมาชิกครอบครัว คน | | |
| 11. สภาพความเป็นอยู่ | () 1. อยู่คนเดียว | () 2. อยู่กับคู่สมรส |
| | () 3. อยู่กับบุตรหลาน | () 4. อยู่กับญาติ |
| | () 5. อยู่วัด | () 6. อยู่สถาบันผู้สูงอายุ |
| 12. บุคคลที่คอยให้คำปรึกษา | () 1. มี | () 2. ไม่มี |
| 13. การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ | () 1. เป็น | () 2. ไม่เป็น |
| 14. การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม | () 1. เคย | () 2. ไม่เคย |
| 15. การเป็นจิตอาสา | () 1. เป็น | () 2. ไม่เป็น |
| 16. ระดับความรุนแรงของโรค | () 1. ประเภท 2 | () 2. ประเภท 3 |

17. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

() 1. 1 - 10 ปี () 2. > 10 ปี

18. ประวัติโรคเรื้อรัง

() 1. มีโรคประจำตัว 1 - 3 โรค

() 2. มีโรคประจำตัว > 3 โรค

ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

- โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- | | |
|----------------------|--|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก |
| เห็นด้วย | หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก |

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. ท่านเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น				
2. ท่านยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ				
3. ท่านรู้สึกที่ท่านทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4. ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน				
.				
.				
10. บางครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

ส่วนที่ 3 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึกภายในจิตใจของท่าน

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

โดยการเลือกคำตอบตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าว
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่รู้สึกเช่นเดียวกับข้อความดังกล่าวมาก

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
1. ปัจจุบันฉันสนใจศาสนามากขึ้น						
2. ศาสนาไม่ได้เป็นที่พึ่งทางใจที่จะช่วยให้ฉันพบกับความผาสุกได้						
3. ศาสนาทำให้ฉันรู้สึกสบายใจ และคลายทุกข์						
4. ฉันรู้สึกว่ากรรมมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่ดี						
.						
.						
.						
19. ศาสนาช่วยให้ฉันมีจิตใจที่สงบไม่ว่าวัน						
20. ฉันเชื่อว่าเป้าหมายในชีวิตของฉันสามารถเป็นจริงได้						

ภาคผนวก จ

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มควบคุม)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวสินีนาฏ ตีร์รินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้ดิฉันกำลังจะศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล” ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณ สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านเซ็นชื่อ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในวันที่ 1 และวันที่ 5 ของโปรแกรม การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย โดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านต้องการ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและบุคคลอื่น ๆ แต่ประการใด และท่านยังคงได้รับการบริการทางการพยาบาลตามปกติไม่ว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยประการใดระหว่างการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ที่ท่านเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ควมร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐาน หรือไม่ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)

วันที่.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....
(นางสาวสินีนาฏ ตีร์รินทร์)

วันที่.....

ผู้วิจัย

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน นางสาวสินีนานา ตรีรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขณะนี้ดิฉันกำลังจะศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล” การวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้โปรแกรมการระลึกความหลัง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ และสามารถนำมาใช้พัฒนาเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

ดิฉันคิดว่าท่านเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังเพื่อให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งโปรแกรมการระลึกความหลังได้มีการนำเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตมีทั้งเรื่องราวในทางบวก และทางลบมาทบทวน โดยนำเรื่องราวเหตุการณ์ในแต่ละช่วงวัยมาทบทวน ได้แก่ ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยรุ่น และช่วงวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งความเชื่อ ความศรัทธา ความผาสุก มาใช้เพื่อระลึกถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ถ้าท่านยินดีจะร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านเซ็นชื่อ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลัง จำนวน 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ซึ่งใช้เวลาในการร่วมโปรแกรมวันละ 45-60 นาที ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดให้ท่านทราบก่อน การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัย โดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน ท่านสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านต้องการ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน และบุคคลอื่น ๆ แต่ประการใด และท่านยังคงได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติ ไม่ว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม ข้อมูลที่ได้จากท่านจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัย หากท่านมีข้อสงสัยประการใดระหว่างการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ โปรดลงนามไว้เป็นหลักฐานหรือไม่ประสงค์จะลงนามแต่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย

ขอแสดงความนับถือ
นางสาวสินีนานา ตรีรินทร์
ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติ หรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว และเต็มใจที่จะเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

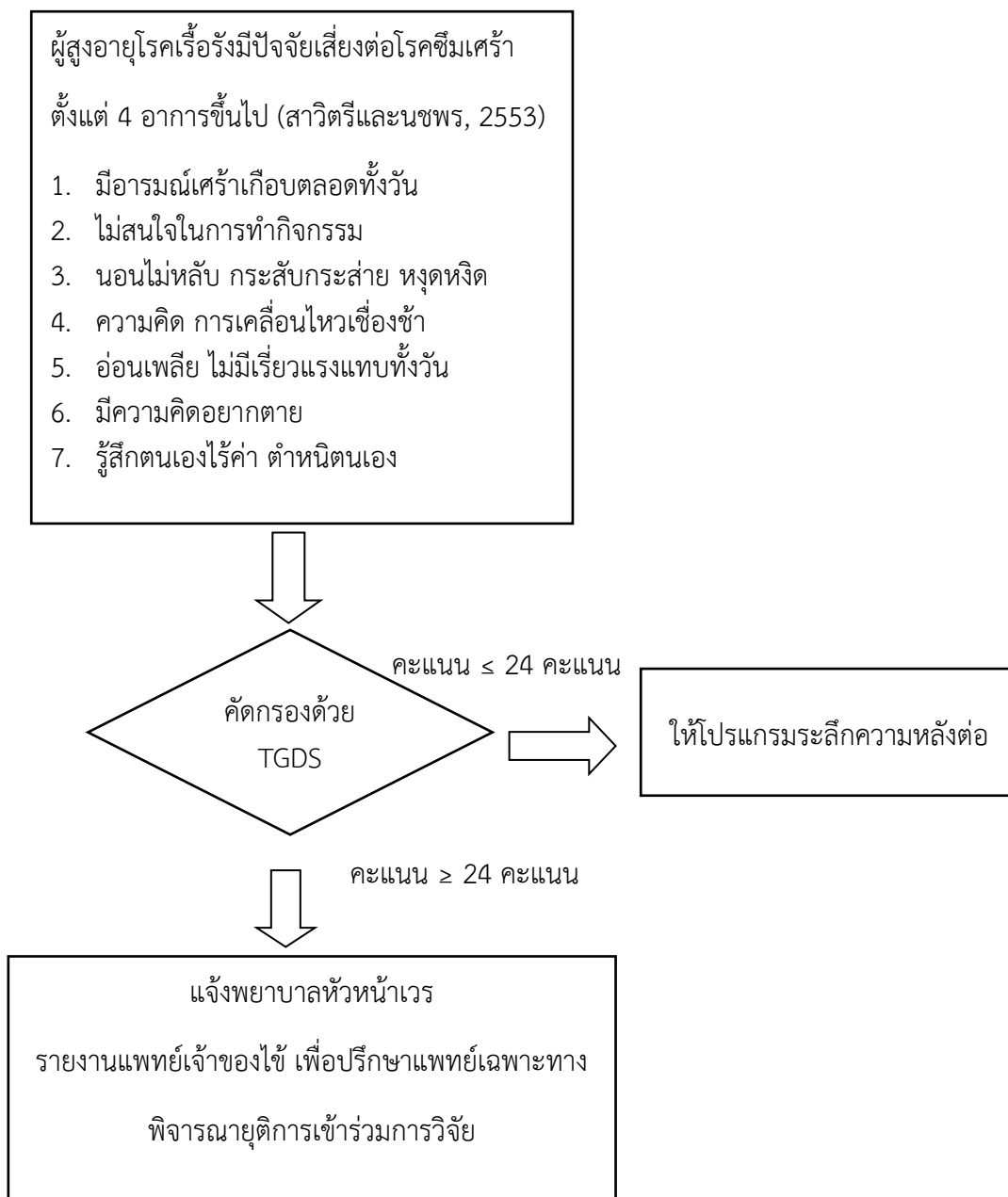
ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

พยาน

ภาคผนวก ฉ
แนวปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง



ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง และค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Z-value มีค่า -3 ถึง +3 แสดงว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ดังตาราง ข1 และ ข2

ตาราง ข 1

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุม (n = 25)

ความมีคุณค่าในตนเอง	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	Z-value	statistic	SE	Z-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.539	.464	1.16	.784	.902	.86
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-1.199	.464	-2.58	.390	.902	.43

ตาราง ข 2

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง (n = 24)

ความมีคุณค่าในตนเอง	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	Z-value	statistic	SE	Z-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.357	.472	-.75	-1.113	.918	-1.21
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.632	.472	-1.33	.021	.918	.02

การทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติที่ โดยการทดสอบการแจกแจงของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้ Z-value มีค่า -3 ถึง +3 แสดงว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ดังตาราง ข3 และ ข4

ตาราง ข 3

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มควบคุม (n = 25)

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	Z-value	statistic	SE	Z-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.639	.464	-1.37	-.222	.902	-.24
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-1.007	.464	-2.17	-.063	.902	-.06

ตาราง ข 4

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มทดลอง (n = 24)

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	Skewness			Kurtosis		
	statistic	SE	Z-value	statistic	SE	Z-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.984	.472	-2.08	1.216	.918	1.32
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.515	.472	-1.09	-.002	.918	.00

ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ชุดข้อมูลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง ข 5 และ ข 6

ตาราง ข 5

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนความมีคุณค่าในตนเอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test (N = 49)

คุณค่าในตนเอง	Levene statistic	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.459	47	.233
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.974	47	.052

ตาราง ข 6

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Levene's test (N = 49)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Levene statistic	df	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.191	47	.146
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.337	47	.074

ภาคผนวก ข

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการระลึกความหลังของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงวัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างระลึกถึงเหตุการณ์ในแต่ละช่วงวัย ดังนี้

1. การระลึกความหลังในช่วงวัยเด็ก

1.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง การช่วยพ่อแม่ทำงานต่าง ๆ เพื่อเลี้ยงชีพและหารายได้ ได้แก่ การทำสวน ปลูกผักสวนครัว จับปลา ทำของขาย “ตอนเด็ก ๆ แม่ทำขนม ยายเอาขนมไปขายที่โรงเรียน กลับจากโรงเรียนก็เอาขนมไปขายต่อที่ตลาด ยายภูมิใจที่ได้ช่วยแม่ทำงานหาเงินตั้งแต่ยายเด็ก ๆ บ้านยายพี่น้องหลายคน แม่ได้มีเงินให้น้อง ๆ เรียนอีก ถึงยายจะจบ ป.4 แต่ยายก็ภูมิใจนะ ที่น้อง ๆ ยายทุกคนได้เรียนหนังสือ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15) “แม่เค้าภูมิใจมากที่เค้าช่วยให้น้อง ๆ ได้เรียนหนังสือ ได้เรียนหนังสือก็เพราะแม่นี้แหละ ที่ทำงานหาเงิน” (บุตร)

1.2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 11 ราย ระลึกความหลังในด้านการละเล่นในวัยเด็ก ได้แก่ การนำเอาวัสดุพื้นบ้านมาเล่น เช่น ลูกยาง หมากเก็บ ม้าก้านกล้วย กระโดดเชือก กระโดดน้ำ วิ่งเปี้ยว ชี่ควายในทุ่งนา “สมัยก่อนก็เอาของที่มีอยู่นี้แหละมาเล่น ไม่มีของเล่นเหมือนสมัยนี้หรือกลุ่ประสพการณ์เยอะ โดนตีบ้าง เลอะเทอะบ้าง แต่ก็สนุก กลับไปนึกถึงที่ไรก็รู้สึกสนุกทุกที” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16) “ตอนเด็ก ๆ พอแถมมีเพื่อนเยอะ เพื่อนๆรักพอกันทั้งนั้น ตอนนี้ก็ยังมีมานั่งคุยที่บ้านกันอยู่บ่อย ๆ” (บุตร)

1.3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 ราย มีการระลึกความหลังในด้านการเรียน ได้แก่ เรียนสอบได้ที่ 1 ได้ทุนเรียนดี เรียนจบชั้นมัธยมศึกษา “ป่าภูมิใจมากที่ได้ทุนเรียนดีมาตลอด เรียนจบครูได้โดยไม่ต้องใช้เงินพ่อแม่เลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “แม่ได้ทุนเรียนมาตลอด แม่ภูมิใจมากค่ะ เล่าให้ลูกหลานฟังบ่อย ๆ ตอนนั้นก็หลานตั้งใจเรียน จนสอบติดแพทย์”

2. การระลึกความหลังในช่วงวัยรุ่น

2.2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง การช่วยพ่อแม่ทำงาน ได้แก่ ทำสวน ขายของ ทำนา ประมง ตัดเย็บเสื้อผ้า “ป่าเป็นลูกคนจีน เค้าสอนให้ขยันทำมาหากิน ป่ากลัวลำบากเหมือนเตี้ย เลยต้องขยันทำงาน ภูมิใจนะที่อยู่ได้มาทุกวันนี้ก็เพราะเราขยันทำงานมาถึงสมัยนี้ลูกก็ไม่ลำบาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19) “แม่ทำงานทุกอย่างค่ะ ขายข้าว ขายหมูให้ญี่ปุ่น ตั้งแต่ช่วงสงครามโลก เรื่องขยันทำงานต้องยกนิ้วให้แม่เลย” (บุตร)

2.3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง คนรัก ได้แก่ การไปเที่ยวกับแฟน หนีหรือแอบพบแฟน ความรัก การคบหาดูใจกับแฟน การแต่งงาน “ยายมีคนมาชอบนะ แต่ยายรักนวลสงวนตัว มีแฟนตอนสาว ๆ แต่ไม่ทำตัวเสื่อมเสียนะ ไม่ได้มีอะไรกัน จนแฟนเค้าเอาผู้ใหญ่

มาพูด ถึงได้แต่งงานกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) “ยายสอนตลอดแหละ ให้ทำตัวเหมือนยาย อย่ามีแฟน ตอนวันเรียน อย่าทำตัวเสื่อมเสีย” (หลาน)

2.4 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง การเรียน ได้ทุนเรียนดี ได้รับปริญญา “ลุงได้ทุนเรียน จนเรียนจบปริญญาตรี ได้รับปริญญากับในหลวง สมัยนั้นน้อยคนนะที่จะมีโอกาสได้รับปริญญากับในหลวง ปลื้มใจเป็นที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9) “พ่อสอนพวกเราเสมอเรื่องเรียนหนังสือ ให้ตั้งใจเรียนจะได้มีโอกาสเหมือนพ่อ และลูกพ่อทุกคนก็เรียนจบปริญญา” (บุตร)

3. การระลึกความหลังในช่วงวัยผู้ใหญ่

3.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย ระลึกความหลังในเรื่องความภูมิใจที่มีต่อบุตรหลาน ได้แก่ บุตรได้เรียนหนังสือ บุตรเรียนจบปริญญา บุตรหลานประสบความสำเร็จ ลูกรักกันดี ลูกทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้ “ป่าภูมิใจ ลูก ๆ ป่า 5 คน ได้เรียนหนังสือหมดทุกคน ไม่ได้จบปริญญาหรอกนะ แต่ทุกคนทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้หมด ลูก ๆ รักกันดี ไม่ทะเลาะกัน ทุกคนมีสมาชิกครอบครัวหมดแล้ว อยู่บ้านใกล้ ๆ กัน ตอนเย็น ๆ ก็จะมานั่งคุยกันที่บ้านป่า แค่นี้ป่าก็มีความสุขแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) “ที่บ้านพี่น้องรักกัน มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน พวกเราไม่เคยเห็นพ่อแม่ทะเลาะกัน ตอนนีก็มีแต่แม่นี้แหละที่เป็นความสุขของพวกเรา” (บุตร)

3.2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ระลึกความหลังในเรื่องความภูมิใจที่มีต่อตัวเอง ได้แก่ ประสบความสำเร็จในการทำงาน ได้รับรางวัลครุฑดีเด่น ทำงานสร้างฐานะให้สมาชิกครอบครัว “ก็อาชีพขายของของป่านี้นะแหละที่ส่งลูกเรียนหนังสือ สร้างเนื้อสร้างตัวมาจนถึงทุกวันนี้ ลูกบอกว่าเป็นลูกคนขายผลไม้ในตลาดก็ภูมิใจ ไม่อายที่มีแม่เป็นแม่ค้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7) “แม่ทำงานหนักขายของทุกวัน สงสารแม่ และก็ภูมิใจในตัวแม่” (บุตร)

3.3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย ระลึกความหลังในเรื่องความภูมิใจที่มีต่อคนรัก ได้แก่ ประทับใจแฟนที่ไม่กินเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ช่วยทำมาหากิน ขยัน “ลุงอยู่ได้ทุกวันนี้ก็เพราะแฟนลุงนี่แหละ เค้ก่ง พ่อแม่ลุงตายหมด ก็ได้เค้ก่งนี่แหละเลี้ยงน้องลุงมา 8 คน เค้ก่งเหมือนแม่ แฟนลุงขยันทำทุกอย่าง ช่วยกันทำงานจนฐานะเราดีขึ้นเยอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10) “พ่อรักแม่มาก แม่เก่งทำงานบ้าน ทำสวน แม่บริหารจัดการเก่ง พ่อภูมิใจแม่มาก” (บุตร)

4. การระลึกความหลังเกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธาและความผาสุก

4.1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง การปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ ได้แก่ การทำบุญ ตักบาตร ทอดกฐิน การสวดมนต์ การร่วมพิธีตามความเชื่อของท้องถิ่น การทำบุญเดือนสิบ “ป่าเชื่อว่าคนบ้านเรา ต้องทำบุญให้ปู่ย่าตายาย อุทิศส่วนบุญส่วนกุศลปีละครั้ง ไม่ได้ณะต้องไปรับต้องไปส่ง เดี่ยวท่านจะไปกลับไม่ถูก ทำแล้วสบายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12) “แม่ต้องไปทำบุญงานรับตายายทุกปีคะ ไม่ขาดเลย แม่บอกว่าได้ทำบุญให้บรรพบุรุษ ท่านจะได้มีความสุขที่เห็นลูกหลานมารับมาส่ง แม่พาหนูไปตลอด แม่บอกว่าต่อไปจะได้ทำถูก” (บุตร)

4.2 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ระลึกความหลังในเรื่อง การปฏิบัติตัวตามหลักศาสนา ได้แก่ เชื่อในกฎแห่งกรรม เชื่อว่าทำดีได้ดี ปฏิบัติตามศีล 5 การบวชพระ “ป้าเชื่อว่าเราทำอะไรก็ได้ผลอย่างนั้น ป้าทำแต่เรื่องดี ป้าดูแลพ่อแม่ และป้าก็เชื่อว่าความดีที่ป้าทำป้าก็ได้กลับมา และตอนนี้ลูกของป้าก็กำลังทำกับป้าเหมือนกับที่ป้าทำกับพ่อแม่ ป้าปลื้มใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 19) “แม่ ไม่ต้องห่วงหรอก ลูกทุกคนรักแม่” (บุตร)

4.3 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ระลึกความหลังในเรื่องบุคคลที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ได้แก่ พ่อแม่ ในหลวง “ลุงมีความประทับใจในหลวงท่านมาก เคยได้ไปรับเสด็จ ท่านเสียสละเพื่อคนไทยเยอะ ลุงจะใช้ชีวิตตามท่าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8) “ตาสอนพวกเราเสมอ ให้รู้จักประหยัด รู้จักอดออม รู้จักใช้ ตาชอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ที่บ้านตาปลูกผัก เลี้ยงไก่ ปลูกผลไม้ แทบจะไม่ต้องซื้ออะไรเลย” (หลาน)

ภาคผนวก ณ
เอกสารการขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์
เลขที่... 401
วันที่... 16 ก.พ. 59
เวลา... 15.00

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/ ๖ ๕๓/

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕/๐๒๐๕ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะขออนุญาต
ให้นางสินีนญา ตรีนรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ นางสาวธนิญา น้อยเปียง ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล)

รองคณบดี ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๑๐

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

นางสาวกัญญา
โพธิ์



คณะพยาบาลศาสตร์
เลขที่ ๗๑๖
วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๕๙
เวลา ๑๕.๐๐ น.

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนทลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๓๐

โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๓.๐๒ / ๐๖๙๗๕
วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๒๑.๑๕/๐๒๐๖ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสินีนางุ ตรีนรินทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่(ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล” โดยมี ผศ.ดร.ชนิษฐา นาคะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

เครื่องมือวิจัยที่ใช้: แบบประเมินความมีคุณค่าในตนเอง

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๒๙ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี” ซึ่งมี รศ.ดร.ทัศนาศุ บุญทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้ นางสินีนางุ ตรีนรินทร์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

...../๒.

- ๒ -

และขอให้ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อ
เครื่องมือวิจัย ๑ ชุด โดยส่งธนาคาส่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

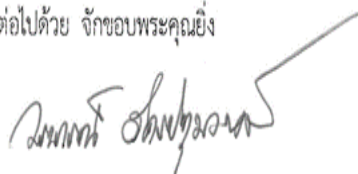
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒ ถนนวิสุทธิฯ แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๕๒-๒๕๕๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ อัครปฐมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลาฯ ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

ภาคผนวก ญ
เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมในงานวิจัย



ที่ ศธ ๐๕๒๑.๑.๐๕ /๑๑๕๘

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ตู้ ปณ.๙ ปทผ.คอหงส์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ๙๐๑๑๒

หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อรับรองว่า นางสาวสินีนานา ตรีนรินทร์ รหัสนักศึกษา ๕๗๑๐๔๒๐๐๒๘ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์ที่จะทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการระลึกความหลัง ต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านเมื่อวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๘ แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ คงสุวรรณ)
ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย
เรื่อง ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของ
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยหลัก คือ นางสาวสินีนฎา ตริรินทร์
หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็น
ว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควร
ผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๒๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

ลงชื่อ

(นายตามพ์ มุกต์มณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายอดิเกียรติ เอี่ยมวรินทร์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๖/๒๕๕๙

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ๕๖ หมู่ ๒ ถ.ศรีวิชัย ต.มะขามเตี้ย
อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐ โทร. (๐๗๗) ๙๑๕๖๐๐ ต่อ ๑๔๐๐ , โทรสาร (๐๗๗) ๙๑๕๖๔๒

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานันต์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา	ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. อาจารย์จงกรม ทองจันทร์	รองผู้อำนวยการฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสินีนานู ตีร์รินทร์

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5710420028

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2538

ทุนการศึกษาที่ได้รับในระหว่างการศึกษา

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

สินีนานู ตีร์รินทร์, ชนิษฐา นาคะ, อรวรรณ หนูแก้ว. (กำลังรอตีพิมพ์). ผลของโปรแกรมการระลึก
ความหลังต่อความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.