

ผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น

Outcomes of the Buddhist spiritual well-being promotion program on quality of life and levels of spiritual satisfaction among early elderly caregivers.

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 18,2024 ; Accepted: March 22,2024)

อรอุมา แก้วเกิด¹ นันทนา คววรรสุ² ชินกรณ์ แตนกาไสย³ ศครกรณ์ อินทรชัยศรี³ ศิริวรรณ สงจันทร์³
รัตติยา ทองอ่อน³ เนตรฤทัย ภูนากลม⁴ วศินภัทร์ ปิยะพงษ์สกุล³

Onuma Kaewkerd¹ Nuntana Khavansu² Chinnakorn Dankasai³ Sasakorn Intarachaisri³ Siriwan Songchan³
Rattiya Thongon³ Nedruetai Punaglom⁴ Vasinbhatra Piyapongsakul³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลอาจสามารถ จำนวน 70 คน สุ่มอย่างง่ายเลือกแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบ 2) แบบสอบถามความรู้ เรื่องการทำกิจวัตรทางศาสนา การนั่งสมาธิ เดินจงกรม 3) แบบสอบถามความเครียดโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของของ องค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) และ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต นำเสนอด้วยค่า Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ความเครียด และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรม คะแนนความเครียดลดลงหลังให้โปรแกรม และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นหลังให้โปรแกรมและอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ โปรแกรม คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล

Abstracts

The quasi-experimental design aimed to study the outcomes of the Buddhist Spiritual Well-being Promotion Program on Quality of Life and Levels of Spiritual Satisfaction Among Early Elderly Caregivers among the control group and the experimental group. The sample group was caregivers of the elderly, At the Samat Subdistrict, with 70 participants. Simple random sampling was divided into 35 subjects, 35 subjects. Measurements included a personal information questionnaire a checklist, a knowledge questionnaire, stress questionnaires using the Suan Prung stress scale, a Quality of life questionnaire Spiritual Satisfaction Questionnaire. Collected data from 10 June to 31 August 2023 (12 weeks).

Research results: Effectiveness of the program between the experimental groups and control group, with the variables spiritual satisfaction, quality of life, and stress. It was found that spiritual satisfaction, stress, and quality of life

¹ ปร.ด.อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล: nsokk@npu.ac.th

² พย.บ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

³ พย.ม.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

⁴ ปร.ด.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

between the experimental group and the control group were statistically significant at the level of .05. However, it was found that the experimental group was significantly higher than the control group at the level of .05.

Keywords: Spiritual well-being, Program, Quality of life, Caregivers

บทนำ

แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาพทางปัญญา (spiritual well-being) เป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในศตวรรษที่ 21 โดยแนวคิดนี้ได้ถูกเสนอโดยองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าสุขภาพคือสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹ ในประเทศไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3 ได้มีการระบุว่าสุขภาพนั้นครอบคลุมไปถึงมิติทางจิตวิญญาณโดยมีการให้ความหมาย “สุขภาพ” คือ “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม โดยมีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”² จากแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะเจ็บป่วย (A middle-range theory of spiritual well-being in illness) ของ O'Brien ระบุว่าบุคคลค้นหาความหมายทางจิตวิญญาณผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วย ส่งผลให้บุคคลมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนดังนี้ 1) ความเชื่อศรัทธาส่วนบุคคล (Personal faith) 2) ความพอใจทางจิตวิญญาณ (Spiritual contentment) 3) การปฏิบัติทางศาสนา (Religious practice) 4) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) 5) ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Severity of illness) และ 6) เหตุการณ์กดดันชีวิต (Stressful life events)³ ดังนั้นความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงเกิดจากการผสมกลมกลืนในความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอำนาจเหนือธรรมชาติหรือพระศาสนา เป็นสิ่งที่ช่วยบำรุงหล่อเลี้ยงและแสดงออกถึงความเป็นตัวตนของบุคคล ความเป็นพลวัตและสามารถเจริญงอกงามได้ ช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและเป้าหมาย มีความเข้มแข็งภายในจิตใจ สามารถเผชิญ

ปัญหาหรือความยากลำบาก เสริมสร้างความหวัง การให้อภัยตนเองและผู้อื่น การยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง⁴

ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการลดบทบาทในครอบครัวส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องเผชิญกับโรคเรื้อรัง จึงมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายในครอบครัว ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวจากการสูญเสียนี้ได้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวข้างได้ เช่น ซึมเศร้า หดหู่ เหงา เศร้า วิตกกังวล ความสนใจ ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม^{5,6} ผลการศึกษาทัศนคติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทครอบครัวไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดแบบเหมารวมว่าผู้สูงอายุมีทักษะความสามารถที่ลดลง มีนิสัยย่ำคิดย่ำทำ มีอาการหลงๆ ลืมๆ ตื้อรั้นเอาแต่ใจ ยึดติดในความคิด แต่ผู้ดูแลยังต้องให้การดูแลเนื่องจากเป็นหน้าที่ของบุตรธิดา ในการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ดังนั้นพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออกต่อผู้สูงอายุที่พบ ได้แก่ การยอมตามใจ การนิ่งเฉย และการทำให้เย็น⁷ จากหลักฐานเชิงวิชาการที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมด้านลบของผู้สูงอายุ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ และไม่สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมได้ นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย⁸⁻¹⁰ และจิตใจ¹⁰⁻¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ดูแลของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร้ายแรง หรือผู้สูงอายุที่อยู่ระยะท้ายของชีวิต เช่น โรคสมองเสื่อม โรคมะเร็ง โรคไม่

ติดต่อเรื่อง^{10,13} ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ดูแลโดยไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ดูแลควบคู่ไปกับผู้สูงอายุ¹⁴

ในปี 2562 กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต ได้สนับสนุนการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังใจในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง¹⁵ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อาจมีความแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่ยังสุขภาพดี นอกจากนี้ผลจากการสำรวจชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถจังหวัดนครพนม พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องเหตุการณ์กดดันชีวิต (Stressful life events) ปรับตัวจากการทำงานประจำมาดูแลผู้สูงอายุที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ มีความเหงา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต ขาดกิจกรรมทางศาสนา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพระพุทธศาสนา ซึ่งถูกเสนอโดยพระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ¹⁶ ต่อคุณภาพชีวิตและระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของบุคคล การฟื้นฟูสภาพ การหยุดนิ่ง ความสมดุลทางอารมณ์ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ความเครียด ในการดูแลผู้สูงอายุตอนต้นที่อยู่ในระยะแรกของการสูญเสียบทบาททางสังคมสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลลัพธ์โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและ

ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ตำบลอาจสามารถ จังหวัดนครพนม จำนวน 486 คน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งผู้ดูแลจะถูกคัดเลือกเข้าร่วมโครงการตามคุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่มีเพศชายหรือเพศหญิงอายุ 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นสมาชิกครอบครัว มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอาจสามารถ จังหวัดนครพนม และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้คัดผู้ดูแลออกจากโครงการวิจัยตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ผู้ที่มีอาการป่วยร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ มีการย้ายภูมิลำเนาและผู้ที่ต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย การเก็บกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย คำนวณกลุ่มตัวอย่าง จาก G*Power1.0 โดยใช้สถิติ Independent t-test ค่า effect size จากค่ามาตรฐานกลาง ได้เท่ากับ 0.8 (เนื่องจากไม่มีงานวิจัยลักษณะเดียวกัน) Power 0.95 ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ได้กลุ่ม ควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง: โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ



ของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการ ทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ เกี่ยวกับการส่งเสริม ความผาสุกทางจิตวิญญาณตาม แนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทาง จิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น ประกอบด้วย บทสวดมนต์ วิธีการนั่งสมาธิ การบันทึกจำนวนครั้ง ของการสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ความรู้ในการทำ กิจวัตรทางศาสนา

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล:

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบ ตรวจสอบ (Check list) และแบบเขียนตอบคำถาม พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ เจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ กิจวัตรทางศาสนา เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความเครียดโดยใช้แบบวัด ความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ¹⁷ แบบสอบถามมี ทั้งหมด 4 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวมเป็น 20 ข้อ แบ่งเป็น ปัจจัยภายในร่างกาย ปัจจัยภายนอกด้านสาธารณสุข ปัจจัยภายนอกด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยภายนอกด้าน สิ่งแวดล้อม เกณฑ์การให้คะแนน ไม่รู้สึกเครียด ให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อย ให้ 2 คะแนน เครียดปาน กลาง ให้ 3 คะแนน เครียดมากให้ 4 คะแนน เครียด มากที่สุด ให้ 5 คะแนน การแปลความหมายรับ ความเครียด มีดังนี้ เครียดต่ำ (0 – 23 คะแนน) เครียดปานกลาง (24 – 41 คะแนน) เครียดสูง (42 – 61 คะแนน) เครียดรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิต วิญญาณ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์

ตามแนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณใน สภาวะเจ็บป่วยของ O'Brien^{3,18} จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) พึงพอใจในความเชื่อ 2) ความรู้สึกใกล้ชิดพระ ศาสดา 3) การปราศจากความกลัว 4) ความรู้สึก ปรองดองหรือคืนดี 5) ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยใน รักของพระศาสนา และ 6) ความสัจย์ต่อสิ่งที่ยึด มั่นศรัทธา ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ดังนี้ 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระดับน้อยที่สุด 1.49-2.49 หมายถึง ความพึงพอใจ ทางจิตวิญญาณระดับน้อย 2.50-3.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง 3.50- 4.49 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระดับ มาก 4.50-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจทางจิต วิญญาณระดับมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้ แบบสอบถาม ของกรมสุขภาพจิต ยึดแบบวัด คุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับ ภาษาไทย (WHOQOL-BREF)¹⁹ 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม WHOQOL – 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และ ทางลบ 3 ข้อ มีคะแนน 26-130 คะแนน การแปลความหมาย ระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ จำนวน 10 ครั้ง

ครั้งที่	กิจกรรม	แบบประเมิน
1	ทดสอบก่อนเรียน ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางแผนชีวิตการมีเพื่อนร่วมทีม การร่วม สร้างข้อตกลงสัญญา	ทำแบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แบบสอบถาม ความเครียด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต
	ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณและ คุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัยแนะนำ ความ	

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ จำนวน 10 ครั้ง

ครั้งที่	กิจกรรม	แบบประเมิน
	เพื่อศรัทธาส่วนบุคคล ความพอใจทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติทางด้านศาสนา การสนับสนุนทางสังคม การสะท้อน ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเมื่อต้องเผชิญของผู้ดูแล และของผู้สูงอายุตอนต้น วิธีเผชิญ เหตุการณ์กดดันชีวิต	แจกคู่มือ โปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิตและระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้น
2	การสวดมนต์ การสอนสมาธิ	
3	ประเมินความเครียด การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ	
4	การปรับพฤติกรรม การเพิ่มคุณภาพชีวิต	
5	การเขียนรายงานการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การสอนสมาธิ และ ทำรายงานตามบ้าน	
6	ทดสอบหลังทำโปรแกรม	ทำแบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านพยาบาลผู้สูงอายุ การวิจัยอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.50-1.00 ผู้วิจัยปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำก่อนนำไปใช้ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกัน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงตัว จำนวน 30 รายนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผลการหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความเครียด (0.74) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (0.82) แบบสอบถามความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (0.84)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอาจสามารถ ผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย
2. ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่างที่สนใจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และผลประโยชน์ที่คาด

ว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างรายใดที่ให้ความยินยอมและสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matching) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่มจะต้องตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มโปรแกรม หลังจากทำแบบสอบถามกลุ่มทดลองจะได้รับ ตอนทำโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรม 6-10 ครั้ง รายละเอียดกิจกรรมได้อธิบายไว้ดังตารางที่ 1 กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับโปรแกรมฯ เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิต นำเสนอด้วยค่า Independent t-test และ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยจัดทำหนังสือเสนอขออนุมัติการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยได้รับการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ IGH-GCP 115/66 ลงวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน พบว่า อายุ พบว่าอายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 อายุระหว่าง 36 – 39 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และอายุ 40-59 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.14 เพศ พบว่า เพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.4 และเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.6 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานะคู่ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน แม่บ้าน พ่อบ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 สถานภาพทางการเงิน พบว่าส่วนใหญ่ พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 โรคติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และไม่มีโรค จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.6 กิจกรรมทางศาสนา พบว่าส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยการ ตักบาตรทุกวันไม่ไปวัด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 การ

อยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวใหญ่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.9

2. **กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน พบว่า อายุ พบว่าอายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 อายุระหว่าง 36 – 39 ปี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และอายุ 40-59 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 37.14 เพศ พบว่า เพศชาย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 11.40 และเพศหญิง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 88.60 ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 สถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานะคู่ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 อาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้าง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน แม่บ้าน พ่อบ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40 สถานภาพทางการเงิน พบว่าส่วนใหญ่พอใช้ ไม่เหลือเก็บ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 โรคติดต่อเรื้อรัง พบว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.4 และไม่มีโรค จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 กิจกรรมทางศาสนา พบว่าส่วนใหญ่ทำกิจกรรมทางศาสนาโดยการ ตักบาตรทุกวันไม่ไปวัด จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 การอยู่อาศัย พบว่าส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวใหญ่ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณตามแนวพุทธต่อคุณภาพชีวิต จากการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิต และความเครียด พบว่าตัวแปรความเครียด และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean Difference	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ความเครียด							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.68	0.52	3.60	0.53	0.08	0.62	0.54
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.13	0.78	3.57	0.53	-1.44	- 9.03	<0.001*
คุณภาพชีวิต							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.99	0.45	2.05	0.36	-0.06	-0.01	0.99
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2.49	0.42	2.09	0.38	0.40	4.03	<0.001*
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.08	0.74	2.15	0.68	-0.07	-0.14	0.89
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.58	0.84	2.18	0.67	1.40	7.71	<0.001*

* $p < .05$

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ความเครียด หลังทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($t = 12.44, p < .001$) คุณภาพชีวิต หลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($t = 7.67, p < .001$) ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ หลังทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($t = 11.04, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	กลุ่มทดลอง (Mean)		t-test	p	กลุ่มควบคุม (Mean)		t-test	p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ความเครียด	3.68	2.13	12.44	<0.001*	3.60	3.57	0.89	0.38
คุณภาพชีวิต	1.99	2.49	7.67	<0.001*	2.05	2.09	2.02	0.06
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	2.08	3.58	11.04	<0.001*	2.15	2.18	1.61	0.12

* $p < .05$

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุม ประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีตัวแปรตามคือความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่ 1 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ .001

($t = 7.71, p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักมีความผาสุกด้านจิตวิญญาณโดยสมาชิกของครอบครัวที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุย ปกปักรักษาหรือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ร่วมกัน แสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจ พร้อมทั้งปฏิบัติตามหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิด

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁷ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากคนในครอบครัวที่แสดงให้เห็นถึงผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ กำลังใจ คำแนะนำ คำปรึกษาต่างๆ รับรู้ว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยส่งเสริมให้มีความผาสุกด้านจิตวิญญาณได้ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกของข้าราชการครูในระยะเปลี่ยนผ่านของวัยเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .44, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ($r = .49, p = .00$) และมีอำนาจการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ($r = .57, p = .000$) และมีอำนาจการทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 2.80²⁰ อภิปรายได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจับคู่ (Matching) เพศ อายุ ระดับการศึกษา กิจกรรมการ 1) ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณและคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาาร่วมกัน ประกอบด้วยการวางแผนชีวิต การมีเพื่อนร่วมทีม การร่วมสร้างข้อตกลงสัญญา และการประเมินความเครียด การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ การปรับพฤติกรรม การเพิ่มคุณภาพชีวิต การประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ การเขียนรายงานการปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา การสวดมนต์ การสอนสมาธิ จำนวน และ ทำรายงานตามบ้าน มีผลทำให้ระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

ตามกรอบแนวคิดของ อภิปรายได้ว่า กิจกรรมที่ทำให้ความรู้ กิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ วางเป้าหมาย และสอนสมาธิ และให้ทำกิจกรรมตามบ้านสม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ มากขึ้น และพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างเป็นตอนต้น อายุ 60-69 ปี สถานที่ศึกษาเป็นพื้นที่ตำบลอาจสามารถ ซึ่งถูกปลูกฝังเรื่องศาสนาพุทธหลักการทำความดี การดูแลผู้สูงอายุจึงทำให้คะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนตัวแปรคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ .001 ($t = 4.03, p < .001$) เป็นไปตามสมมุติฐานที่ 2 เนื่องมาจากการทำกิจกรรมในกลุ่มทดลอง 1) ให้ความรู้เรื่องการพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ และคุณภาพชีวิตโดยพยาบาลวิชาชีพและคณะวิจัย (วัดผลก่อนหลัง) และแจกคู่มือโปรแกรม 2) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาปัญหาาร่วมกัน ซึ่งการเพิ่มคุณภาพชีวิต อาจไม่ได้ขึ้นกับกิจกรรม คุณภาพชีวิตคนจะดีอาจมาจากหลายปัจจัย ที่หลายมิติ ลึกซึ้ง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช²¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทุกด้าน ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) สถานภาพ 4) ความมีโรค/อาการป่วย 5) ความสามารถในการอ่านหนังสือ 6) ความสามารถในการเขียนหนังสือ 7) ระดับการศึกษา 8) การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน 9) แหล่งที่มาของรายได้ 10) รายได้ 11) ภาระหนี้สิน 12) เงินออม 13) การได้รับเบี้ยยังชีพ และ 14) บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วย ไม่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05¹⁴ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก²² การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่ม

ตัวอย่างเชิงประมาณ 400 คน เจริญคุณภาพ 27 ราย พบว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผู้สูงอายุได้มีความเห็น สอดคล้องกันว่า มาจากครอบครัวที่อบอุ่น ลักษณะ พฤติกรรมที่พึงพอใจเช่น สมาชิกในครอบครัวมีความ รักความสามัคคีต่อกัน ไม่ทะเลาะให้การช่วยเหลือ เกื้อกูล อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ อย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่อความต้องการ ให้มากที่สุด การดูแลด้านร่างกายคือ จัดหาอาหารตามหลัก โภชนาการ การดูแลด้านจิตใจอารมณ์ความรู้สึก สถานการณ์นี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ลูกหรือผู้ดูแล หลักต้องใช้จิตวิทยาอ่อนข้างสูงเข้าถึงความรู้สึกของ ผู้สูงอายุ¹⁵ อภิปรายได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นส่วนหนึ่ง ที่มาพร้อมกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัวของชุมชนอาจ สามารถเป็นลักษณะส่วนใหญ่อยู่กับแบบเครือญาติ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน หัวหน้า วิทยาลัยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาจสามารถ และ ทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม ปี พ.ศ. 2566

ข้อเสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดกิจกรรมโปรแกรม โดยมีกิจกรรม การสวด มนต์ นั่งสมาธิ การศรัทธาในศาสนา การตัดบาตร การมีต้นแบบในการทำกิจกรรมทางศาสนา จะทำให้ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล สามารถเพิ่มความพึงพอใจทางจิต วิญญาณให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุตอนต้นได้ และควรมี การศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อดูผลของ โปรแกรมระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. Journal of Health and Social Sciences. 2016;1(1):11-6.
- 2.National Health Commission Office. National Health Act, B.E. 2550 (2007). 2nd ed. Nontaburi, Thailand: Sahaphattanaphaisarn Limited Partnership; 2007. (in Thai)
- 3.O'Brien ME. The need for spiritual integrity. In: Yura H, Walsh M, editors. Human needs and the nursing process. Norwalk, CT: Appleton- Century-Crofts; 2011. P. 82-115.
- 4.Chaiyasit Y, Prapassorn K, Thong-on R, Kaewkerd O. Conceptual analysis of spiritual oppression. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2021;36(2):5-17. (in Thai)
- 5.MauK LK. Gerontological nursing: Competencies for care. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett; 2014.
- 6.Charoenwong S, Kongkun P, Chansangrat N, Sriwan P. Dependent elders in a Southern rural Muslim community: Current situation of care and for long-term care. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):231-46. (in Thai)
- 7.Puttumavong N. Ageism towards older adults in families: A mixed methods research [Dissertation]. Bangkok, Thailand: Srinakharinwirot University; 2020. (in Thai)
- 8.Türkben PH, Kiyak S. Spiritual well-being and care burden in caregivers of patients with breast cancer in Turkey. Journal of Religion and Health. 2023;62(3):1950-63.
- 9.Young, S. M. (2023). The influence of spirituality on caregiver burden and quality of life in older adult informal caregivers [Dissertation]. Morgantown, West Virginia: West Virginia University; 2023.



10. Spatuzzi R, Giulietti MV, Ricciuti M, Merico F, Fabbietti P, Raucci L, Bilancia D, Cormio C, Vespa A. Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative & Supportive Care*. 2019;17(3):294-9.
11. Yeh PM, Bull M. Influences of spiritual well-being and coping on mental health of family caregivers for elders. *Research in Gerontological Nursing*. 2009;2(3):173-81.
12. Mahatun H, Taephant N. Relationship among mindfulness, spiritual well-being, acceptance, and psychological distress in family caregiver of chronic non-communicable disease patients (NCDS). *Academic Psychiatry and Psychology Journal*. 2021;37(1):17-30. (in Thai)
13. Baumgardner ML, Mayo AM. The lived experience of spiritual well-being amongst family caregivers of persons with dementia on palliative care. *Geriatric Nursing*. 2021;42(1):65-71.
14. Kim SS, Hayward RD, Kang Y. Psychological, physical, social, and spiritual well-being similarities between Korean older adults and family caregivers. *Geriatric Nursing*. 2013;34(1):35-40.
15. Department of Mental Health. Training manual for the program to strengthen the spirits of relatives who care for elderly people who are stuck at home or bedridden. 2nd ed. Nontaburi, Thailand: Department of Mental Health; 2019. (in Thai)
16. Khemaweero PW, Pattanasing T, Khankaew T, Khumtua K, Lapontan S. Enhancement of elder people's spiritual well-being according to Buddhism doctrines. *Journal of MCU Peace Studies*. 2017;5(1): 78-88. (in Thai)
17. Mahatnanirakul S, Tantipiwattanaskul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Pornmanajirangul R. Comparison of World Health Organization quality of life scales. Every 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung Hospital Chiang Mai Province, Thailand; 1997. (in Thai)
18. Saengthongdee J. A spiritual well-being care-taking program of relatives of end-stage cancer patients based on buddhist psychology. *JSBA* 2020;5(4):36-350. (in Thai)
19. Department of Mental Health. Assessment and analysis development research report. Stress too self for Thai citizens with a computer. 2nd ed. Samut Prakan: TCOM; 1999. (in Thai)
20. Chaiyasit, Y., Kunakote, N., Kotta, P., Chanbunlawat, K., & Piboonrungraj, P. (2020). Predicting factors of spiritual well-being among people living with HIV/AIDS. *The*
21. Kloadee J, Naksuwan S, Sukmaitri C. Factors affecting quality of life. (in Thai) of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. *Rajapruek Journal*. 2017;15(1): 27-32.
22. Sasawad K. (2017). Factors affecting the quality of life of the elderly in the eastern provinces. *News Research Community*. 2017;11(2): 21-38. (in Thai).