

ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน*

ฉัตรวารินทร์ บุญเดช พย.ม.**

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ Ph.D.***

นารัตน์ จิตรมนตรี Ph.D.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปพักอาศัยในชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 183 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนา แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับดี ความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติทางศาสนามีค่าค่อนข้างสูง ($\text{mean} = 45.81$, $\text{SD} = 6.62$, $\text{skewness} = -.54$; $\text{mean} = 52.25$, $\text{SD} = 6.55$, $\text{skewness} = -1.59$ ตามลำดับ) ความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างสูง ($\text{mean} = 59.39$, $\text{SD} = 9.89$, $\text{skewness} = -.91$) ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุค่อนข้างต่ำ ($\text{mean} = 73.48$, $\text{SD} = 5.98$, $\text{Skewness} = .27$) ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภาวะธรรมทัศน์ในมิติของการมองโลก ($r = .19$) และมิติของการมองตน ($r = .19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ: ควรมีการพัฒนาแบบประเมินความเชื่อทางศาสนาและภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย และควรมีการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนภาคอื่นๆ เพื่อเพิ่มหลักฐานภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุสังคมไทย

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(3) 66-77

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะธรรมทัศน์ ผู้สูงอายุในชุมชน

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยมหิดล

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัทยมหิดล E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

เบอร์โทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ 2601

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัทยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ 0-2441-5333 ต่อ 2608

Relationships between Health Status, Religious Beliefs, Religious Practices, Life Satisfaction, and Gerotranscendence in Community– Dwelling Older Adults*

Chatvarin Boondech, M.N.S. **

Virapun Wirojratana, Ph.D. ***

Narirat Jitramontree, Ph.D. ****

Abstract

Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(3) 66-77

Keywords: health status; religious beliefs; religious practices; life satisfaction;
gerotranscendence

* Master of Nursing Thesis (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

** Professional Nurse, Bhumibol Adulyadej Hospital

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th
Tel. 02-441-5333 ext. 2601

**** Assoc. Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: narirat.jit@mahidol.ac.th Tel. 02-441-5333 ext. 2608

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดว่าอีก 4 ปีจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์¹ ผู้สูงอายุเป็นวัย ที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมของร่างกาย ตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น อีกทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ตามสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงควรมีความเข้าใจในเรื่องปรากฏการณ์ธรรมชาติของชีวิต และมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต ปรับมุมมองชีวิต เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตช่วงวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับแนวคิดภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ (gerotranscendence) ของ Lare Tornstam² ซึ่ง ดร.พระมหาจรรยา สุทธิญาณ ได้บัญญัติศัพท์ภาษาไทยว่า “ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ”³ แนวคิดดังกล่าวเป็นมุมมองเกี่ยวกับพัฒนาการตามธรรมชาติของมนุษย์ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยกลางคน และมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีวุฒิภาวะและปัญญา (maturation and wisdom) ในการดำรงชีวิต พอใจและเข้าใจในชีวิตของตนเอง รวมถึงเข้าใจชีวิตผู้อื่นมากขึ้น ยอมรับความเสื่อม ความเจ็บป่วยและความตาย ตระหนักว่าทุกสิ่งบนโลกย่อมต้องพังพินาศ ความเข้าใจข้างต้นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ แนวคิดนี้แบ่งออกได้เป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการมองโลก (cosmic dimension) มิติการมองตน (self-dimension) มิติการมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นและสังคม (social and personal relationships dimension)⁴ การพัฒนาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยดังนี้ ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนาและความพึงพอใจในชีวิต

การทบทวนวรรณกรรมภาวะสุขภาพตามแนวคิดภาวะธรรมทัศน์กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุจะยอมรับความเสื่อม

ของร่างกายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นการพัฒนาสู่ภาวะธรรมทัศน์ แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยทางจิตใจจะส่งผลต่อพัฒนาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ⁴ ซึ่งการศึกษาภาวะธรรมทัศน์ของผู้สูงอายุชาวอเมริกัน พบว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ⁵ อย่างไรก็ตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนือปัญหา (self-transcendence)⁶ การศึกษาภาวะธรรมทัศน์ในผู้สูงอายุชาวสวีเดนและชาวไต้หวัน พบว่าภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ⁷

ความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติทางศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือมีผลต่อภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ การทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเชื่อทางศาสนา และการปฏิบัติทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ^{8,9} ในการศึกษาของ นงาามเหมาะ พบว่าความเชื่อและการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การปฏิบัติทางศาสนา ไม่ว่าจะเป็น พระพุทธศาสนา⁹ ศาสนาคริสต์¹⁰ และลัทธิขงจื้อ¹¹ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ

นอกจากนี้ การศึกษาในชาวไต้หวันพบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ⁷ แต่การศึกษาในชาวอินเดียกลับพบว่าความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ¹²

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา และความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบทวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างกันและยังไม่มีการศึกษาในพระพุทธศาสนา ผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกันและไม่เป็นไปในทิศทาง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlation research)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปนับถือศาสนาพุทธ พักอาศัยในพื้นที่ แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง จาก 5 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนดงมณี ชุมชนดอนเมืองวิลล่า ชุมชนธาราทิพย์ ชุมชนรัชธานี 5/1 และชุมชนพัฒนาหมู่ 2 ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ระดับอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 การประมาณขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้การศึกษาของ นฤา จามเหมาะ⁹ ได้ค่าเท่ากับ .25 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 183 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) จำนวนร้อยละ 25 ของจำนวนชุมชนทั้งหมดจาก 21 ชุมชน ได้ 5 ชุมชน จากนั้นคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละชุมชนตามสัดส่วน (proportional allocation) จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ไม่มีปัญหาเรื่องความจำและการรู้คิด ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai (2002)¹³ โดยต้องผ่านเกณฑ์ปกติ ตามระดับการศึกษา ดังนี้

1.1 ไม่ได้เรียนหนังสือคะแนนเต็ม 23 คะแนน เกณฑ์ปกติ³ 14 คะแนน

1.2 เรียนระดับประถมศึกษาคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติ³ 17 คะแนน

1.3 เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาคะแนนเต็ม 30 คะแนน เกณฑ์ปกติ³ 22 คะแนน

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางจิตใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองมีจำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่ายต่อเดือน ประสิทธิภาพภาวะวิกฤติในชีวิต หรือเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสะท้อนใจในช่วงเวลา 2 ปี ที่ผ่านมา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย Ware และคณะ¹⁴ ฉบับภาษาไทยเป็นลิขสิทธิ์ของบริษัท ควอลิตี้ เมตริก (Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporate) ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยได้รับอนุญาตใช้แบบสอบถาม (license number QM034307) แบบสอบถามมี 12 ข้อ ประกอบด้วย 8 มิติ คือ 1) การทำงานด้านกายภาพ 2) ปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน 3) การรับรู้การเจ็บปวดทางร่างกาย 4) หน้าที่ทางสังคม 5) ปัญหาทางอารมณ์ที่กระทบต่อกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน 6) สุขภาวะทางจิต 7) ความมีชีวิตชีวา และ 8) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า การศึกษานี้ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยมากกว่า 50 แสดงว่ามีภาวะสุขภาพดี แบบประเมินนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนา สร้างขึ้นโดย ดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ¹⁵

แบบสอบถามมีเนื้อหาครอบคลุมความเชื่อเกี่ยวกับพุทธศาสนา ใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความเชื่อในไตรสรณคมน์ คือ ความเชื่อในพระพุทธเจ้า พระธรรม และพระสงฆ์ 2) ความเชื่อในกฎแห่งกรรม คือ การเวียนว่ายตายเกิด (อเนกชาติ) เชื่อว่านรก - สวรรค์มีอยู่จริง 3) ความเชื่อเรื่องนิพพาน ว่าเป็นเป้าหมายของชาวพุทธ แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ เลือกตอบจาก “จริงที่สุด-ไม่จริงเลย” มีข้อความคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 10 - 60 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีความเชื่อทางพุทธศาสนามาก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .64

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติทางศาสนา พัฒนาขึ้นโดยดวงเดือน พันธุมนาวิน และคณะ¹⁵ แบบสอบถามนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนา 3 ด้านคือ 1) ทาน หมายถึงการให้วัตถุสิ่งของ เงินทองจนถึงการให้ธรรมะเป็นทาน 2) ศีล หมายถึง การละเว้นการทำผิดศีลห้า 3) ภาวนาและสมาธิ หมายถึง การสวดมนต์ไหว้พระ ทำสมาธิ เป็นต้น แบบสอบถามนี้เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับเลือกตอบจาก “จริงที่สุด-ไม่จริงเลย” มีข้อความคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมของแบบสอบถามนี้มีค่าระหว่าง 10 - 60 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึงมีการปฏิบัติทางพุทธศาสนามาก ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต พัฒนาขึ้นโดย Neugarten, Havinghurst และ Tobin¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีเรณู แก้วก๊วนมิน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะอารมณ์ 2) ด้าน

ความรื่นรมย์ในชีวิต 3) ด้านความสอดคล้องในความต้องการ และผลสัมฤทธิ์ในอดีต 4) ด้านความตั้งใจและความอดทนในชีวิต ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับคือ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง-เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีจำนวนข้อความคำถาม 18 ข้อ ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 18 - 90 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิตระดับต่ำ (18 - 53 คะแนน) 2) ความพึงพอใจในชีวิตระดับพอใช้ (54 - 62 คะแนน) 3) ความพึงพอใจในชีวิตระดับดี (63 - 71 คะแนน) 4) ความพึงพอใจในชีวิตระดับดีมาก (72 - 80 คะแนน) และ 5) ความพึงพอใจในชีวิตระดับดีที่สุด (81 - 90 คะแนน) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ พัฒนาขึ้นโดย Tornstam¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดย ลดาวัลย์ สาภินันท์³ แบบวัดนี้ครอบคลุมเนื้อหาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ 3 มิติ คือ 1) มิติการมองโลก 2) มิติการมองตน และ 3) มิติการมีสัมพันธภาพต่อผู้อื่นและสังคม มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับจาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีข้อความคำถามจำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมของแบบวัดมีค่าระหว่าง 25 - 100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะธรรมทัศน์ในระดับสูง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .62

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขรหัส IRB-NS2016/09.0703 ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้นำชุมชน

*ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา
ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ของผู้สูงอายุในชุมชน*

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชน เพื่อ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือการดำเนินการวิจัย และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยในชุมชนโดยการประกาศเสียงตามสาย

3. ผู้วิจัยนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อทำการคัดกรองและเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ ให้ผู้สูงอายุรับทราบหากผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมงานวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

4. ผู้วิจัยตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบ MMSE- Thai 2002 หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ผ่านการคัดกรองจะแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบแล้วส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลต่อไป หากผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามได้ตลอดเวลา ในกรณีผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสายตาผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ตามลำดับต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Quality Metric Health Outcomes™ Scoring Software 4.5 คะแนนรวมรายงานเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ซึ่งมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของคนปกติในสหรัฐอเมริกา เท่ากับ 50 (SD = 10)

3. ข้อมูลความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุวิเคราะห์ โดยการคำนวณหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเบ้

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน หากผลการทดสอบ พบว่า การแจกแจงข้อมูลของตัวแปร มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จะทำการวิเคราะห์โดยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 183 ราย พบว่าเพศหญิงมากกว่า เพศชาย 2 เท่า มีช่วงอายุระหว่าง 60-93 ปี อายุเฉลี่ย 70.42 (SD = 7.04) เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 49.20 การศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.75 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 51.37 รายได้อยู่ในช่วง 2,001 – 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 32.24 มากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 52.42 และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะวิกฤตในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกระทบกระเทือนต่อจิตใจ ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 52.46 โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 60.11 และ 32 ตามลำดับ

2. ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ

ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 64-83 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.48 (SD = 5.98) ค่าความเบ้เท่ากับ .27 แสดงว่าผู้สูงอายุมีภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุค่อนข้างต่ำ เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่ามิติด้านการมองโลกและด้านการมองตนค่อนข้างต่ำ ส่วนมิติด้านการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและสังคมค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าฐานนิยม ค่ามัธยฐาน ค่าความเบ้ การแปลผล ของคะแนน ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ (n= 183)

ตัวแปร	Mean	SD	Skewness	การแปลผล
ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุโดยรวม	73.48	5.98	.27	ค่อนข้างต่ำ
มิติการมองโลก	28.7	4.0	-.42	ค่อนข้างสูง
มิติการมองตน	47.9	6.6	-1.08	ค่อนข้างสูง
มิติการมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นและสังคม	26.9	3.3	.30	ค่อนข้างต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิตกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ

เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของตัวแปร ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ได้ค่า Kolmogorov-smirnov Z คือ 2.035 ($p = .001$), 0.972 ($p = .302$), 1.598 ($p = .012$), 1.501 ($p = .022$), และ 2.609 ($p = .000$) ตามลำดับ ซึ่งมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์สเปียร์แมนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ รายมิติ พบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ กับภาวะธรรมทัศน์ในมิติการมองโลกและมิติการมองตน ($r = .19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ของผู้สูงอายุในชุมชน (N = 183)

ตัวแปร	2	3	4	5
1. ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ	-0.06	0.12	0.06	0.06
- มิติการมองโลก	0.03	0.19**	0.07	0.01
- มิติการมองตน	0.03	0.19**	0.07	0.01
- มิติการมีสัมพันธ์ภาพต่อผู้อื่นและสังคม	-0.14	-0.02	0.02	-0.13
2. ภาวะสุขภาพ	1.00	0.04	0.03	0.53**
3. ความเชื่อทางศาสนา		1.00	0.39**	0.11
4. การปฏิบัติทางศาสนา			1.00	0.04
5. ความพึงพอใจในชีวิต				1.00

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุค่อนข้างต่ำ (Skewness = .25) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย

70 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนต้นถึงร้อยละ 49.20 แต่ยังคงต้องรับผิดชอบครอบครัว มีเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิตในช่วงสองปีที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Tornstam¹⁷ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์ภาวะวิกฤตในชีวิตหรือมีประสบการณ์ความสูญเสียในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาจะมีภาวะธรรมทัศน์ต่ำกว่าผู้ที่มีประสบการณ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุระดับปานกลาง^{3,9} เนื่องจากทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์¹⁸ พบว่าประสบการณ์ชีวิตเชิงลบโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับความตายจะส่งเสริมให้ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุโดยรวม ($p > .05$) อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปสูง แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าภาวะสุขภาพทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากแนวคิดภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ซึ่ง Tornstam กล่าวไว้ว่าภาวะสุขภาพจิตมีผลต่อภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ หากผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี เช่น มีภาวะซึมเศร้า หรือมีการเจ็บป่วยทางจิตจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามแนวคิดภาวะธรรมทัศน์อธิบายว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางร่างกายหรือมีความชรา แต่ถือเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและยอมรับได้⁴ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ โดยรวมกับภาวะธรรมทัศน์ในผู้สูงอายุ ไม่ได้แยกวิเคราะห์รายด้านของภาวะสุขภาพกายและจิตใจ จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Adams

และ Sanders⁵ ที่พบว่าภาวะสุขภาพโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุและการศึกษาของ Tornstam⁴ พบว่าภาวะสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ แตกต่างกับการศึกษาของ Wang⁷ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ผลการศึกษายังมีการขัดแย้งกัน อาจเป็นเพราะการใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล นั้นอาจขึ้นอยู่กับความเชื่อ ที่ศรัทธาปรัชญาและค่านิยมในแต่ละสังคมวัฒนธรรมซึ่งเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อภาวะของชีวิตตนเอง¹⁹

ผลการศึกษาพบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุในมิติการมองโลก ($r = .19$) และมิติของการมองตน ($r = .19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าผู้สูงอายุมีความเชื่อทางศาสนาสูงจะมีภาวะธรรมทัศน์ในมิติการมองโลกและการมองตนสูงขึ้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อทางศาสนาค่อนข้างสูง ซึ่งพระพุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งเหตุและผล ไม่สอนให้เชื่ออย่าง 맹าย แต่ต้องตั้งอยู่บนรากฐานแห่งปัญญา ความเชื่อหรือศรัทธา มีความเกี่ยวข้องกับกฎแห่งกรรมโดยตรง การศึกษาครั้งนี้เป็นความเชื่อทางพระพุทธศาสนาเป็นความเชื่อจากการพิจารณาไตร่ตรองให้ถ่องแท้ด้วยตนเองก่อนแล้วจึงเชื่อ ไม่ให้เชื่อตามผู้อื่นสอนให้รู้จักและเข้าใจความเป็นธรรมชาติ ที่เป็นสิ่งไม่เที่ยง ให้รู้ทันจิตของตน เน้นถึงความ เป็นปัจจุบัน จึงทำให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ มิติการมองโลกที่เป็น การเข้าใจและยอมรับว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในโลกนี้มีความสัมพันธ์กัน ชีวิตและความตาย นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับมิติการมองตน เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุรู้จักตัวตนที่แท้จริงของตน มีความเข้าใจ รวมทั้งยอมรับได้กับชีวิตของตนเองใน

ปัจจุบัน จึงมีการค้นหาข้อดีข้อเสียของตน ยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง การยึดถือตนเป็นศูนย์กลางลดลง เข้าใจผู้อื่นมากขึ้น การยอมรับได้กับความเสื่อมลงของร่างกาย⁴

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมากกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุทั้งโดยรวม และในรายมิติการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและสังคม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อาจเนื่องจากเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะธรรมทัศน์มีความคาดเคลื่อนด้านความชัดเจนของข้อคำถามในส่วนของมิติการมีสัมพันธ์กับผู้อื่นและผู้อื่น เช่น “ฉันชอบอยู่คนเดียวตามลำพังมากกว่าอยู่ร่วมกับคนอื่น” อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจผิดว่าเป็นการแยกตัวอยู่คนเดียว” กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนข้อนี้ต่ำ เพราะยังมีสุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี ใช้เวลาหมดไปกับการดูแลครอบครัวและการทำกิจกรรมทางสังคม ในขณะที่ความหมายของการวัดภาวะธรรมทัศน์ในข้อนี้คือ การอยู่คนเดียวตามลำพังนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาไตร่ตรองเรื่องราวของชีวิตตามลำพังเพื่อส่งเสริมการพัฒนาเข้าสู่ภาวะธรรมทัศน์ ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ling Yu และ Hsieh⁸ และ นภา จามเหมาะ⁹ ที่พบว่าความเชื่อทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การปฏิบัติทางศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .01$) แสดงว่าไม่ว่าการปฏิบัติทางศาสนาของผู้สูงอายุจะมากหรือน้อยเพียงใดก็ไม่ทำให้ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุเปลี่ยนแปลง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง ค่านิยมของสังคมและวัฒนธรรมทางสังคม เป็นอุปสรรคต่อการมีพัฒนาการเข้าสู่ภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ²¹

ถึงแม้ว่าการปฏิบัติทางศาสนาจะมีส่วนสำคัญทางจิตวิญญาณในการพัฒนาภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ เนื่องจากสังคมปัจจุบันเป็นลักษณะวัตถุนิยมและมีเทคโนโลยีที่ทันสมัย²⁰ ผลของการศึกษาค้นคว้านี้ ไม่สอดคล้องกับ นภา จามเหมาะ ได้ทำการศึกษาพบว่า การปฏิบัติทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุในสูงอายุโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .39, p < .01$)⁹ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้านี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะแตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังได้รับการรักษาบำบัดทดแทนทางไตอยู่ในระยะท้ายของชีวิตมีการพัฒนาเข้าสู่ภาวะธรรมทัศน์จึงพบว่าการปฏิบัติทางศาสนามีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ($p > .01$) อาจเนื่องมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten, Havinghurst และ Tobin¹⁶ บางข้อคำถามอาจไม่สามารถวัดปรากฏการณ์ความพึงพอใจในชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ เช่น ข้อคำถาม “ฉันรู้สึกแก่เฒ่าและค่อนข้างอ่อนแรง” เป็นมุมมองทางด้านร่างกายคะแนนมากแสดงถึงความไม่พึงพอใจในชีวิต ซึ่งจะไม่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของภาวะธรรมทัศน์ในผู้สูงอายุในมิติมองตนว่าถึงแม้ร่างกายจะเสื่อมแต่ไม่มีผลต่อการพัฒนาให้เกิดภาวะธรรมทัศน์ในผู้สูงอายุ⁴ ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอดคล้องกับการศึกษาในอินเดียที่พบว่าภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุกับความพึงพอใจในชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ¹² แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewin และ Thomas ที่พบความสัมพันธ์ว่าบุคคลที่มีภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตของตนสูง²¹ และการศึกษาในผู้สูงอายุในประเทศไต้หวันพบว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะ

**ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนา การปฏิบัติทางศาสนา
ความพึงพอใจในชีวิต กับภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ของผู้สูงอายุในชุมชน**

ธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุ ($r = .43$)⁷ ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน อาจเนื่องจากใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจในความแตกต่างกัน ผลการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของภาวะธรรมทัศน์ซึ่งอธิบายไว้ว่าหากผู้สูงอายุมีภาวะธรรมทัศน์สูงทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น⁴

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้วัด ความเชื่อทางศาสนาและภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุให้มีคุณภาพของเครื่องมือ (psychometric properties) ตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยครั้งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะธรรมทัศน์ในวัยสูงอายุในชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน กลุ่มอายุและโรคต่างๆ เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ของภาวะธรรมทัศน์ในบริบทสังคมไทยมากขึ้น

References:

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2015. [Internet]. 2015. [cited June 16, 2017] Available from: http://dop.go.th/upload/knowledge/knowledgeth_20172404121710_1.pdf (In Thai)
2. Tornstam L. Gerotranscendence: a meta theoretical reformulation of the disengagement theory. Aging (Milano) 1989; 1(1):55-63.
3. Sapinun L. Gerotranscendence and preparation among the elderly. J Gerontol Geriatric Med 2004; 5(2): 26-33. (In Thai)
4. Tornstam L. Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. New York: Springer; 2005.
5. Adams KB, Sanders S. Measurement of developmental change in late life: a validation study of the change in activities and interests index. Clin Gerontol 2010; 33(2):92-108.

6. Upchurch S. Self-transcendence and activities of daily living. J Holist Nurs 1999; 17(3): 251-66.
7. Wang, JJ. A structural model of the bio-psycho-socio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. J Adv Nurs 2011; 67(12): 2628-36.
8. Ling Y, Hsieh. The related factors of gerotranscendence in institutional elders [dissertation]. Taiwan: National Cheng Kung University; 2008.
9. Ngammoh N. The relationship between demographic factors, beliefs, religious practice, meaning of life, and gerotranscendence in patients with end-stage chronic kidney disease. Thai Journal of Nursing Council 2015; 30(1):58-71. (In Thai)
10. Bruyneel S, Marcoen A, Soenens B. Gerotranscendence: components and spiritual root in the second half of life. [Internet]. 2005 [cited 2015 June 12]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=870233
11. Wang K, Duan G, Jia H, Xu E, Chen X, Xie H. The level and influencing factors of gerotranscendence in community-dwelling older adults. J Nurs Sci 2015; 2(2):123-7.
12. Kalavar JM, Buzinde CN, Navarrete DM, Kohli N. Gerotranscendence and life satisfaction: examining age differences at the Maha Kumbha Mela. J Relig Spiritual Aging 2015; 27(1):2-15.
13. Institute of geriatric medicine department of medicine services ministry of public health. MMSE-Thai 2002. Bangkok: Ministry of Public Health; 2002. (In Thai)
14. Ware JE, Kosinski M, Bowker DMT, Gandek B, Quality metric I, New England medical center hospital, health assessment L. How to score version 2 of the SF-12 health survey (with a supplement documenting version 1). Lincoln RI; Boston Mass: Quality metric Inc; Health assessment lab; 2002.

15. Phanthumnavin D, Vanindananda N, Yoelao D, Nirunthawee S, Soadmancee O, Wongwattanamongkol A, et al. Religious belief and practice of Thai Buddhists: socialization and quality of life; Bangkok: National Institute of Development Administration; 1999. (In Thai)
16. Neugarten BL, Havinghurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol* 1961; 16:134-43.
17. Tornstam L. Gerotranscendence in a broad cross sectional perspective. *J Aging Ident* 1997a; 2(1):17-36.
18. Read S, Braam AW, Lyyra TM, Deeg DJH. Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life?. *Aging Ment Health* 2014; 18(1):117-24.
19. Thongsak P. Quality of life and health. *TJPS*; 2(3): 327-37. (In Thai)
20. Lewin FA. Gerotranscendence and different cultural setting. *Age Soc* 2001; 21(4):395-416.
21. Lewin FA, Thomas LE. Gerotranscendence and life satisfaction: Studies of religious and secular Iranians and Turks. *J Relig Gerontol* 2001; 12(1):17-41.