

**ผลของการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิด  
ด้านจิตวิญญาณต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง**  
**Effects of Enhancing Volunteers as Caregivers for Elderly People with Chronic Disease  
using Knowledge Sharing Reflection Method Focusing on Spiritual Wellbeing**

เบญจมาศ	ถาดแสง *	Benchamat	Thatsaeng *
นงเยาว์	มงคลอิทธิเวช **	Nongyao	Mongkonitveg **
วราภรณ์	แย้มมีศรี ***	Waraphorn	Yaemmisri ***

**บทคัดย่อ**

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ซึ่งโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการพึ่งพิงบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องอาศัยจิตอาสาช่วยเหลือ โดยเฉพาะในมิติด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และช่วยให้พ้นจากการเจ็บป่วยหรือปรับตัวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ มีความหวัง มีพลังในการดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างผาสุก การพัฒนาศักยภาพจิตอาสา นั้นจึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ (KM with spiritual Reflection หรือ Soft KM) โดยการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในชุมชนเทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย จำนวน 34 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 ราย กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยจิตอาสาที่เข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ เครื่องมือที่ดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพจิตอาสา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ independent t -test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา ( $\bar{X}$  = 124.65) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ( $\bar{X}$  = 118.88) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจิตอาสาที่จะดูแลผู้สูงอายุนั้น ต้องผ่านกระบวนการ Soft KM6 ขั้นตอน ดังนี้ 1.) การค้นหาความรู้ คุณค่าด้านจิตวิญญาณ 2.) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3.) การเรียนรู้และลงมือปฏิบัติ 4.) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 5.) การประมวลผล กลั่นกรององค์ความรู้ 6.) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้

\* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ e-mail: tadsang@yahoo.co.th  
 \* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Mae Jo University, e-mail: tadsang@yahoo.co.th  
 \*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง  
 \*\* Assistant professor, Faculty of Nursing, Mae Fah Luang University  
 \*\*\* อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง  
 \*\*\* Lecturer, Faculty of Nursing, Mae Fah Luang University  
 วันที่รับบทความ 10 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 28 เมษายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 5 กรกฎาคม 2564

**คำสำคัญ:** ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง จิตอาสา กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิด

## Abstract

Thailand has now become the completed aged society. A number of elderly people have chronic diseases that affect their physical, mental, social, spiritual and dependency dimension. Therefore, those elderly people need volunteers to help providing cares for them, especially for the spiritual dimension. As spiritual well-being is important for the elderly people with chronic illnesses to cope with, recover from, or adapt themselves to the illnesses, it gives hope and power for the wellbeing living to the elderly people. To develop the volunteer potential, it is necessary to use the KM with spiritual Reflection or Soft KM model. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of enhancing volunteers as caregivers for elderly people using knowledge sharing reflection method. The samples were 34 elderly people with chronic diseases in the Mae Ngern Municipality area Chiang Saen District Chiang Rai Province. Purposive sampling method was used to select the samples and each sample were randomly assigned to the experimental group and the control group, 17 cases for each group. Cases in the experimental group were given cares by volunteer participants in the potential development program using knowledge management reflected spiritual thinking for 4 times whereas the control group received regular cares. Data were collected by using personal information interviews and the spiritual well-being assessment. The research was conducted according to the Enhancing Volunteer Spirit Program. Data were analyzed by using Independent t-test

The results revealed that the mean scores of spiritual well-being of the elderly people with chronic diseases in the community in the experimental group who received cares from volunteers ( $\bar{X} = 124.65$ ) were higher than those who received regular care ( $\bar{X} = 118.88$ ). There was no statistically significance. The volunteers who gave cares to the elderly people must passed the 6 process of Soft KM: 1) Spiritual knowledge and value searching, 2) Knowledge creating and finding, 3) learning and practicing, 4) systematic knowledge management, 5) knowledge screening and processing, 6) knowledge sharing

**Keywords:** Spiritual wellbeing, Elderly, Chronic illness, Volunteer, knowledge sharing reflection

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์คือมีจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั้งประเทศ และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ คือมีจำนวนประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20

ของประชากรรวมทั้งประเทศ ภายในปี 2024-2025 โดยประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (World health organization, 2015) การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม บริการสาธารณสุขโดยรวมอย่างมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

อย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และไตวายเรื้อรัง (Prasatkul, 2014) ซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางกาย หรือจิตใจ ที่ทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเป็ยงเบนไปจากสภาพปกติ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีความพิการหลงเหลืออยู่ จึงต้องการการดูแล พินฟูอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาการเจ็บป่วยนานเกิน 3 เดือน โดยทั้งที่มีอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ (Sangchart, 2014) การเสื่อมถอยด้านร่างกายและการเจ็บป่วยที่เป็น ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นมากขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลมีน้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวและรู้สึกโดดเดี่ยว ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในปัจจุบันจึงมีปัญหาและอุปสรรคอยู่ค่อนข้างมากในความไม่พร้อมของผู้ดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่าแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสังคมไทยนั้นเป็นการดูแลภายในครอบครัว โดยคนในครอบครัว ซึ่งพบว่าการดูแลอยู่ภายใต้เงื่อนไขของความกดดันจากก่อให้เกิดความทุกข์แก่บุตรหลานได้ ทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวลจนถึงมีอาการรุนแรงเกิดการทะเลาะกันในระหว่างครอบครัว ซึ่งนำไปสู่การเพิกเฉยไม่ดูแลผู้สูงอายุ ทอดทิ้งหรือทำร้ายผู้สูงอายุได้ (Sihapark, Chuengsatiansup, & Tengrang, 2014) ดังนั้นการส่งเสริมให้มีผู้ดูแลมีจิตอาสามาช่วยดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังนี้ จะช่วยลดปัญหาการทำร้าย ทอดทิ้งผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้โรคเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งจากปัญหาด้านร่างกายจากพยาธิสภาพของโรคที่รักษาไม่หายขาด เกิดภาวะทุพพลภาพได้ ปัญหาด้านจิตใจ จากความรู้สึกไม่แน่นอนของอาการของโรค ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และความกังวลถึงความตายที่ใกล้เข้ามา ปัญหาด้านสังคมจากการใช้เวลาการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงบุคคลอื่น

มากขึ้น ทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (Promkeawngam & Namwong 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามี การดูแลผู้สูงอายุอย่างหลากหลายรูปแบบ อาทิเช่น การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบทของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลระยะยาว แต่บริการที่มีอยู่ยังไม่มีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม (Lokultong & Sritanyarat, 2013) การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้ พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อบริการของอาสาสมัครสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wirojratana, Amnatsatsue, Sasat, & Malathum, 2014) การพัฒนานวัตกรรมการจัดการดูแลสุขภาพชุมชน โดยมีการพัฒนาการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงภายใต้การดำเนินงาน "อาสาปันสุข" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ที่สำคัญคือมีแกนนำจิตอาสาที่มีความพร้อมและมีความเสียสละ แสดงให้เห็นถึงศักยภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Narin & Meephan, 2015) จากรายงานการวิจัยพบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุไทยต้องการมีอยู่ 2 อย่าง คือการมีสุขภาพดี และใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมีความสุข ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย เน้นการทำงานเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย อาหาร ด้านจิตใจ เน้นการรวมกลุ่ม ครอบครัว กิจกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุที่มีบทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้านสังคม เน้นการ

รวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายทางสังคม ด้านจิตวิญญาณ เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการยกย่อง มีบทบาทในสังคม และมีจิตอาสา ฯลฯ (Siripanit, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่า การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีหลากหลายรูปแบบ แต่ยังไม่ครอบคลุมในมิติด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้มีความพึงพอใจที่แท้จริงได้ เนื่องจากมิติด้านจิตวิญญาณเปรียบเสมือนพลังของสุขภาพ มีหน้าที่ในการประสานระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณให้สมดุล ช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในภาวะวิกฤตได้ มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เข้าใจชีวิต มีความศรัทธา และปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ เข้าถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีความพึงพอใจในการใช้ชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าของทุกสิ่ง สามารถดูแลสุขภาพของตนเองในมิติอื่น ๆ และขยายการดูแลไปสู่บุคคลอื่นในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้ (Mongkhonittivech & Yaemmisri, 2016) โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้นมีความสอดคล้องกันระหว่างการรับรู้ การปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายในชีวิต โดยสามารถเชื่อมโยงองค์ประกอบภายใน 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านตนเอง ด้านบุคคลอื่น ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสิ่งศรัทธาเบื่องบน เข้าด้วยกัน (Jaiwongpab, Soivong, Sittisombut, & Somrarnyart, 2017)

ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยให้อุปสรรคกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ มีความหวัง มีพลังในการดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรงต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ และศึกษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ดังนั้นที่วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยผ่านกระบวนการพัฒนาจิตอาสา เนื่องจากการดูแล

มิติด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ซับซ้อน ผู้ที่จะให้การดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีพื้นฐานทางจิตวิญญาณที่ดี และได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมครบทุกมิติ สิ่งสำคัญคือ ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณด้วย จิตอาสา ควรเป็นบุคคลที่มีจิตที่ไม่นิ่งดูตายต่อผู้อื่น คนในครอบครัว สังคม หรือความทุกข์ยากของผู้อื่น และมีความปรารถนาที่จะช่วยเหลือ ไม่ใช่ด้วยการให้ทานให้เงิน แต่ด้วยการสละเวลา ลงแรงและสติปัญญาเข้าไปช่วย และด้วยจิตที่เป็นสุขที่ได้ช่วยผู้อื่น เป็นจิตของผู้ที่รู้จักความเสียสละความร่วมมือ ร่วมใจ ในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม เป็นการกระทำโดยสมัครใจ ไม่หวังผลตอบแทน

กระบวนการพัฒนาจิตอาสา นั้นเป็นกระบวนการบ่มเพาะสุขภาวะทางปัญญาในด้านการมีเมตตา กรุณา โดยไม่มีเงื่อนไข คำนึงถึงผู้อื่นโดยไม่มีผลประโยชน์ส่วนตน การยอมสละตน การเปิดรับความคิดเห็นที่แตกต่าง และการไคร่ครวญ เป็นปัจจัยนำไปสู่การเกิดปัญญา ในการมองเห็นความเป็นจริงของชีวิตและธรรมชาติ เกิดรากฐานที่มั่นคงทางจิตที่ส่งผลถึงชีวิตที่มีสุขภาวะครบทุกมิติ (Sawilo, 2007) แนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และเกิดการเติบโตภายในหรือพัฒนาจิตด้านจิตวิญญาณ คือ การเรียนรู้ อย่างแบบมีส่วนร่วม (participation Learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จิตอาสาเป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน คิดร่วมกัน ศึกษา ค้นคว้า เรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ แล้วนำมาร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ 1) การค้นหาความรู้ คุณค่าด้านจิตวิญญาณ เสริมศักยภาพของจิตอาสา และค้นหาสิ่งที่จะต้องพัฒนาให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรวมให้มีการเสริมพลังทางบวก (positive reinforcement) จากคุณค่าของงานหรือประสบการณ์ทำงานที่ผ่านมาทั้งตัว

จิตอาสาเองและผู้สูงอายุซึ่งเป็นมิติด้านจิตวิญญาณ 2) การสร้างและแสวงหาความรู้โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในทุกด้าน โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 3) การเรียนรู้และลงมือปฏิบัติ โดยมีทีมพี่เลี้ยงช่วยแนะนำในการปฏิบัติจริงในชุมชน มีการบูรณาการความรู้เดิมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ทางวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและสถานะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาวะที่ดีขึ้น 4) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยให้จิตอาสามีการเล่าเรื่องจากการที่ได้ไปปฏิบัติจริง และมีทีมพี่เลี้ยงช่วยในการรวบรวมองค์ความรู้ต่างๆ 5) การประมวลผลกลั่นกรององค์ความรู้โดยมีการสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับจากทีมมาใช้ในแต่ละบุคคล เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ได้ 6) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มโดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ ตั้งแต่การเล่าเรื่อง การรับฟัง (Deep listening) และกระบวนการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Reflection) การพัฒนาสุขภาวะทางปัญญาทั้งตัวผู้สูงอายุ และจิตอาสา ผ่านการสะท้อนคิดในมิติด้านจิตวิญญาณ การเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเองและผู้สูงอายุโดยการคิดเชิงบวก เมื่อจิตอาสาได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณแล้วเชื่อว่าจะสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยไม่เพิกเฉยทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความผาสุกทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการในจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 15.23 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 21.1 (National Statistical office Thailand, 2014) เทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เป็นตำบลชายขอบที่มีเขตพื้นที่ติดกับอำเภอเชียงของ ประกอบด้วย 12 หมู่บ้าน 4,236 ครอบครัว จำนวนประชากร 8,286 คน มีประชากรวัยสูงอายุ 1,107 คน และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมากถึง 726 คน

คิดเป็นร้อยละ 65.6 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ปัญหาด้านจิตใจ คือ วิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากบุตรไปทำงานนอกบ้าน จากการทำวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนนี้ยังได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ส่วนรายด้านได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งของและข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชมรมผู้สูงอายุและจากองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากยังขาดผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านนี้อยู่ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสาที่มีสุขภาวะที่ดีขึ้นโดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แต่จิตอาสายังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนให้เกิดการขยายเครือข่ายของจิตอาสา และการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างจิตอาสา กับระบบบริการสุขภาพของรัฐ (Matrakul & Mongkhonittivech, 2018) ทีมวิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาผลของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยจิตอาสาที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนมิติด้านจิตวิญญาณ ในเขตพื้นที่ เทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เนื่องจาก ทางชุมชนมีความพร้อม และต้องการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา รวมทั้งต้องการผู้เชี่ยวชาญมาให้องค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ

การดูแลด้วยจิตอาสาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และเกิดการเติบโตภายในหรือพัฒนามิติด้านจิตวิญญาณ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation Learning) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” ทั้ง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1.) การค้นหาความรู้คุณค่าด้านจิตวิญญาณ 2.) การสร้างและแสวงหาความรู้ 3.) การเรียนรู้และลงมือปฏิบัติ 4.) การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ 5.) การประมวลผล กลั่นกรององค์ความรู้ 6.) การแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าว เป็นกระบวนการบ่มเพาะสุขภาวะทางปัญญาของจิตอาสาซึ่งเชื่อว่าจิตอาสาที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณนั้นจะสามารถส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผล ก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสาที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ ในเขตเทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ตัวแปรต้น คือ การพัฒนาศักยภาพจิตอาสาด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดด้านจิตวิญญาณ ตัวแปรตาม คือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง งานวิจัยนี้ได้รับอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ 121/2559

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในพื้นที่เทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ .60 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 14 ราย (Polit & Hungler, 1999) และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (attrition rate) ผู้วิจัยได้คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 จากการประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ได้ และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 3 ราย รวมเป็นกลุ่มละ 17 ราย จากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ และกลุ่มโรคเรื้อรัง หลังจากนั้นจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน แหล่งรายได้ ความพอเพียงของรายได้ สถานที่อยู่อาศัย ผู้ดูแล

1.2) แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยของสมพร ปานผดุง กิตติกร นิลมานัต และ ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ (Panphadung, Nilmanat, & Kitrungrate, 2016) มีทั้งหมด 36 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง

ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 น้อยที่สุด คะแนนรวมจากแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-180 แปลผลโดยใช้วิธีการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่มีคะแนนความผาสุกอยู่ใน ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ประเมินความเชื่อมั่นด้วย สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .82

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation Learning) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา รูปแบบและกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา และความเหมาะสมทางภาษา หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างงานวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของ สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และนายกเทศบาลตำบลแม่เงิน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย เมื่อผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำการวิจัย ประโยชน์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ

ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ ผู้ศึกษาได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บเป็นความลับ แต่นำเสนอผลการศึกษาเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และหากต้องการหยุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทันที

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 121/2559 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนโดยมีขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 5 คน ให้มีความเข้าใจขั้นตอน เนื้อหาในโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและการใช้แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณให้ตรงกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ใหญ่บ้านทั้ง 12 หมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิในการตอบรับ และปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบจิตอาสาทั้งสิ้น 4 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการจัดกิจกรรมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” โดยมีการค้นหาความรู้ คุณค่าด้านจิตวิญญาณ ค้นหาศักยภาพของจิตอาสา และค้นหาสิ่งที่ต้องพัฒนา เพื่อให้จิตอาสาที่มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเสริมพลังทางบวก (positive reinforcement) ให้แก่จิตอาสาด้วย

ครั้งที่ 2 การสร้างและแสวงหาความรู้ โดยมีการอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในทุกด้าน เช่น การดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

จิตวิญญาณ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5-6 คน รอบที่ 1 จำนวน 2 วัน หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์มีการฝึกปฏิบัติรอบที่ 2 และทดสอบความรู้ในการปฏิบัติเป็นเวลา 2 วัน

ครั้งที่ 3 การเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติ โดยมีทีมพี่เลี้ยงที่ช่วยในการฝึกปฏิบัติจริงในชุมชน มีการบูรณาการความรู้เดิมหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นกับความรู้ทางวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและสถานะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ครั้งที่ 4 จัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการจัดการความรู้อย่างเป็นระบบโดยมีทีมพี่เลี้ยงช่วยให้คำปรึกษารวมทั้งการประมวลผลกลั่นกรององค์ความรู้โดยมีการสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับจากทีมมาใช้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ในกลุ่มโดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาสุขภาพทางปัญญาให้แก่จิตอาสา ผ่านการสะท้อนคิดในมิติด้านจิตวิญญาณ การเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเองและการคิดเชิงบวกในขณะที่ดูแลผู้สูงอายุ และให้จิตอาสาให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2 เดือน จึงติดตามประเมินผลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง

แนวคิดสำคัญที่จะช่วยให้จิตอาสาเกิดการเรียนรู้ได้อย่างลึกซึ้ง และเกิดการเติบโตภายในหรือพัฒนา มิติด้านจิตวิญญาณ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation Learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จิตอาสาเป็นผู้ริเริ่มและมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ทุกคนมีสิทธิในการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน คิดร่วมกัน ศึกษาค้นคว้า เรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ แล้วนำมาร่วมกันตัดสินใจ และร่วมกันปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชนร่วมกัน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบที่เรียกว่า “KM with spiritual reflection” หรือ “soft KM” ดังที่กล่าวมาแล้ว เชื่อว่าเมื่อจิตอาสาได้รับการพัฒนาศักยภาพแล้วจะสามารถดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยายด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติและกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา โดยทดสอบการกระจายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Komogorov-Smirnov one sample test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสา ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.9 และ ร้อยละ 64.7 ตามลำดับ) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 52.9 และ 76.5 ตามลำดับ) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 ตามลำดับ) มีสถานะภาพคู่ (ร้อยละ 82.4 และ ร้อยละ 64.7 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 52.9 และ ร้อยละ 70.6 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.9 ทั้งสองกลุ่ม) แต่มีรายได้ไม่พอเพียง (ร้อยละ 64.7 และ ร้อยละ 52.9 ตามลำดับ) ซึ่งจากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างทั้งสองกลุ่ม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา กับ กลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา กับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่มตัวอย่าง	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม	118.88	9.28	-1.968	0.058
กลุ่มทดลอง	124.65	7.72		

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวนกลุ่มละ 17 ราย ผลการวิจัยอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยจิตอาสา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ถึงแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ผลรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม ซึ่งอธิบายได้จากการดำเนินโรคของกลุ่มโรคเรื้อรังนั้นไม่สามารถหายขาดได้ จึงเกินความสามารถของจิตอาสาที่จะช่วยให้การดำเนินของโรคดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ายังคงมีอาการของโรคอยู่ อาจส่งผลให้ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทางจิตวิญญาณโดยรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนแม่เงินนั้นเป็นครอบครัวขยาย ลักษณะความสัมพันธ์เป็นวิถีชีวิตแบบชนบทไปมาหาสู่กัน จึงทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องอาศัยและอบอุ่นนั้นทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรักที่ได้และรู้สึก

ว่าชีวิตมีความหมาย เพราะการได้อยู่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น มีลูกหลานคอยดูแลและเอาใจใส่ด้วยความรักและความห่วงใย ได้พูดคุยเรื่องต่าง ๆ ผู้สูงจะรู้สึกเห็นคุณค่าของตนเอง มีความสุขกับการใช้ชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้นได้ เกิดพลังใจในการเผชิญกับการเจ็บป่วย สะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒนา แสงสาคร (Saengsakorn, 2011) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจ และมีพลังใจในการสู้ต่อ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น รับรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Saengsakorn, 2011)

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะไม่พบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในประเด็นของจิตอาสาที่พบว่าการสัมภาษณ์โดยการเข้าวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีการสะท้อนคิดมิติด้านจิตวิญญาณอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง เห็นคุณค่าของตนเอง คุณค่าของเพื่อนจิตอาสา คุณค่าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังรวมถึงญาติของผู้สูงอายุ ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังกล่าวทำให้เกิดการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของจิตอาสาขึ้นตั้งแต่ 1.) การเล่าเรื่อง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เล่าเองได้มีโอกาสทบทวนตนเองถึงวิธีการทำงาน การแสดงออกต่อผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ 2.) การรับฟัง (Deep listening) จิตอาสาจะได้ฝึกการฟังด้วยหัวใจ คือสามารถจับประเด็นเรื่องเล่าได้

รับรู้อารมณ์ ความรู้สึกของผู้เล่า เข้าใจเจตนาอารมณ์ของ  
ผู้เล่า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลและพฤติกรรม  
ที่แสดงออก เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น สร้างสรรค์วิธีการ  
ดูแลใหม่ ๆ ด้วยจิตวิญญาณ 3.) กระบวนการสะท้อนคิดด้าน  
จิตวิญญาณ (Spiritual Reflection) ในวงแลกเปลี่ยน  
เรียนรู้มีกระบวนการสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และ  
คุณค่าในงาน ตระหนักถึงเหตุผลและเน้นการคิดเชิงบวก  
ให้แก่จิตอาสา ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควร  
สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพของจิตอาสาให้เพิ่มขึ้น  
โดยเฉพาะมิติด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้จิตอาสาสามารถ  
ดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยใจ ช่วยลดปัญหาการเพิกเฉย หรือ  
การทำร้ายผู้สูงอายุลง และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเองจะได้  
รับการดูแลในมิติด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นเพราะเป็นสิ่ง  
สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถเผชิญกับ  
ความเจ็บป่วย ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ช่วยให้พ้นหาย  
จากการเจ็บป่วยหรือปรับตัวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้  
มีความหวัง มีพลังในการดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพจิตอาสา  
ไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบทของชุมชนอื่น เพื่อ

รองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้อง  
กับแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อ  
ความผูกพันทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ สร้างเสริมทักษะ  
ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น และพัฒนาศักยภาพจิต  
อาสา รวมทั้งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะเวลานาน  
ขึ้น เนื่องจากความผูกพันด้านจิตวิญญาณนั้นเป็นการ  
ประเมินในมิติที่ลึกซึ้ง และควรศึกษาเกี่ยวกับความ  
ผูกพันทางจิตวิญญาณของจิตอาสาที่มีการดูแลผู้สูงอายุ  
ในระยะยาวด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง  
เสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้สนับสนุนทุนวิจัย และให้คำ  
ปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ดีมาโดยตลอด จนทำให้งาน  
วิจัยดังกล่าว สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอขอบคุณ  
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายทุก  
ท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

- Jaiwongpab, S., Soivong, P., Sittisombut, S., & Somrarnyart. M. (2017). Spiritual health among  
relatives of critically ill patients. *Nursing Journal*, 44(4), 36-48. (in Thai)
- Loskultong, P., & Sritanyarat, W. (2013). Development of long term care service system for  
community older persons in the context of a secondary care hospital. *Journal of Nursing  
Science & Health*, 37(2), 128-139. (in Thai)
- Mongkhonittivech, N., & Yaemmisri, W. (2016). Factors predicting spiritual well-being among the  
elderly with chronic illness in Maeyeang municipality, Mueang District, Chiang Rai Province.  
*Journal of Nursing Science & Health*, 39(2), 1-11. (in Thai)
- Matrakul, M., & Mongkhonittivech, N. (2018). Situation analysis of care by volunteers for elders  
with chronic diseases in Mae-Ngoen municipality, Chiang Saen District, Chiang Rai Province.  
*Journal of Nursing Science & Health*, 41(2), 69-79.
- National Statistical office Thailand. (2014). *Census*. Retrieved from <http://www.nso.go.th/sites>

- Narin, R., & Meephan, R. (2015). Community health care management innovation: 'Ar Sa Pun Suk' (Happiness sharing volunteer). *Nursing Journal*, 42(4), 1-11. (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Prasatkul, P. (2014). *Annual Report, Situation of the Thai Elderly, 2013*. Nonthaburi: Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. (in Thai)
- Panphadung, S., Nilmanat, K., & Kitrungrrote, L. (2016). Impact of a Buddhism-Based spiritual wellbeing promotion programme on the spiritual wellbeing of family caretakers responsible for hospitalized advanced gynaecological cancer patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(1), 16-28.
- Promkeawngam, S., & Namwong, A. (2017). The spiritual well-being of community-dwelling Thai older people with chronic illness. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(3), 204-213. (in Thai)
- Siripanit, B. (2009). *Thai elderly situation. Presented in an academic conference Thai Elderly care*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Sawilo, P. (2007). *Fill your life with volunteering*. Bangkok: Buddhika network. (in Thai)
- Saengsakorn, P. (2011). *Synthesis of knowledge about spiritual health in the context of Thai society*. Bangkok: Srinakharinwirot University.
- Sangchart, B. (2014). Spiritual well-being and good death. *Journal of Nursing Science & Health*, 37(1), 147-156. (in Thai)
- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2014). *The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture*. Health system research institute. Retrieved from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/5535>. (in Thai)
- Wirojratana, V., Amnatsatsue, K., Sasat, S. & Malathum, P. (2014). Improvement of healthcare services for dependent elders. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(3), 104-115. (in Thai)
- World health organization. (2015). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>