แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล

ปรีญานงค์ ดงหงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558

Copyright by Mahidol University
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล

.....

นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีณา ศิริสุข,

Dr. P.H. (Health Psychology)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์มัลลิกา มัติโก,

สค.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรารักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ,

พ.บ., อ.ว.(อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ), MM (clin epi)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D.(Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์พิมพวัลย์ บุญมงคล,

Ph.D. (Medical Anthropology)

ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2558

รองศาสตราจารย์วรรณวิภา ปสันธนาทร, สส.ด. (การบริหารสังคม) กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์ ผู้วิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, พ.บ., อ.ว.(อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ), MM (clin epi) กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เชอร์เรอร์, Ph.D. (Health and Social Welfare) ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
รองศาสตราจารย์มัลลิกา มัติโก, สค.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) กรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีณา ศิริสุข, Dr. P.H. (Health Psychology) กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ์, พ.บ., Ph.D.(Biochemistry) คณบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	รองศาสตราจารย์วริยา ชินวรรโณ, Ph.D. คณบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร. วีณา ศิริสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในราชการและนอกราชการ ช่วยให้คำแนะนำ ตรวจสอบ ตลอดจนข้อคิดเห็นในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ อีกทั้งยังคอยให้ความห่วงใยเอาใจใส่แก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบคุณ ผศ.ดร. เพ็ญจันทร์ เชอร์เรอร์ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ ร่วมทั้ง รศ.ดร. มัลลิกา มัติโก, ผศ.แพทย์หญิงวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ และ รศ.ดร. วรรณวิภา ปสันธนาทร คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ช่วยให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังขอกราบขอบคุณ รศ.ดร. พิมพวัลย์ บุญมงคล ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิตที่คอยให้การช่วยเหลือโดยตลอดมา และ อ.ดร. ดรุณี ภู่ขาว ที่คอยเป็นห่วงเป็นใยสอบถามสารทุกข์สุขดิบผู้วิจัยอยู่เสมอมา และต้องขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้อันมีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษาในคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมไปถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรทุกท่าน ที่ได้อำนวยความสะดวกและคอยให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา นอกจากนี้ยังขอขอบคุณอาจารย์พี่ไอซ์ ไชยันต์ สกุลศรีประเสริฐ ที่คอยเป็นที่ปรึกษามาตลอดทั้งในการเรียนและการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอกราบขอบคุณ คุณพ่อทวีศักดิ์ คุณแม่สมส่วน ครอบครัวและญาติพี่น้องทุกคนในการให้ความช่วยเหลือและคอยห่วงใยเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด รวมทั้งเพื่อนๆทุกคนที่คอยกดดันและเป็นกำลังใจให้รีบทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สำเร็จ และที่จะขาดไม่ได้คือขอขอบคุณพี่ๆน้องๆอัษฎางค์ 9 เหนือ โรงพยาบาลศิริราช เป็นอย่างมากที่คอยให้แลกเวรเพื่อมาเรียนร่วมทั้งการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆต่อผู้วิจัยเสมอมา ทำให้ผู้วิจัยสามารถฟันฝ่าอุปสรรคจนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ปรีญานงค์ ดงหงษ์

Copyright by Mahidol University

แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล

THE TREND OF 'BEING ACTIVE AGEING PERSONS' AFTER RETIREMENT: A DELINEATED MODEL OF OPTIMISM, BURNOUT, AND WORKLOADS AMONG NURSES

ปรีญานงค์ ดงหงษ์ 5436954 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วีณา ศิริสุข, Dr. P.H., มัลลิกา มัติโก, Ph.D.,
วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, M.D., MM (CLIN EPI)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพใน 3 มิติ (สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเจาะจงเลือกกรอบประชากรเฉพาะพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งสิ้น 191 คน แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์จำนวน 136 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน และแผนกในการทำงาน แต่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมองโลกในแง่ดี โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($p < 0.023$, $p < 0.005$, $p < 0.026$, และ $p < 0.044$ ตามลำดับ) และร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณได้ร้อยละ 19.7 จากผลการศึกษาครั้งนี้ซึ่งพบว่าปัจจัยความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน รวมทั้งภาระงาน และการมองโลกในแง่ดีมีความสำคัญต่อแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ ดังนั้นในแต่ละแผนกการทำงานควรจัดงานที่มีความเหมาะสมและมีชั่วโมงการทำงานที่ไม่มากหรือน้อยเกินไปเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน รวมทั้งควรมีการส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีและภาคภูมิใจในตนเอง แก่พยาบาลวัยก่อนเกษียณร่วมด้วย

คำสำคัญ : การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ / ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน / การมองโลกในแง่ดี / ภาวะงาน / การเกษียณ / พยาบาลวัย

Copyright by Mahidol University

209 หน้า

THE TREND OF 'BEING ACTIVE AGEING PERSONS' AFTER RETIREMENT: A DELINEATED MODEL OF OPTIMISM, BURNOUT, AND WORKLOADS AMONG NURSES

PREYANONG DONGHONG 5436954 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VEENA SIRISOOK, Dr. P.H,
MULLIKA MUTTIKO, Ph.D., VARALAK SRINONPRASERT, M.D., MM (CLIN EPI)

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationships of burnout, optimism, and workloads of nurses who were retiring and also to predict the trend of 'being active ageing persons' in three dimensions (health, participation and security). The population of the study were nurses who received a nursing degree, registering as a nursing and midwifery entrepreneur. The participants were selected from a population frame of nurses aged 55 years and over working at a tertiary hospital in Bangkok. The total number of target nurses was 191. However, only 136 nurses returned and completed the questionnaires. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression.

The results showed that the trend of 'being active ageing persons' could be negatively significant, predicted by burnout, working hours/day, and the work department, but there was a positively significant association with optimism ($p < 0.023$, $p < 0.005$, $p < 0.026$, and $p < 0.044$, respectively). The predictive model of 'being active ageing persons' after their retirement could explain 19.7 percent of the total variance of prediction. The findings proved that both burnout, and workloads, together with optimism, were significant for understanding the trend of 'being active ageing persons' in nurses. Therefore, each department should have appropriate workloads in order to reduce burnout. Moreover, nurses should be encouraged to be optimistic and be proud of themselves.

KEY WORDS: ACTIVE AGEING/ BURNOUT/ OPTIMISM/ WORKLOAD/
RETIREMEMT/ NURSE

Copyright by Mahidol University

209 pages

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**จ**
สารบัญตาราง		**ซ**
สารบัญภาพ		**ฎ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	6
	1.3 ขอบเขตของวิจัย	7
	1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	7
	1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรม**	**9**
	2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Ageing)	10
	2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (Burnout) และภาระงาน (Workload)	26
	2.3 การมองโลกในในแง่ดี (Optimism)	37
บทที่ 3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	**48**
	3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง	48
	3.2 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	48
	3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	49
	3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	58
	3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
	3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	59

Copyright by Mahidol University

สารบัญ(ต่อ)

		หน้า
บทที่ 4	**ผลการวิจัย**	**61**
	4.1 ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ	61
	4.2 ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	64
	4.3 ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	67
	4.4 การมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	72
	4.5 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	79
	4.6 การทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	110
บทที่ 5	**สรุปและอภิปรายผลการศึกษา**	**113**
	5.1 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย	113
	5.2 ข้อเสนอแนะ	143
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย		**146**
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ		**162**
บรรณานุกรม		**175**
ภาคผนวก		**183**
ประวัติผู้วิจัย		**209**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมิติสาเหตุ มิติความสม่ำเสมอ มิติการแผ่ขยายกับการมองโลกในแง่ดี	55
4.1	จำนวนและร้อยละของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร	63
4.2	ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	66
4.3	ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	68
4.4	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ ละด้าน	69
4.5	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ ละด้านเมื่อปรับฐานคะแนน	69
4.6	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	70
4.7	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล	71
4.8	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ	72
4.9	ระดับการมองโลกในแง่ดี	73
4.10	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีโดยรวมของแต่ละมิติ	74

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.11	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติสาเหตุของการ เกิดสถานการณ์ที่ดีจำแนกตามข้อกระทง	75
4.12	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติสาเหตุของการ เกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง	76
4.13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติความสม่ำเสมอของการเกิดสถานการณ์ดีจำแนกตามข้อกระทง	76
4.14	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติความสม่ำเสมอ ของการเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง	77
4.15	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติการแผ่ขยายของการเกิดสถานการณ์ที่ดีจำแนกตามข้อกระทง	78
4.16	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติการแผ่ขยายของ การเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง	78
4.17	แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	81
4.18	แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำแนก ตามรายละเอียดกิจกรรมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	88
4.19	แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต จำแนกตามรายละเอียดความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	94
4.20	แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง	97

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.21	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่อปรับฐานโครงสร้างและจำนวนข้อกระทงจำแนกตามคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละด้าน	98
4.22	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร	100
4.23	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมองโลกในแง่ดี จำแนกตามลักษณะทางประชากร	101
4.24	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จำแนกตามลักษณะและภาระงาน	101
4.25	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำแนกตามลักษณะและภาระงาน	102
4.26	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมองโลกในแง่ดี จำแนกตาม ลักษณะภาระงาน	103
4.27	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมี คุณภาพ จำแนกตามลักษณะภาระงาน	104
4.28	ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีและแนวโน้ม การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ กับลักษณะทางประชากรและภาระงาน	105
4.29	ค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี ลักษณะประชากรและภาระงาน	106
4.30	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมี คุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามลักษณะภาระงาน	107

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.31	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมี คุณภาพด้านการมีส่วนรวม จำแนกตามลักษณะภาระงาน	108
4.32	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมี คุณภาพด้านความมั่นคงในชีวิต จำแนกตามลักษณะภาระงาน	109
4.33	ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละมิติกับลักษณะทางประชากรและภาระงาน	110
4.34	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดี เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	111
4.35	ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	112

Copyright by Mahidol University

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
2.1	การระบุเหตุแห่งพฤติกรรมของบุคคลที่มองโลกในแง่ดี	43
2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	47

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางกระบวนการวิทยาศาสตร์ที่มีการพัฒนาและค้นพบวิทยาการใหม่ๆอย่างไม่หยุดยั้ง โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ช่วยลดอัตราการตายในวัยทารก วัยเด็ก และช่วยลดอัตราการตายก่อนวัยสมควรจากโรคติดเชื้อ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวัน และกาญจนา เทียนลาย, 2555) นอกจากนั้นการประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเกิดลดลงโดยเกิดขึ้นพร้อมๆกับประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น จากรายงานของสหประชาชาติพบว่าปัจจุบันในจำนวนประชากรโลกกว่า 7 พันล้านคน มี 893 ล้านคนหรือ 12.8% อายุมากกว่า 60 ปี และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอีกราว 200 ล้านคน ภายในอีก 10 ปีข้างหน้า ซึ่งเท่ากับว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 1,000 ล้านคน ภายในปี 2565 โดยคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุประมาณ 80% จะอาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (ศูนย์โลกสัมพันธ์ไทย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555)

เช่นเดียวกันกับประเทศไทยซึ่งมีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น โดยเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 69.5 ปี ส่วนเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 76.3 ปี (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับโอกาสในการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ตลอดจนการดำเนินนโยบายด้านประชากรที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและการวางแผนครอบครัวที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและขณะนี้กำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (ageing population) นั้นคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) โดยพบว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยมีประชากร 63.9 ล้านคน โดยเพิ่มจากประชากรในปี พ.ศ.2549 ประมาณ 2.5 ล้านคน และจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ.2553 มี

Copyright by Mahidol University

รวมทั้งสิ้น 7.5 ล้านคน เพิ่มจากปี พ.ศ.2549 ประมาณ 9 แสนคน ในขณะที่จำนวนประชากรวัยเด็ก คือ อายุ 14 ปีและน้อยกว่ามีแนวโน้มที่จะลดลงอย่างต่อเนื่องโดยลดลงจาก 13.1ล้านคนในปี พ.ศ.2549 เป็น 12.4 ล้านคนในปี พ.ศ.2553 ส่วนประชากรในวัยแรงงาน คือ ผู้มีอายุ 15-59 ปี ถึงแม้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นแต่การเพิ่มขึ้นของประชากรกลุ่มนี้เป็นไปอย่างช้าๆ เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงประชากรสูงอายุทั้งด้านจำนวนและสัดส่วน ในปีพ.ศ. 2553 มีประชากรสูงอายุไทยทั้งสิ้นประมาณ 11.7% ของประชากรทั้งประเทศ (7.5 ล้านคน) โดยจำแนกเป็นประชากรสูงอายุวัยต้น คือ อายุ 60-69 ปี 6.4% ผู้สูงอายุวัยกลาง คือ อายุ 70-79 ปี 3.8% และผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป 1.5% ตามลำดับ ทั้งนี้มีแนวโน้มให้เห็นว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553, 2553) ดร.สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์ นักวิชาการอาวุโส ฝ่ายวิจัยทรัพยากรมนุษย์และพัฒนาสังคม สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้กล่าวว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่า 10% ขึ้นไป หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงอายุในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่า 7% ขึ้นไป (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2554)

การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเอง ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ทั้งนี้โดยผลต่อตัวผู้สูงอายุเองจากการเปลี่ยนแปลงหรือการเสื่อมสภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ลดลง ความต้านทานต่อโรคลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม จากการที่เคยเป็นแรงงานและเป็นกำลังการผลิตให้แก่ครอบครัวและสังคม กลับต้องเปลี่ยนสภาพมาเป็นภาระและต้องพึ่งพาคนในวัยทำงานอื่น ๆ จากข้อมูลที่มีอยู่และการฉายภาพในอนาคตอาจสรุปได้ว่า ในปี พ.ศ.2553 มีประชากรแรงงานโดยเฉลี่ย 6 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และจะลดลงเหลือประชากรแรงงานเพียง 2 คนในปี พ.ศ.2573 ซึ่งจะส่งผลให้คนวัยแรงงานและสังคมมีภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553, 2553) ยิ่งไปกว่านั้นแนวโน้มของปัญหาภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น และจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549) ข้อมูลเหล่านี้จึงเป็นภาพสะท้อนให้เห็นความสำคัญ ความจำเป็นในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่

Copyright© by Mahidol University

วัยสูงอายุของประชากรและอาจรวมไปถึงความจำเป็นในการจัดสรรทรัพยากร การจัดบริการในด้านต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีศักยภาพเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ยืนยาว

อย่างไรก็ตามการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นขณะนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเสมอไป (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549) ในทางกลับกันผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงหากไม่มีการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เข้าสู่ประเทศสมาชิกในการประชุม The Second United Nations World Assembly on Ageing ที่เมือง Madrid ประเทศสเปน ในปี ค.ศ. 2002 เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุทั่วโลกโดยกำหนดให้เป็นเป้าหมายที่ต้องดำเนินการบรรลุให้ถึงและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลก (WHO, 2002) การสูงวัยอย่างมีคุณภาพมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการคือ (1) สุขภาพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงความเป็นอิสระและสามารถพึ่งพาตนเองได้ (2) การมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในกิจกรรมครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจในตนเอง และ (3) ความมั่นคงในชีวิต โดยจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และลดความไม่เท่าเทียมกันของผู้สูงอายุในสังคม องค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับวัย ทำให้ลดอัตราการพึ่งพาในวัยสูงอายุลง และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีศักยภาพมากขึ้น (WHO, 2002) และเช่นเดียวกันประเทศไทยเป็นประเทศสมาชิกที่ได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) มาปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของสังคมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุในประเทศที่เกิดขึ้น

พยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควรที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุในอนาคต จากข้อมูลสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยพบว่าในปี 2551 มีพยาบาลขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ทั้งหมดจำนวน 118,087 คน ในปี 2552 มีพยาบาลทั้งหมด 155,697 คน และในปี 2553 มีพยาบาลทั้งหมด 125,250 คน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสวงดี, 2555) หรือในอีกมุมหนึ่งของความจำเป็นต้องเพิ่มบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลที่พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชากร 400 คน และในอนาคตเมื่อประเทศไทยพัฒนาขึ้นก็อาจมีสัดส่วนเปลี่ยนไป ทำให้จำนวนประชากรพยาบาลเพิ่มมากขึ้นดังในประเทศที่เจริญแล้วอย่างญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกาที่มีสัดส่วนของพยาบาล 1 คน ต่อ ประชากร 200 คน (กฤษดา แสวงดี, 2556) อย่างไรก็ตามขณะนี้ยังมีจำนวนพยาบาลน้อยกว่าที่ควรจะเป็นทำให้พยาบาลไทยต้อง

Copyright by Mahidol University

ทำงานหนักเนื่องจากมีภาระงานที่มากแต่มีจำนวนบุคลากรพยาบาลที่จำกัด ดังเห็นได้จากหลังเริ่มใช้นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในปี 2546 มีผู้ป่วยนอกเข้ามาใช้บริการ 111.95 ล้านครั้ง ในปี 2551 เพิ่มเป็น 128.73 ล้านครั้ง และในปี 2546 มีผู้ป่วยในที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล 4.3 ล้าน จนในปี 2551 เพิ่มเป็น 4.95 ล้านราย ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้ภาระงาน (workload) ของพยาบาลมีเพิ่มขึ้นและจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่เสมอๆ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ตลอดเวลา จำเป็นต้องทำงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่ายซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานของบุคคลทั้งด้านจิตใจ นิสัย อารมณ์ ประสบการณ์ และบทบาทหน้าที่ จึงอาจพบปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรในการทำงานได้เสมอๆ กับทั้งพยาบาลยังต้องทำงานท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่มีแต่ผู้ป่วย ต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเป็นความตาย ความทุกข์ทรมานและภาวะความกดดันอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเข้าทำงานเป็นกะอย่างต่อเนื่องมากกว่าเวลาราชการปกติ โดยเมื่อเทียบกับราชการทั่วไปจะมีการทำงานเข้าเวรเดือนละประมาณ 22 วัน หรือประมาณ 22 เวร แต่สำหรับพยาบาลจะเข้าเวรเดือนละประมาณ 32 เวร (กฤษดา แสวงดี, 2556) ซึ่งเป็นชั่วโมงการทำงานที่มาก ทำให้พยาบาลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่อหน่ายและจำเจ ยิ่งไปกว่านั้นการได้รับผลตอบแทนที่ไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์และตนเองต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจ ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาให้ลดลงได้ ก็จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้นซึ่งจะมีอาการแสดงของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (burnout) จะมีแนวโน้มการลาออกหรือโอนย้ายสูง โดยพบว่ามีพยาบาลลาออกจากระบบราชการ ประมาณ 3,000 คนต่อปี ทำให้เกิดการสูญเสียและสิ้นเปลืองงบประมาณในการผลิตบุคลากรเพื่อทดแทน (มานิต นพอมรบดี, 2552) แต่สำหรับพยาบาลบางคนที่มีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนงานได้น้อย ก็ต้องทนทำงานต่อไป หากไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาอาการเหนื่อยหน่ายลงได้ก็จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดงาน มาทำงานสาย ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน และทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปมองภาพพจน์ของวิชาชีพพยาบาลต่ำลงไปด้วย นอกจากนี้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานยังจะส่งผลต่อการเสื่อมถอยของสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาลเอง (Muldary, 1983)

โดยโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ มีเตียงรองรับผู้ป่วยได้ประมาณ 2,200 เตียง มีผู้ป่วยนอกเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลวันละประมาณ 1 หมื่นคน รวมแล้วปีละประมาณ 3 ล้านคน ปัจจุบันมีอาจารย์แพทย์ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้าน

Copyright by Mahidol University

ต่างๆ รวมทั้งสิ้นกว่า 1.3 หมื่นคน (คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ, 2554) และพยาบาลถือเป็นบุคลากรสำคัญกลุ่มใหญ่ของโรงพยาบาล

สำหรับบุคลากรพยาบาลของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพขณะนี้ (2555) มีทั้งหมด 2,800 คน โดยเป็นพยาบาลระดับบริหาร 230 คน เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ 2,670 คน พยาบาลเหล่านี้มีอายุงาน 21-25 ปี จำนวน 165 คน อายุงาน 26-30 ปี จำนวน 233 คน และมีอายุงาน 31 ปีขึ้นไป จำนวน 290 คน (ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ, 2555) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละวันแล้วจะพบอัตราส่วนของพยาบาลยังมีจำนวนน้อยมาก ทำให้พยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้มีภาระงานที่มาก ซึ่งอาจทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน นอกจากปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ทั้งด้านปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยด้านบุคคลแล้ว ปัยจัยด้านบุคลิกภาพซึ่งเป็นปัจจัยภายในยังอาจมีผลให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่าย พยาบาลมักเป็นกลุ่มบุคคลที่ไวต่อความรู้สึก ขี้สงสาร เนื่องจากได้รับการปลูกฝังค่านิยมในการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมักมีความคาดหวังสูง เมื่อพบเห็นความทุกข์ยากของผู้อื่นก็จะเกิดความคับข้องใจ เพราะต้องการให้ความช่วยเหลือแต่ไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวัง ทำให้เกิดความเครียดและเนื่องจากพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในทำนองนี้เป็นประจำ จึงนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ (Muldary, 1983) แต่หากพยาบาลมีบุคลิกภาพที่มองโลกในแง่ดีจะมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา มีสติในการควบคุมสถานการณ์ มีแรงจูงใจที่เข้มแข็ง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการหรือควบคุมปัญหา และเชื่อว่าสุดท้ายปัญหาต่างๆจะผ่านพ้นไป จึงมีความพยายามที่จะจัดการกับปัญหาจนกว่าจะสำเร็จหรือมีทักษะในการหลีกเลี่ยงปัญหา กล่าวอีกนัยหนึ่งเนื่องจากงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดหรือภาวะกดดันอยู่เสมอ พยาบาลที่มองโลกในแง่ดีจะสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีสาเหตุมาจากตนเอง เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าสาเหตุของปัญหามาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งจะเป็นลักษณะการมองโลกในแง่ดีก็จะมีความรู้สึกที่ดี มีความหวังและคาดว่าจะแก้ปัญหาได้ หรือหากพบว่าสาเหตุมาจากตนเองก็จะไม่ตำหนิตนเองจนเกินไป แต่จะมีแรงกระตุ้นในการแก้ไขปรับปรุงข้อผิดผลาดและพยายามแก้ไขให้ดีที่สุด ไม่หมดกำลังใจในการปฏิบัติงานกับทั้งเชื่อมั่นว่ามีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ จึงทำให้พยาบาลที่มองโลกในแง่ดีทำงานได้อย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสร้างความพึงพอใจและประทับใจให้กับผู้มารับบริการ (ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดและกดดัน

Copyright by Mahidol University

นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังเป็นปัจจัยที่จะส่งผลให้พยาบาลมีสุขภาพดี จากการศึกษาของ Scheier และคณะ (อาทิตา กลับเพิ่มพูล, 2549 อ้างใน ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) พบว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วย ลดระดับความเครียด ช่วยให้เป็นผู้มีความความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญกับภาวะตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยเพิ่มระดับความสำเร็จให้มากขึ้น การมองโลกในแง่ดีนับเป็นอุปนิสัยที่ค่อนข้างจะคงตัวแต่ก็เป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมขึ้นมาได้ ดังนั้นพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุก็ยังคงมีลักษณะการมองโลกในแง่ดีอยู่ จากการการศึกษาของ Miller และคณะ พบว่าผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดี จะเป็นผู้มีจิตใจร่าเริง ไม่ซึมเศร้าหรือว้าเหว่ และไม่หมกมุ่นอยู่กับความเสื่อมของร่างกาย สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีความสุขในการดำเนินชีวิต เห็นคุณค่าของตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ (Miller, et al.,1986 อ้างใน เสาวณีย์ พงผึ้ง, 2542)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการเป็นผู้มองโลกในแง่ดีของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณ เพื่ออธิบายถึงการผันแปรของตัวแปรเหล่านี้ในวงจรนี้ เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการทำนายการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในอนาคตของพยาบาลเมื่อเกษียณว่าได้หรือไม่เพียงใด โดยการศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในพยาบาลวัยก่อนเกษียณนี้ จะช่วยให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพแม้ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย อันจะเป็นประโยชน์อย่างมากด้วยอาจนำไปสู่การดำเนินการเพื่อการเตรียมความพร้อมของพยาบาลซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มสำคัญกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งในงานสุขภาพและในสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

(1) เพื่อศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(2) เพื่อศึกษาภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(3) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(4) เพื่อศึกษาการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

Copyright by Mahidol University

(5) เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(6) เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการศึกษา

1.3 ขอบเขตของวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและเป็นโรงเรียนแพทย์ กับทั้งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โดยเป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ จึงเป็นโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพวัยก่อนเกษียณที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้จึงอาจมีความเฉพาะเจาะจงอันอาจมีความจำกัดในการขยายขอบเขตของผลการวิจัยนี้ไปยังพยาบาลวิชาชีพวัยก่อนเกษียณที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลอื่นๆ

1.4 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

(1) พยาบาลวัยก่อนเกษียณ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และต้องเป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัยผู้ปฏิบัติงานพยาบาลเป็นประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งที่เจาะจงเลือกศึกษาในกรุงเทพโดยมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป

(2) แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ หมายถึง โอกาสในการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี คงการมีส่วนร่วมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องหลังเกษียณจากงานประจำ และต้องมีความมั่งคงปลอดภัยในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระในอนาคต สำหรับการศึกษาครั้งนี้จะวัดองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนี้ จากการประเมินของพยาบาลเอง

(3) ภาระงานพยาบาล หมายถึง ปริมาณงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการพยาบาล งานสนับสนุนการพยาบาล หรืองานบริหารทางการพยาบาลและงานควบคุมคุณภาพการพยาบาล ซึ่ง

Copyright by Mahidol University

รวมทั้งงานที่ไม่เกี่ยวข้องตามภารกิจหน้าที่ของพยาบาลแต่ได้รับมอบหมายจากองค์กร นอกจากนี้ยังรวมถึงภาระงานตามการรับรู้ของพยาบาล

(4) ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน หมายถึง ความรู้สึกทางลบที่มีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกายและพฤติกรรมในการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) พยาบาลจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (depersonalization) พยาบาลจะมีทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและงานที่ตนเองรับผิดชอบ และด้านความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จลดลง (decreased personal accomplishment) พยาบาลจะเกิดความรู้สึกและมีทัศนคติในทางลบต่อตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้จะวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสลาช (Maslach Burnout Inventory : MBI) เป็นแนวทางในการวัดตัวแปรนี้

(5) การมองโลกในแง่ดี หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวพยาบาลเองในทางด้านบวก ทำให้ไม่หมดกำลังใจ สิ้นหวังหรือเศร้าหมองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาโดยครอบคลุมใน 3 มิติ คือ มิติสาเหตุ โดยพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกชื่นชมตัวเองเมื่อมีเหตุการณ์ดีๆเกิดขึ้นและเชื่อว่าเป็นผลมาจากตนเอง ในทางกลับกันเมื่อเกิดเหตุการณ์เลวร้ายจะโทษสิ่งภายนอกโดยมิได้โทษว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง และอีก 2 มิติคือ มิติความสม่ำเสมอและมิติการแผ่ขยาย โดยจะเชื่อว่าผลลัพธ์ที่ดีจะคงอยู่ตลอดไปให้ผลถาวรและจะส่งผลดีต่อชีวิตในด้านอื่นๆอย่างทั่วถึง และเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เลวร้ายก็เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่คงอยู่ตลอดไป เกิดขึ้นเพียงบางสถานการณ์เท่านั้นไม่ขยายไปสู่เหตุการณ์อื่น ในการศึกษาครั้งนี้จะวัดตัวแปรตัวนี้โดยใช้แบบสอบถามรูปแบบการอนุมานสาเหตุของเซลิกแมน (The Seligman Attributional Style Questionnaire : SASQ) เป็นแนวทางในการวัด

(6) ลักษณะงานของพยาบาล หมายถึง งานที่ได้รับมอบหมายตามตำแหน่งหน้าที่ในการทำงานทางการพยาบาล โดยในการวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งลักษณะงานการพยาบาลตามตำแหน่งการทำงานทางการพยาบาลดังนี้คือ ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการในระดับต่างๆ และตำแหน่งพยาบาลบริหารทางการพยาบาล โดยพยาบาลที่มีตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่แตกต่างกันจะมีลักษณะงานที่แตกต่างกันด้วย

Copyright by Mahidol University

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาครั้งนี้นอกจากช่วยให้ทราบถึงภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ รวมทั้งได้ทราบถึงระดับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลกลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการมองโลกในแง่ดี ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยช่วยลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล และข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้ทราบแนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณ เป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคต นอกจากนี้ยังอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยเรื่องการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในด้านอื่นๆ และใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

จากวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัยของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการทำวิจัย โดยได้รวบรวมและสรุปสาระสำคัญเพื่อนำเสนอในบทนี้และการแบ่งนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ โดยเริ่มจากจากแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ตามมาด้วยแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะและภาระงาน (workload) ความเหนื่อยหน่าย (burnout) และแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี (optimism)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Active Ageing)

แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เป็นแนวคิดที่ริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในปลายปี ค.ศ. 1990 เพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วโลกโดยกำหนดให้เป็นเป้าหมายที่ต้องดำเนินการบรรลุให้ถึงและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการประสบความสำเร็จในการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเกิดลดลงและประชากรมีชีวิตยืนยาวขึ้น เกิดปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ (rapidity of population ageing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาอย่างเช่นประเทศไทย ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population ageing) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) จากภาวะประชากรผู้สูงอายุของประเทศส่งผลส่วนหนึ่งให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับทุกขภาระซ้ำซ้อนด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อที่กลับมาเป็นปัญหาใหม่ เช่น มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ทำให้ประชากรจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตอย่างทุกข์ทรมานโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเอดส์ ขณะเดียวกันโรคไม่ติดต่อที่เป็นโรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ อาทิ โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและอุบัติเหตุ ซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพ โดยภาวะทุพพลภาพจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

Copyright by Mahidol University

ตามจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในบริการทางด้านสังคมและสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มที่จะขยายตัวมากขึ้น และจากทัศนคติในทางลบต่อผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย สร้างประโยชน์ได้น้อยและต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็ทำให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งถูกทอดทิ้ง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุและสมาคมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ, 2547)

สืบเนื่องจากปัญหาภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population ageing) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม สภาวะเศรษฐกิจ การจ้างงานตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศต่างๆอย่างต่อเนื่องในระยะยาว องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เข้าสู่ประเทศสมาชิกในการประชุม The Second United Nations World Assembly on Ageing ที่เมือง Madrid ประเทศสเปน ในปี ค.ศ. 2002 (WHO, 2002) ซึ่งการประชุมในครั้งนี้มีจุดประสงค์ที่จะผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ให้เป็นนโยบายของประเทศสมาชิกโดยปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทของแต่ละสังคม เพื่อลดอัตราการพึ่งพาในวัยสูงอายุลงและช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีศักยภาพมากขึ้น (WHO, 2002)

2.1.1 ความหมายของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ถูกปรับเปลี่ยนมาจากแนวคิด “ความจำเป็นพื้นฐาน” (need-based) อันประกอบด้วยความจำเป็นด้านร่างกาย คือ การมีสุขภาพที่แข็งแรง ได้รับประทานอาหารที่ถูกลักษณะตามวัย มีผู้ดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทันท่วงที และความจำเป็นด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการการได้รับการยอมรับ การเคารพนับถือและการแสดงออกถึงความมีคุณค่าเหมือนดังแต่ก่อน ผู้สูงอายุมีความจำเป็นด้านสังคมและเศรษฐกิจโดยต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม ต้องการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมทั้งด้านความเป็นอยู่ รายได้ การบริการจากรัฐ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ , 2554) ซึ่งมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายแบบถูกกระทำ (passive targets) มาเป็นแนวคิด “สิทธิขั้นพื้นฐาน” (rights-based) มาจากหลักพื้นฐานผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับอันประกอบด้วย หลักการมีอิสระ (independence) หลักการมีส่วนร่วม (participation) การได้รับการดูแล (care) การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง (self-fulfillment) และความมีศักดิ์ศรี (dignity) อันเป็นการตระหนักถึงสิทธิของประชากรวัยสูงอายุอย่างเท่าเทียม อันเป็นการปฏิบัติในทุกมิติของชีวิต ตามวัยหรือเหมาะสมกับอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

Copyright by Mahidol University

(active ageing) มีความหมายที่ครอบคลุมและคาบเกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (healthy ageing) ซึ่งหมายถึง การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรค สามารถใช้ร่างกายทั้งด้านสรีรวิทยา จิตใจและสังคมให้ทำหน้าที่การทำงานได้อย่างเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการชรา และแนวคิดสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ (successful ageing) คือการเป็นผู้สูงอายุที่หลีกเลี่ยงจากโรค ความพิการ คงสภาพความสามารถของร่างกายและสติปัญญาให้ยาวนาน ทั้งคงการมีความสามารถทางเศรษฐกิจและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง แนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ยังครอบคลุมและคาบเกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุที่ยังประโยชน์ (productive ageing) (WHO, 2002) โดยหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความสามารถที่จะทำงานต่อไปหลังการเกษียณอายุทั้งเป็นงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่ก่อให้เกิดรายได้ โดยเป็นงานที่แสดงให้เห็นถึงการมีคุณค่าทางเศรษฐกิจและสังคมต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งการมีความพึงพอใจในการเป็นผู้สูงอายุ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีการฝึกทักษะเพิ่มพูนความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร, 2554)

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของ active ageing ว่า “Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.” (WHO, 2002 หน้า 12) ซึ่งมีความหมายเป็นภาษาไทยว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพดี การมีส่วนร่วมในสังคมและการมีความมั่งคงปลอดภัยในชีวิต อันนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยคำว่า “active” หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณและกิจการด้านพลเรือน (spiritual and civic affair) นอกเหนือจากการมีส่วนร่วมด้านกายภาพหรือการที่ยังสามารถทำงานในสังคมได้ แม้ผู้สูงอายุจะเกษียณจากงานประจำแล้ว ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการก็ยังสามารถมีส่วนร่วมกับครอบครัว เพื่อน ชุมชนตลอดจนประเทศชาติได้ (WHO, 2002) กล่าวคือการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) จะต้องมีความเป็นตัวตนที่อิสระ (autonomy) มีความภาคภูมิใจในตนเอง (dignity) พยายามที่จะพึ่งพาตนเองให้มากที่สุดอย่างมีอิสระ (independence) และการมีกิจกรรม (activity) ซึ่งหมายถึงการพยายามที่จะคงกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม จิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนั้นในประเทศไทยยังมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น ศาสตราจารย์ นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ได้แปล “Active Ageing” เป็นคำว่า “วัฒนพลัง” และให้ความหมายว่าเป็น กระบวนการที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม และมีหลักประกัน ในอันที่จะเสริมสร้างคุณภาพชีวิตเมื่อสูงวัย (สุทธชัย จิตะพันธ์กุล, 2547) และ

Copyright by Mahidol University

นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ได้แปลคำว่า “Active Ageing” ให้เป็นวลีไทยว่า “สูงวัยอย่างมีคุณภาพ” และให้คำจัดกัดความว่า เป็นภาวะที่เข้าสู่วัยสูงอายุโดยยังมีความคล่องแคล่ว กระตือรือร้น สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บรรลุ ศิริพานิช, 2445 อ้างอิงในจิราพร เกศพิชญวัฒนา สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549) และจิราพร เกศพิชญวัฒนาและสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2549) ได้เรียกวลีนี้ว่า “พฤฒพลัง” สำหรับการวิจัยในครั้งนี้จะใช้คำว่า “การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ” ตามศัพท์บัญญัติของนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช แทนคำว่า “Active Ageing” ในภาษาอังกฤษเพื่อใช้สื่อสารในงานวิจัยนี้ให้เข้าใจตรงกัน

2.1.2 องค์ประกอบหลักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

กรอบแนวคิดการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ได้รับแนวคิดมาจากหลักการสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องได้รับขององค์การสหประชาชาติ ที่ประกอบด้วยหลักการมีอิสระ หลักการมีส่วนร่วม การได้รับการดูแล การบรรลุความพึงพอใจในตนเอง และความมีศักดิ์ศรี โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) สรุปว่ามีองค์ประกอบหลัก 3 ประการได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งได้กำหนดปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ดังนี้

2.1.2.1 สุขภาพ (health)

สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ เสมอ สุขภาพไม่เพียงแต่หมายถึงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น แต่ยังมีความเป็นพลวัตรจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเห็นอย่างชัดเจนในทุกๆ ด้าน เช่น สุขภาพช่องปาก (oral health) จะมีผลต่อสุขภาพทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ โดยการมีสุขภาพกายที่ดีอยู่ที่สามารถรับประทานอาหารได้ เคี้ยวได้ การมีสุขภาพจิตที่ดีคือผู้สูงอายุมีความสุข ไม่เจ็บปวดในปาก และมีสุขภาพสังคมดีโดยมีความมั่นใจที่จะยิ้ม มีภาพลักษณ์ที่ดี มีความภูมิใจในตนเอง ปัญหาสุขภาพช่องปากที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น สูญเสียฟัน ปัญหาเหงือกอักเสบ โรคเกี่ยวกับเยื่อหุ้มฟัน ดังนั้นการมีสุขภาพช่องปากที่ดีย่อมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ (พัชราวรรณ ศรีศิปนันทน์, 2546) เป็นต้น สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด เพราะถ้ามีสุขภาพดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง คงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลักของการดำรงความเป็นอิสระและการพึ่งพาตนเองได้ อันเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมี

Copyright© by Mahidol University

คุณภาพ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในประเด็นทางสุขภาพ (WHO, 2002) ดังนี้

(1) ชีววิทยาและพันธุกรรม (biological and genetic determinants) กระบวนการชราจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคน โดยพันธุกรรมจะมีอิทธิพลต่อกระบวนการชรา ความยืนยาวของชีวิต ภาวะสุขภาพและการเกิดโรคทางพันธุกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุแต่ละคนที่จะมีผลจากการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย อารมณ์และสติปัญญาของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น ไม่สูบบุหรี่ สามารถปรับตัวได้ดี มีเครือข่ายทางสังคมในการเข้าถึงได้สะดวก จะสามารถช่วยลดหรือชะลอปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดความชราได้

(2) เพศ (gender) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคม โดยในหลายๆสังคมผู้หญิงจะมีทางฐานะทางสังคมต่ำ ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงภาวะโภชนาการศึกษา การทำงานที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ แต่เดิมผู้หญิงมีบทบาทในการเลี้ยงเด็กดูแลครอบครัวและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการทำงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ในขณะเดียวกันผู้ชายมีโอกาสเข้าถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มากกว่าผู้หญิง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ใช้สารเสพติด และทำงานที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสได้รับสารเคมีและอันตรายกว่าผู้หญิง ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ชายสูงอายุโดยตรง (WHO, 2002)

(3) ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) กระบวนการทางความคิดและกระบวนการทางอารมณ์ถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น สติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการแก้ปัญหาและปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสีย อันถือเป็นจุดแข็งของการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ แม้ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะถูกทดแทนด้วยความฉลาด รอบคอบและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีการเสื่อมถอยของความสามารถทางการคิดอันมักเกิดจากการหยุดใช้ความคิด การเจ็บป่วยและอาจสืบเนื่องจากปัจจัยทางจิตวิทยาอื่นๆ เช่น ขาดแรงกระตุ้น มีความคาดหวังต่ำ ขาดความมั่นใจในตนเอง ความโดดเดี่ยวและการแยกตัว รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในการเลือกที่จะกระทำ (WHO, 2002) ปัจจัยทางจิตวิทยาเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกำหนดเกี่ยวกับลักษณะการเผชิญปัญหาว่าบุคคลจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและภาวะวิกฤตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีอย่างไร ผู้ที่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยชรา จะมีการปรับตัวดีขึ้นหลังอายุ 60 ปี มี

Copyright by Mahidol University

ความหยืดหยุ่นไปตามอายุและมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาไม่ได้แตกต่างจากเมื่อตอนที่อายุน้อยกว่านี้ (WHO, 2002)

(4) พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) พฤติกรรมของบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพตลอดชีวิต ปัจจัยทางพฤติกรรมที่มีผลต่อกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) ได้แก่

- การสูบบุหรี่ (tobacco use) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดและยังเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การสูญเสียสมรรถนะในการทำหน้าที่ของร่างกาย จากการวิจัยพบว่าการสูบบุหรี่จะเป็นตัวเร่งอัตราการลดลงของความหนาแน่นของมวลกระดูกและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546) นอกจากนั้นการสูบบุหรี่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่นๆ การเกิดอุบัติเหตุและภาวะทุพพลภาพ มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงเป็นสองเท่าที่ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเสื่อมถอยลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เลย (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546)

- การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (alcohol intake) เมื่ออายุมากก็จะเริ่มเข้าสู่กระบวนการชราทำให้ระบบเมตาบอลิสมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจึงมีความไวต่อแอลกอฮอล์เร็วขึ้น การดื่มสุราจึงเป็นสาเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย เช่น ภาวะทุพโภชนาการ โรคตับ เสี่ยงต่อการหกล้ม และมีแนวโน้มที่จะได้รับอันตรายเพิ่มขึ้นหากใช้ร่วมกับยาที่รับประทานเป็นประจำ (WHO, 2002)

- กิจกรรมทางกาย (physical activity) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยชลอการเสื่อมของการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดระยะเวลาของการเกิดโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ยังคงความกระตือรือร้นย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี มีการติดต่อกับสังคมและช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความเป็นอิสระ พึ่งพาตนเองได้ยาวนานมากขึ้น ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาลง (WHO, 2002)

- การรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย (healthy eating) โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีปัญหาโภชนาการ 2 ประเภท คือ ประเภทแรกเป็นภาวะทุพโภชนาการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหาร เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ-สังคม ความยากจน การขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการหรือการเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่ำ รวมทั้งอาจมีสาเหตุมาจากโรคหรือการใช้ยา การสูญเสียฟัน และการแยกตัวจากสังคมอันทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทุพลภาพ ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาการขาดแคลเซียมและวิตามินดี ทำให้มีการสูญเสียความหนาแน่นของมวลกระดูกทำให้กระดูกหักได้ง่าย ส่วนประเภทที่สองเป็นปัญหาโภชนาการเกินโดยมีสาเหตุมาจากการบริโภค

Copyright by Mahidol University

อาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย อันนำสู่ปัญหาโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ (WHO, 2002)

- การใช้ยาและการให้ความร่วมมือในการรักษา (medication and adherence) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังหลายชนิด จึงจำเป็นที่จะต้องใช้ยามากกว่าวัยอื่นๆ และมักจะพบปัญหาการใช้ยามากเกินไปจากการไปพบแพทย์หลายแห่ง การซื้อยารับประทานเองและจากการแบ่งยากันรับประทานในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการแพ้ยาได้ง่ายจากการรับประทานยามากเกินไป อันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา รวมทั้งความชราอาจทำให้เกิดความผิดผลาดในการรับประทานยาจากการมองเห็น การได้ยิน สับสนหรือลืม ดังนั้นบางครั้งอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจึงอาจเกิดการการรับประทานยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยาอันอาจสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและหกล้มในผู้สูงอายุ (สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2546)

(5) วัฒนธรรม (culture) ในที่นี้หมายถึง ค่านิยมทางวัฒนธรรม (cultural value) และประเพณีนิยม (tradition) ของแต่ละสังคม อันเป็นตัวกำหนดกว้างๆว่าสังคมมองและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุและกระบวนการสูงอายุอย่างไร อันเป็นบรรทัดฐานให้แก่คนรุ่นหลังในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อความเป็นอยู่ พฤติกรรม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตลอดจนสุขภาพของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ประเทศในแถบเอเชียที่มีบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม คือ การให้ความสำคัญกับครอบครัวขยายและอยู่ร่วมกันในหลายๆรุ่นในบ้านหลังเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดียว รู้สึกมีคุณค่าในตนเองซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจัยทางวัฒนธรรมยังมีอิทธิพลต่อการเลือกแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ปัจจัยทางวัฒนธรรมนี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนรวมทั้งผู้สูงอายุในประเทศนั้นโดยตรง (WHO, 2002)

(6) ระบบบริการสังคม (social service systems) ในการส่งเสริมกระบวนการการสูงวัยอย่างมีคุณภาพจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับระบบบริการทางสุขภาพทุกระดับ (WHO, 2002) ดังนี้

- การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (health promotion and disease prevention) เป็นกระบวนการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองโรค เป็นต้น ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค นอกจากจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแล้วยังจะช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะพิการหรือทุพพลภาพเมื่อเป็นผู้สูงวัยลงได้ (WHO, 2002)

Copyright by Mahidol University

- บริการการรักษา (curative services) ถึงแม้จะมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นแต่บุคคลก็ยังมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นการเข้าถึงบริการทางการรักษาจึงมีความจำเป็นอย่างมาก ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้นโยบายซึ่งเดิมเคยเน้นการรักษาโรคติดต่อในระยะเฉียบพลัน ต้องเปลี่ยนแปลงไปดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระยะยาวที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลมากขึ้น รัฐมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพและพัฒนาอุตสาหกรรมในการผลิตยาที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และต้นทุนต่ำราคาไม่แพง (WHO, 2002) เพื่อให้ผู้สูงอายุซึ่งมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เข้าถึงบริการการรักษาได้ง่าย เพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีอัตราเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

- การดูแลในระยะยาว (long-term care) องค์การอนามัยโลกได้จำแนกการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวว่าอาจประกอบด้วยระบบของกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เช่น ครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน หรือผู้ดูแลที่เป็นทางการ เช่น ระบบบริการทางสุขภาพและสังคม ที่จะดูแลผู้สูงอายุซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยต้องเป็นระบบที่คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลและพึ่งพาตนเอง (WHO, 2002)

- บริการสุขภาพจิต (mental health services) การบริการทางสุขภาพจิตมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดให้อยู่ในการดูแลในระยะยาว เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียในชีวิต อันอาจนำไปสู่ปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2550)

2.1.2.2 การมีส่วนร่วม (participation)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนในกิจกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ การดำรงไว้ซึ่งวัฒนธรรมและสิทธิมนุษยชนตามความต้องการของผู้สูงอายุ (WHO, 2002) ผู้สูงอายุที่ยังคงมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากจะรู้สึกถึงความมีคุณค่ามีเกียรติภูมิแล้ว ยังรู้สึกถึงความเป็นผู้มีศักดิ์ศรี และรู้สึกว่าตนเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุตรหลานด้วย สิ่งเหล่านี้ช่วยทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสุขภาพกายตามมา (เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร์, 2548) การจะคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุจะส่งเสริมได้ด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

(1) การจัดให้มีการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต การจัดการศึกษาโดยเบื้องต้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลสามารถอ่านออกเขียนได้อันทำให้บุคคลมีความรู้ในการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ การจัดการศึกษาจะก่อให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ พัฒนาทักษะการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ กับทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปรับตัวเพื่อที่จะคงไว้ซึ่งภาวะไม่พึงพา

Copyright by Mahidol University

นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการพัฒนาและช่วยเหลือชุมชนได้อย่างเต็มศักยภาพตลอดช่วงอายุขัย (WHO, 2002)

(2) การส่งเสริมให้เกิดการตระหนักและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างกระตือรือร้นเหมาะสมกับวัย ตามความต้องการ ความถนัดและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมการมีส่วนร่วมอาจเป็นไปได้ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจที่เป็นทางการ ได้แก่ การลดความยากจนและเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ มีโครงการที่ผู้สูงอายุสามารถร่วมลงทุน การส่งเสริมการจ้างงานที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมอันเป็นงานที่มีคุณค่าตามแต่ความถนัดของแต่ละบุคคล รวมถึงการจัดทำระบบเงินกู้หรือสินเชื่อให้แก่ผู้สูงอายุ สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่เป็นทางการได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทุกเพศได้ทำงานที่มีประโยชน์ต่อชุมชนและส่วนรวม เช่น ส่งเสริมบทบาทการให้การดูแลกิจการงานบ้าน กิจกรรมอาสาสมัครที่มีความหมายและมีคุณค่า (เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร, 2554)

(3) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในครอบครัวและชุมชน โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน เน้นให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างวัย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุยังอาจมีส่วนร่วมในการวางแผน จัดทำ ประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ สังคม และกิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ ในชุมชน อย่างไรก็ตามกิจกรรมหรือโครงการต่างๆเหล่านี้พึงดำเนินการโดยต้องสนับสนุนให้ชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้สื่อมวลชนนำเสนอภาพลักษณ์เชิงบวกต่อผู้สูงอายุมิใช่เป็นวัยแห่งการพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว แต่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีความตื่นตัวหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้เป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่คนรุ่นหลัง ตลอดจนสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน และองค์กรอื่นๆที่มิได้ดำเนินการโดยรัฐที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ (เยาวลักษณ์ จิตตะโคตร์, 2548)

2.1.2.3 ความมั่นคงในชีวิต (security)

ความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุมีขอบเขตความครอบคลุมที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางเศรษฐกิจการเงิน ที่อยู่อาศัยและหลักประกันอื่นๆทางสังคม เช่น ความปลอดภัยในการมีชีวิตอยู่ ความมั่นคงด้านสุขภาพและการรับบริการสุขภาพ ซึ่งจะเชื่อมโยงกับแนวคิดด้านสุขภาพโดยในรายละเอียดจะมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ 2 ประเด็นหลัก คือ การสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยและการลดความไม่เท่าเทียมของผู้สูงอายุในสังคม โดยมีรายละเอียด (WHO, 2002) ดังนี้

Copyright by Mahidol University

(1) การสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย โดยครอบคลุมระบบคุ้มครองและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุด้วย นับเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านความมั่นคงด้านร่างกาย ด้านสิทธิโดยคำนึงถึงความต้องการตามวัยสูงอายุ ทั้งนี้สังคมและรัฐพึงสนับสนุนเครือข่ายความปลอดภัยในสังคมสำหรับผู้สูงอายุรวมถึงการป้องกันทารุณกรรมในผู้สูงอายุ (elder abuse) และครอบคลุมถึงการตัดสินความยุติธรรมสำหรับกลุ่มวัยนี้ต้องอยู่บนพื้นฐานการคำนึงถึงสิทธิของผู้สูงอายุ สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวกับความมั่งคงปลอดภัยในผู้สูงอายุ (WHO, 2002) มีดังนี้

- ตัวกำหนดที่สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (determinants related to physical environment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะส่งผลต่อภาวะพึ่งพาและไม่พึ่งพาในผู้สูงอายุ อาทิเช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยหรือพื้นที่ที่มีอุปสรรคทางกายภาพที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงออกมาได้ จะมีแน้วโน้มที่จะแยกตัว ซึมเศร้า ลดการออกกำลังกายและเพิ่มปัญหาในเรื่องการเคลื่อนไหว โดยอันตรายที่เกิดจากการอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุจะนำไปสู่การบาดเจ็บ สุขภาพเสื่อมโทรมและภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟไหม้และการพลัดตกหกล้ม โดยการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญและเกิดขึ้นบ่อย โดยมักจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก นำไปสู่ภาวะพึ่งพาหรือทุพพลภาพและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในทางตรงกันข้ามการที่ผู้สูงอายุมีที่พักอาศัยเหมาะสม ปลอดภัย (safe housing) อยู่ใกล้กับสมาชิกในครอบครัว ใกล้สถานบริการและการขนส่ง ทำให้ผู้สูงอายุยังคงการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต หากแต่ผู้สูงอายุมีฐานะยากจนอาศัยอยู่คนเดียวในที่พักไม่ปลอดภัย มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม จะเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม มีสุขภาพทรุดโทรม เจ็บป่วยและมีภาวะทุพพลภาพ นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (WHO, 2002)

- ตัวกำหนดที่สัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมทางสังคม (determinants related to social environment) โดยในเชิงลบที่สำคัญคือความรุนแรงและการทารุณกรรม(violence and abuse) ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในทางตรงข้ามในเชิงบวกคือการสนับสนุนทางสังคม โดยความรุนแรงและการทารุณกรรม ในผู้สูงอายุมักถูกกระทำจากบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวหรือสถานที่ให้การดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุรู้จักดี การทารุณกรรมในผู้สูงอายุจะเกิดในครอบครัวทุกๆระดับและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม โดยผู้สูงอายุจะถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกาย เพศ จิตใจและเศรษฐกิจ ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง (neglect) การถูกกีดกัน ถูกละทิ้งจากสังคม การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชน สิทธิทางกฎหมาย สิทธิทางการรักษาและการกีด

Copyright by Mahidol University

กันไม่ให้ตัดสินใจทั้งเกี่ยวกับสถานภาพและเศรษฐกิจ การไม่ได้รับยอมรับนับถือ การทารุณกรรม จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วย การบาดเจ็บ สูญเสียความสามารถในการเป็นผู้ผลิต และแยกตัว เกิดความสิ้นหวังในผู้สูงอายุ ในทางตรงกันข้ามการสนับสนุนทางสังคม (social support) จะเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงในชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต การเก็บกดทางจิตใจทำให้ภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุลดลง กับทั้งความโดดเดี่ยว ความขัดแย้งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับทางสังคมทำให้เกิดความเข้มแข็งทางอารมณ์ เนื่องจากวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนมากกว่าวัยอื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว แยกตัวจากสังคมได้ง่ายและมีการรวมกลุ่มทางสังคมน้อยลง (WHO, 2002) ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นที่สังคมพึงมีการสนับสนุนค่านิยมในการให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุและสนับสนุนให้เกิดกลุ่มต่างๆของผู้สูงอายุ เพื่อให้การช่วยเหลือและคงการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ (WHO, 2002)

- ตัวกำหนดด้านเศรษฐกิจ (economic determinants) ที่มีผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่มีนัยสำคัญ คือ รายได้ การคุ้มครองทางสังคมและการทำงาน โดยรายได้ (income) มีผลต่อความมั่งคงในชีวิตผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมีเศรษฐานะที่มีความมั่นคงพอสมควร ไม่มีหนี้สิน มีเงินออมไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉินและมีการใช้จ่ายอย่างพอเพียง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความมั่นคงในชีวิตและลดการพึ่งพาผู้อื่น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2550) ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีสถานะยากจนจะเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยและทุพพลภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานหรือสมาชิกครอบครัวที่จะพึ่งพาในอนาคต จะมีความเสี่ยงสูงที่จะไม่มีที่พักอาศัยหรืออยู่ในสภาพที่ขาดแคลน สำหรับการทำงาน (work) เป็นการสร้างหลักประกันในชีวิตผู้สูงอายุ แม้ว่าสภาพร่างกายจะเสื่อมถอยลงไม่เอื้อต่อการทำงานเหมือนเดิม แต่การทำงานที่ตนเองถนัด จะมีผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ มีคุณค่า ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551- 2553 ผู้สูงอายุที่มีงานทำจะมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานเล็กน้อย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมักจะทำงานในภาคเกษตรกรรม ดูแลบ้านและเลี้ยงเด็ก เป็นอาสาสมัคร เป็นผู้นำทางศาสนา ซึ่งงานส่วนใหญ่จะเป็นงานที่ไม่มีรายได้ อย่างไรก็ตามหากมีการขยายโอกาสในการทำงานของผู้สูงอายุออกไปจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานเพื่อเลี้ยงชีพและใช้ความรู้ความสามารถที่ตนเองสั่งสมมายาวนานในการทำประโยชน์ต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยจะสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนวัยแรงงานในอนาคตและยังเป็นการเพิ่มระยะเวลาในการสะสมเงินออมไว้ใช้ในอนาคตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการลดภาวะพึ่งพาต่อรัฐและประชากรวัยแรงงาน

Copyright by Mahidol University

(นงนุช สุนทรชวกานต์, 2552) ส่วนการคุ้มครองทางสังคม (social protection) ในแทบทุกประเทศทั่วโลก ครอบครัวจะเป็นแหล่งที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วผู้สูงอายุมักอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรส โดยรัฐจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ป่วยหรือพิการ ที่ไม่สามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง โดยทั่วไปรัฐจะส่งเสริมให้ประชาชนเก็บสะสมเงินออมไว้ใช้ในอนาคต ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน พึ่งพิงจากครอบครัว โดยรัฐมีการดูแลด้วยการจัดประกันสังคม จ่ายเงินบำนาญ ให้เบี้ยประกันค่าครองชีพแก่ผู้สูงอายุ (WHO, 2002)

(2) การลดความไม่เท่าเทียมของผู้สูงอายุในสังคม (reducing inequality among the elderly in society) ความไม่เท่าเทียมในสังคมของผู้สูงอายุมีสาเหตุหลักมาจากความเสื่อมลงของร่างกายตามวัย จากคนที่เคยแข็งแรงเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวต้องกลายมาเป็นผู้ที่เปราะบางหรือกลายเป็นคนทุพพลภาพเมื่อเข้าสู่วัยชรา ทำให้ผู้คนในสังคมอาจมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุว่าเป็นวัยอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไปต้องกลายเป็นภาระพึ่งพิงบุคคลอื่น เป็นผู้ที่ด้อยสิทธิไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ตนเองควรจะได้รับและเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม อันเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเท่าเทียมในสังคม ดังนั้นแนวทางที่จะช่วยลดความไม่เท่าเทียมในสังคมของผู้สูงอายุ คือ การได้รับสิทธิเท่าเทียมบุคคลอื่นในสังคมและสามารถที่ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี โดยมีการเสนอแนวทางดังนี้ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวันและกาญจนา เทียนลาย , 2555)

- การรักษาค่านิยมทางบวกที่สังคมมีต่อผู้สูงอายุ เดิมสังคมไทยมีวัฒนธรรมที่ให้เกียรติและให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ทรงความรู้ความสามารถ เป็นผู้สะสมภูมิปัญญา ผู้สูงอายุในครอบครัวเปรียบเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทร เป็นศูนย์กลางทางจิตใจของลูกหลานสมควรที่ลูกหลานต้องแสดงความกตัญญูรู้คุณ แต่ในขณะนี้สังคมได้รับเอาค่านิยมและวิถีการดำเนินชีวิตในแนวทุนนิยมและบริโภคนิยม ทั้งมีวิทยาการและเทคโนโลยีที่พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้คนรุ่นหลังเปลี่ยนค่านิยมที่มีต่อผู้สูงอายุโดยมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัวและสังคม เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูและรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ทำให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุจนอาจนำไปสู่การทอดทิ้งผู้สูงอายุ จากทัศนคติเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวันและกาญจนา เทียนลาย , 2555) ดังนั้นควรมีการสนันสนุนโดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุร่วมเป็นพลังในการพัฒนาสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์สูง เป็นเสมือนคลังสมองของชาติ ผู้สูงอายุควรนำความรู้ภูมิปัญญามาใช้ในการพัฒนาชุมชนและประเทศ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ทรงคุณค่า

Copyright by Mahidol University

สมควรได้รับการยกย่องนับถือและทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีเกียรติ มีศักดิ์ศรี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

- การลดความไม่เท่าเทียมทางด้านเศรษฐกิจ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานที่มีรายได้ โดยมีการกำหนดประเภทงาน อัตราค่าจ้างและสวัสดิการที่เหมาะสมกับวัยควบคู่กับการพัฒนาความรู้ ทักษณะทั้งทางด้านวิชาการ และการใช้วิทยาการเทคโนโลยีสมัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการประกอบอาชีพและพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความไม่เท่าเทียมในการทำงานของผู้สูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) ปัจจุบันผู้สูงอายุที่เกษียณจากการทำงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และการทำงานที่อยู่ในระบบของกองทุนประกันสังคมจะมีรายได้ยามชราจากเบี้ยบำนาญ แต่ยังมีแรงงานนอกระบบอีกเป็นจำนวนมากที่ยังไม่มีหลักประกันด้านรายได้เพื่อการดำรงชีพยามชรา รัฐจึงได้ตราพระราชบัญญัติกองทุนการออมแห่งชาติ พ.ศ. 2554 เพื่อให้หลักประกันรายได้ยามชราแก่ผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบและไม่ได้เป็นสมาชิกของกองทุนใดๆ (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง, 2554) นอกจากนี้รัฐยังได้จัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปีจะได้รับ 600 บาท อายุ 70-79 ปี จะได้รับ 700 บาท อายุ 80-89 ปีจะได้รับ 800 และอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับ 1,000 บาท (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์, 2553) ดังนั้นรัฐจะต้องมีการดำเนินการและปรับปรุงนโยบายระบบบำนาญที่ต้องประกันได้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีรายได้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตและต้องเพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นจำนวนมากในอนาคต เพื่อปกป้องความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในสังคม

- การลดความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพอนามัย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมโทรม มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ถูกทอดทิ้งและขาดรายได้ทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของรัฐ จากคำประกาศปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2555 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน ตลอดจนได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม” นั้นคือผู้สูงอายุต้องได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างเท่าเทียมกับบุคคลทุกวัย (สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2555) โดยต้องมีการจัดบริการตรวจสุขภาพด้านสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิต ประเมินความเสี่ยง มีการส่งต่อรักษาและฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังและมีฐานะยากจน มีการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปรับตัว การดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพอนามัยในพื้นที่ที่อยู่อาศัยรวมทั้งมีการจัดบริการด้านสุขภาพที่เข้าไปหาผู้สูงอายุในแหล่งชุมชนโดยตรงเนื่องจาก

Copyright by Mahidol University

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวัน และกาญจนา เทียนลาย , 2555) รัฐจำเป็นที่จะต้องมุ่งเน้นการให้บริการที่มีความจำเพาะสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น กับทั้งสนับสนุนให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ตรงกับความต้องการ ความพึงพอใจ และความสามารถในการใช้จ่ายของผู้สูงอายุ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ควรมีการจัดบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างเป็นธรรมและมีจำนวนที่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน (วณิภา ทับเที่ยง, 2555) เพราะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตและสามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้

- การลดความไม่เท่าเทียมด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการคมนาคม จะเห็นได้ว่าถนน ระบบบริการขนส่งมวลชนและอาคารหรือแม้แต่สถานที่ราชการในประเทศไทยโดยทั่วไปไม่ได้ถูกออกแบบไว้เพื่อผู้สูงอายุ เช่น สะพานลอยที่ใช้ข้ามถนนมีบันไดที่สูงชัน การจราจรมีความหนาแน่น สถานที่ราชการไม่มีทางลาดสำหรับรถเข็นสำหรับผู้พิการหรือไม่มีราวสำหรับประคองตัวเดินของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางร่างกายในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุลดการมีส่วนร่วมหรือแยกตัวออกจากสังคมจนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพกายและจิตในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ความไม่เหมาะสมของระบบการคมนาคม อาคารสถานที่ที่ไม่ได้ถูกออกแบบสำหรับผู้สูงอายุเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุจากการใช้บริการ ดังนั้นเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุจึงต้องมีการออกกฎระเบียบบังคับให้อาคารสถานที่สาธารณะต่างๆรวมทั้งอาคารสถานที่ของเอกชนอื่นๆที่ผู้สูงอายุมีโอกาสไปใช้บริการออกแบบให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ระบบขนส่งสาธารณะไม่ว่าจะเป็น รถประจำทาง รถไฟฟ้า รถไฟ ต้องออกแบบให้เอื้อต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ใช้บริการให้สามารถใช้อย่างสะดวกและปลอดภัย (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวันและกาญจนา เทียนลาย , 2555) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะกับผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจ และช่วยคงการมีส่วมร่วมกับสังคมในวัยสูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

กล่าวโดยสรุป จะเห็นได้ว่าการที่จะเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพต้องมีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ สุขภาพ การมีส่วนรวมในกิจกรรมทางสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต โดยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) อาทิเช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางกาย การเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ล้วนมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ ปัจจัยด้านชีววิทยาและพันธุกรรม (biological and genetic determinants) เป็นปัจจัยส่งผลต่อการกระบวนการการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์และ

Copyright by Mahidol University

สติปัญญาของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลต่อการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงหลายๆด้าน ส่วนปัจจัยด้านเพศ (gender) และปัจจัยด้านวัฒนธรรม (culture) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมโดยจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความเป็นอยู่ของแต่ละเพศตามบทบาทและวัฒนธรรมของแต่ละสังคม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการเรียนรู้ตลอดชีวิตจะช่วยพัฒาทักษะการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปรับตัวเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะไม่พึงพา และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วมรวมทางเศรษฐกิจตามความต้องการของผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในครอบครัว สังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านการเงินอันประกอบด้วย การมีที่พักอาศัยที่เหมาะสม ปลอดภัย การมีงานที่ก่อให้เกิดรายได้ที่เหมาะสมกับวัยและความถนัดเป็นการสร้างหลักประกันที่มั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุ การป้องกันการเกิดความรุนแรงและการทารุณกรรม (violence and abuse) การลดความไม่เท่าเทียมในสังคมของผู้สูงอายุและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการที่สังคมมีค่านิยมทางบวกต่อผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ปัจจุบันทั้งภาครัฐและเอกชนได้รณรงค์เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดว่าภายใน 3 ปี ผู้สูงอายุจะต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 30 แต่จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติกลับพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ถึงร้อยละ 20 และมากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค รวมทั้งผู้สูงอายุขณะนี้ได้รับการตรวจสุขภาพปีเพียงร้อยละ 50 – 60 หากแต่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ นี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้สูงอายุไม่ทราบว่าตนเองมีโรคเรื้อรัง จะทราบก็เมื่อมีการปรากฏของภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม มักทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงระบบบริการสังคม ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับความเสมอภาค ส่งผลให้สุขภาพของผู้สูงอายุแย่ลง ดังนั้นการจัดระบบบริการด้านสุขภาพและสังคมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกับประชากรวัยอื่นในสังคมจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมให้มีการปรับปรุงต่อไป รวมทั้งควรมีการรณรงค์ให้ความรู้และมีการสร้างความพร้อมสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ในวัยเรียน วัยทำงาน (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556)

ปัญหาเรื่องความมั่นคงทางรายได้ เงินออมและการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงก็ยังเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประเทศไทย จากผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในปี 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 69.5 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น

Copyright by Mahidol University

7.02 ล้านคน มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียง 400 - 3,000 บาท ขณะที่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวของประชากรจากบัญชีรายได้ประชาชาติของไทยอยู่ที่ประมาณ 6,973 บาทต่อเดือน โดยผู้สูงอายุมีแหล่งรายได้หลักมาจากรายได้ของคู่สมรสและบุตรถึงร้อยละ 58.4 รองลงมาร้อยละ 28.9 มาจากการทำงานหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 31.3 ไม่มีการออมเงินและผู้สูงอายุร้อยละ 42.1 มีแนวโน้มที่รายได้ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ เนื่องจากรูปแบบครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนไปจากเดิมคือมีขนาดเล็กลงและไม่นิยมมีบุตรหรือมีบุตรน้อย การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำและเก็บออมเงินจึงเป็นเรื่องสำคัญ แต่จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2554 ยังพบว่าภาพรวมระบบการออมเพื่อการเกษียณอายุมีข้อจำกัด คือ ไม่ครอบคลุมกำลังแรงงานทั้งประเทศอย่างทั่วถึงและไม่สามารถสร้างความเพียงพอด้านรายได้เพื่อดำรงชีพหลังการเกษียณอายุ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาที่ชัดเจนมากขึ้นในเวลาต่อมาที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชากรทุกวัยต้องเห็นความสำคัญและมีวินัยในการออม มีการวางแผนทางการเงินในระยะยาว รัฐควรมีบทบาทในการวางแผนพัฒนาองค์ความรู้ด้านการออม การลงทุนและวางรากฐานระบบการออมระยะยาวของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยเกษียณอายุของประชากร (สุวิสาส์ เผ่าเหลืองทองและปติ พุทธวิบูลย์, 2555) อีกประเด็นหนึ่งที่รัฐไม่ควรมองข้ามคือ การลดความไม่เท่าเทียมทางสังคมไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ด้านสิ่งแวดล้อม การคมนาคม การเข้าถึงบริการต่างๆของรัฐรวมทั้งการลดการเกิดความรุนแรงและการทารุณกรรมในผู้สูงอายุ โดยออกเป็นกฎหมาย มาตราการ ระเบียบบังคับ เพื่อให้เกิดการใช้จริงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ของสังคมสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ลดภาวะพึ่งพา คงการมีส่วนร่วมทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง มีชีวิตที่มั่นคง รู้สึกถึงความศักดิ์ศรี มีคุณค่าของตนเอง มีสุขภาพกายและจิตใจอันเป็นลักษณะผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่พึงประสงค์

เนื่องจากในปัจจุบันคนเรามีการให้ความสำคัญกับการทำงานที่มากขึ้นและพบว่าผลจากการที่ทำงานหนักจะส่งผลเสียทั้งต่อสุขภายกายและสุขภาพจิตของผู้ที่ปฏิบัติงาน โดยพยาบาลที่เป็นกลุ่มคนกลุ่มหนึ่งที่ทำงานหนัก อันเนื่องมาจากในขณะนี้ประเทศไทยยังมีจำนวนพยาบาลที่น้อยกว่าที่ควรจะเป็น จึงส่งผลให้พยาบาลมีภาระงานที่มากทั้งงานที่เกี่ยวกับการพยาบาลโดยตรง รวมทั้งงานที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการพยาบาล นอกจากนี้จากลักษณะงานพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่เสมอ ต้องทำงานที่รับผิดชอบชีวิตผู้อื่น และตลอดการทำงานต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ย่อมก่อให้เกิดความเครียด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ถ้าไม่สามารถแก้ไขอาการ

Copyright by Mahidol University

เหล่านี้ลงได้ก็จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเกิดขึ้นกับกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการทางสังคม

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (Burnout) และภาระงาน (Workload)

ปรากฏการณ์เกี่ยวกับคำว่า “burnout” ได้รับการสนใจศึกษาเริ่มแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1970 โดยผู้ปฏิบัติงานทางวิชาชีพการให้บริการและดูแลสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1975 คำว่า “burnout” ถูกเสนอในวงวิชาการทางจิตวิทยาขึ้น โดย Freudenberger ผู้เป็นนักจิตวิเคราะห์ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเกิดความเหนื่อยหน่ายในผู้รับบริการเป็นรายกรณีและได้ตีพิมพ์ผลการวิเคราะห์กลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายลงในบทความเรื่อง “Professional burnout syndrome” พบว่าความเหนื่อยหน่ายมักจะเกิดในกลุ่มผู้ให้บริการวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานในปริมาณที่มากเกินไป เกิดความเครียดจากการทำงานทั้งนี้ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ แต่ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้พัฒนามโนทัศน์นี้คือ Maslach ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาและอาจารย์ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เบอร์กเลย์ ได้เผยแพร่มโนทัศน์ของกระบวนการความเหนื่อยหน่าย โดยตีพิมพ์ลงในวารสาร Human Behavior ในปี ค.ศ. 1976 กับทั้งได้ศึกษาวิจัยเรื่องความเหนื่อยหน่ายในบุคคลที่มีอาชีพบริการหลายอาชีพ และพบว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นปัญหาที่มักจะเกิดขึ้นในบุคคลที่ทำงานด้านการให้บริการโดยเฉพาะอาชีพที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นจำนวนมากและต้องเผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตลอดเวลา เช่น อาชีพตำรวจ นักกฎหมาย นักให้คำปรึกษา และพยาบาล เป็นต้น ทำให้คำว่าความเหนื่อยหน่ายเป็นที่ยอมรับและถูกนำมาใช้ในงานที่เกี่ยวกับปัญหาของการปฏิบัติงานอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากสภาพจิตใจ (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) นอกจากนั้น Schubin ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายมาใช้ในวงการพยาบาล ซึ่งได้เผยแพร่ในตำราและเอกสารทางการพยาบาล โดยในปี ค.ศ. 1978 ได้มีการบัญญัติความหมายของความเหนื่อยหน่ายลงใน Commulative Index to Nursing (McConnell, 1982 Ivason and Ivason 1983 อ้างใน พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา, 2537)

Copyright by Mahidol University

2.2.1 ความหมายของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

จากการทบทวนบทความและหนังสือต่างๆพบว่ามีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายไว้หลายความหมาย ในงานวิจัยนี้จึงขอเสนอความหมายที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่าประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ซึ่งเป็นความรู้สึกของการไร้อำนาจ สิ้นหวัง ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด ความเป็นมิตรลดลง มีความตึงเครียด และความขัดแย้งเพิ่มขึ้น ภาวะทางอารมณ์เหล่านี้ส่งผลให้มีอาการแสดงทางกาย เช่น อ่อนเพลีย อ่อนเพลียเรื้อรัง เหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น เจ็บป่วยบ่อย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดท้อง กล้ามเนื้อตึงเครียด ปวดหลัง มีแบบแผนการนอนที่ผิดปกติ (2) ลดความเป็นบุคคลลง (depersonalization) โดยจะมีทัศนคติทางลบต่อผู้อื่นและต่องาน ชอบแยกตัว หลีกเลี่ยงการทำงานกับผู้อื่น และ (3) ความสำเร็จส่วนบุคคลลดลง (decreased personal accomplishment) โดยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถและมีทัศนคติด้านลบต่อตนเอง (WHO, 2002 cited in José M. Bertolote and Alexandra Fleischmann, 2002)

สำหรับ Christina Maslach ผู้เป็นผู้เสนอภาวะเชิงสันนิษฐานที่เรียกว่า “ความเหนื่อยหน่าย” (burnout) ได้นิยามไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึกอันเป็นผลทางลบ โดยผู้มีความเหนื่อยหน่ายจะมีร่างกายอ่อนเพลีย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ทำให้มีอัตมโนทัศน์และทัศนคติในทางลบต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ทำให้คุณภาพในการปฏิบัติงานลดลง ทั้งนี้เกิดเนื่องจากความเครียดเรื้อรังในการปฏิบัติงานที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่หลากหลาย ความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความผูกพันต่อผู้ร่วมงาน ขาดความเห็นอกเห็นใจ ขาดความเคารพต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ ที่สุดจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ต่อการปฏิบัติงาน ต่อคุณภาพของงาน ทั้งยังทำให้เกิดการขาดงานและการลาออกจากงาน (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001)

Freudenberger และ Richelson (Freudenberger และ Richelson, 1980 อ้างใน กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) ได้ให้ความหมายความเหนื่อยหน่าย ว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการทุ่มเทการกระทำในสิ่งที่เป็นความมุ่งหวังแต่กลับต้องประสบกับความล้มเหลว ไม่สมหวัง จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย อ่อนล้าทางอารมณ์ จิตใจและคับข้องใจ โดยจะพบมากในผู้ที่มีอาชีพให้การบริการ

Copyright by Mahidol University

Commulative Index to Nursing (1978) ได้ให้ความหมาย ความเหนื่อยหน่ายว่าเป็นผลกระทบที่เกิดจากความเครียดอย่างมากจากสิ่งแวดล้อมในการประกอบอาชีพ ทำให้เกิดความอ่อนเพลียทางร่างกายและอารมณ์ ความคับข้องใจ และความล้มเหลวในการทำงาน

ในประเทศไทยได้มีการสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลจำนวนหนึ่ง ในการทบทวนในบทนี้จะขอเสนอการให้ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลเพียงบางส่วนเพื่อให้เกิดเข้าใจในประเด็นความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ดังนี้

กนกภรณ์ ใจแก้ว ได้สรุปความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลว่าเป็น อาการที่เกิดจากการตอบสนองต่อสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆ ทั้งจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานและจากปัจจัยด้านบุคคล โดยที่พยาบาลไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดได้ จึงเกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้น (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551)

เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล ได้สรุปความหมายของความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลว่าหมายถึง ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ทำให้มีอาการทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน (เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล, 2544)

นวลอนง ศรีธัญรัตน์ ได้สรุปความหมายของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลว่าเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการเผชิญภาวะเครียดในการทำงานเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้หมดกำลังที่จะทำงานต่อไป โดยจะมีอาการแสดงของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม (นวลอนง ศรีธัญรัตน์, 2534)

สิระยา สัมมาวาจ สรุปความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลว่าเป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม ที่สืบเนื่องมาจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (สิระยา สัมมาวาจ, 2532)

จากความหมายและคำจำกัดความของบุคคลต่างๆดังที่กล่าวในข้างต้น จึงสามารถสรุปความหมายของความเหนื่อยหน่ายได้ว่า เป็นกลุ่มอารมณ์ความรู้สึกทางลบโดยมีความสัมพันธ์กับอาการทางร่างกาย ความคิดและพฤติกรรม โดยบุคคลซึ่งเป็นพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายจะเกิดความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าทางอารมณ์ หมดกำลังใจในการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ลดความเป็นบุคคล มีทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและงานที่ตนเองรับผิดชอบ ร่างกายอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ขาดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานซึ่งแสดงออกโดยการมาทำงานสาย ขาดงานบ่อย มีความผิดพลาดในการทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากการเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรังในการทำงาน ทั้งนี้มีปัจจัยต่างๆทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคลและจากสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่

Copyright by Mahidol University

บุคคลไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับความเครียดได้ จึงเกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้นโดยจะมีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของตัวพยาบาลเอง ต่อการปฏิบัติงาน ต่อคุณภาพของงานและบุคคลที่อยู่รอบข้าง

ปัญหาความเหนื่อยหน่ายนี้เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่เสมอๆ เนื่องจากงานของพยาบาลจำเป็นต้องทำงานร่วมกับบุคลากรหลายฝ่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานของบุคคล ด้านจิตใจ อารมณ์และประสบการณ์ จึงอาจพบปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทั้งในด้านการบริการ การประสานงานและเทคนิคการทำงานเสมอๆ นอกจากนี้จากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้มารับบริการทางสุขภาพจำนวนมาก ต้องให้การช่วยเหลือและแก้ปัญหาแก่ผู้มารับบริการ กับทั้งจากการทำงานเป็นกะอย่างต่อเนื่องจำเจ ต้องอยู่ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่มีแต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเป็นความตาย ความทุกข์ทรมานอยู่เสมอ ยิ่งไปกว่านั้นการได้รับผลตอบแทนที่ไม่เหมาะสมเมื่อเทียบกับลักษณะงานที่ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์และตนเอง ต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค ย่อมก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจ ซึ่งถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาให้ลดลงได้ ก็จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้น โดยจะมีอาการแสดงของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม

2.2.2 กลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่าย

Frunzi และ Savini ได้แบ่งกลุ่มอาการแสดงที่สำคัญของความเหนื่อยหน่ายไว้ 5 ระยะ (Frunzi and Savini, 1997) ดังนี้

- ระยะที่ 1 เกิดความสับสนและคับข้องใจ (confusion and frustration) ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายมักจะแสดงพฤติกรรมแยกตัวออกจากงานและมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ต่างจากปกติ มักมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกว่าการทำงานเป็นเรื่องยุ่งยาก

- ระยะที่ 2 การไม่มีอารมณ์ร่วม (emotional emptiness) ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจะไม่มีอารมณ์ร่วม รู้สึกว่าสูญเสียพลังงาน ขาดความกระตือรือร้น มักลังเลที่จะแสดงความสามารถในการทำงาน ไม่ค่อยมีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรค ไม่มีความพยายามที่จะทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ มักมองโลกในแง่ร้าย และชอบพูดจาเยาะเย้ยเหน็บแนม

- ระยะที่ 3 การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคล (erosion of relationships) ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายมักจะทำตัวห่างเหินกับบุคคลรอบข้าง ปิดบังปัญหาของตนเอง ไม่ค่อยเห็นใจผู้อื่นและไม่ใส่ใจต่อองค์การ อาการในระยะนี้จะแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายที่ค่อนข้างจะรุนแรง

Copyright by Mahidol University

- ระยะที่ 4 ระดับของการรับรู้ความสำเร็จลดลง (decreased levels of achievement) ผู้ที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ค่อยประสบความสำเร็จ หรือมีความสำเร็จลดลง ทั้งที่ก่อนหน้านี้เคยรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ การที่ผู้มีความเหนื่อยหน่ายรู้สึกเช่นนี้เกิดเนื่องจากรู้สึกว่ามีอุปสรรคขัดขวางต่อหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

- ระยะที่ 5 ความไร้อารมณ์ ถอยหนี และสิ้นหวัง (apathy, withdrawal and despair) ในระยะนี้ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและอารมณ์ที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีการแสดงออกอย่างชัดเจนว่าไม่สนใจต่อสิ่งต่างๆรอบข้าง มีความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ต่องาน ต่อบุคคลรอบข้าง ต่อเป้าหมายและองค์กร

สำหรับ Maslach และ Jackson (Maslach and Jackson, 1982) ได้แบ่งกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้าน และได้สร้างแบบวัดความเหนื่อยหน่ายขึ้นเป็นมาตรฐานในการประเมินความเหนื่อยหน่ายที่เรียกว่า “เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่ายของมาสลาซ” (Maslach Burnout Inventory : MBI) ซึ่งได้ถูกนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับแต่ละอาชีพรวมทั้งวิชาชีพพยาบาลด้วย (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) กลุ่มอาการซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านมี ดังนี้

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) เป็นอาการระยะเริ่มต้นของกลุ่มอาการเหนื่อยหน่าย โดยผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายรู้สึกอ่อนเพลีย มีความคับข้องใจ ไม่อยากไปทำงาน หมดกำลังใจในการทำงานหรือดำเนินชีวิต รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้อีก ไม่มีความพยายามที่จะเอาชนะอุปสรรค ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางกายและพฤติกรรม โดยจะมีอาการร่างกายอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดตึงตามกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ มาทำงานสาย และขาดงานบ่อย พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายในด้านนี้จะแยกตัวออกจากการดูแลผู้ป่วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยไปวันๆ มีการโยกย้ายงานบ่อย และอาจรุนแรงถึงการลาออกจากงาน (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551)

- ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลลง (depersonalization) ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายจะเกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบ ไม่สนใจว่าจะเกิดอะไรขึ้น รู้สึกว่าบุคคลอื่นตำหนิเกี่ยวกับปัญหาของตนเอง หากพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายในด้านนี้จะขาดความเห็นอกเห็นใจ ขาดความเมตตา ไม่มีความสุภาพอ่อนโยน ไม่ใส่ใจต่อคำร้องหรือความต้องการของผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน ไม่ปฏิบัติต่อผู้อื่นในฐานะที่เขาเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ขาดประสิทธิภาพในการให้บริการ เมื่อพยาบาลมีทัศนคติทางลบต่อผู้อื่นจึงมักจะต้องการแยกตัวและไม่ต้องการให้ใครมายุ่งเกี่ยว (เนาวรัตน์ อิ่มใจ, 2552)

Copyright© by Mahidol University

- ด้านความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จลดลง (decreased personal accomplishment) การที่บุคคลเกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้นั้น

มีความเหนื่อยหน่ายก็จะมีทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบด้วย ก็จะส่งผลให้ผู้นั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จหรือประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่ตนเองคาดหวังไว้ เกิดการประเมินตนเองในด้านลบ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายด้านนี้จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง มีพลังในการทำงานลดน้อยลง สูญเสียการนับถือตนเอง ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและขาดเป้าหมายในการทำงาน (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551)

2.2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยด้านบุคคล (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) ดังนี้

(1) ปัจจัยด้านงานที่ปฏิบัติ ภาระงานที่มากจนเกินไป อันเนื่องมาจากสัดส่วนระหว่างบุคลากรต่อผู้รับบริการที่สูงจนเกินความสามารถจะจัดการได้ในเวลาที่จำกัด โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีหน้าที่ในการบริการผู้รับบริการโดยตรง จะมีบทบาทหน้าที่ในการพยาบาลดูแลร่างกาย จิตใจของผู้รับบริการและครอบครัว ช่วยเหลือแพทย์ในการกระทำเพื่อรักษาโรค มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการแก้ปัญหาและบรรเทาอาการเจ็บป่วย มีบทบาทในการป้องกันการลุกลามของโรคและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งต้องมีบันทึกการพยาบาลให้ครบถ้วน ครอบคลุมประเด็นสำคัญเพื่อใช้ในการสื่อสารภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นแผนการดูแลที่ต่อเนื่องสะท้อนคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน (สภาการพยาบาล, 2555) ทำให้พยาบาลต้องรีบเร่งในการปฏิบัติงานบ้างครั้งจึงไม่สามารถที่จะให้บริการเพื่อตอบสนองตามความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างสมบูรณ์ ประกอบกับการไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด เนื่องจากงานพยาบาลต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ ต้องการการตัดสินใจที่รีบด่วน ต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ต้องเผชิญความเป็นความตายเสมอ และต้องทำงานร่วมกับบุคคลที่มีความต้องการหลากหลาย ทำให้พยาบาลต้องอยู่ในภาวะกดดันและคับข้องใจเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายของบุคลากรมากขึ้น และจากลักษณะงานของพยาบาลที่ทำงานเป็นผลัด มีตารางเวลาในการทำงานที่ไม่แน่นอน ต้องทำงานในวันหยุดกับทั้งการมีชั่วโมงในการทำงานที่ยาวนานติดต่อกันมากเกินไป หรือการต้องอยู่รอเพื่อเรียกขึ้นปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) นอกจากนี้พยาบาลยังมีภาวะงานที่ไม่เกี่ยวข้องทางการพยาบาลและมีภาระงานที่สนับสนุนทางการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ขององค์กร พยาบาลวัยก่อนเกษียณมักมีตำแหน่ง

Copyright© by Mahidol University

หน้าที่ในการทำงานอยู่ในระดับสูง เช่น หัวหน้าพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล ผู้ตรวจการทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลในด้านต่างๆ ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในองค์กรมีส่วนรวมในการกำหนดนโยบาย แผนกลยุทธ์ขององค์กร เป็นผู้นำทางการพยาบาลในการถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยงานและบุคลากร ต้องเป็นแบบอย่างให้บุคลากรทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ การจัดระบบการบริการพยาบาลและการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง โดยมีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ วางแผนแก้ปัญหาในปัจจุบันและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต มีการติดตามควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลควบคู่กับการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร (สภาการพยาบาล, 2555) จากภาระงานของบุคคลากรทางการพยาบาลจึงอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hillhouse , Adler และ Walters ในปี ค.ศ. 2000 พบว่ากลุ่มแพทย์ฝึกหัดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รับรู้ภาระงานสามารถใช้เป็นตัวทำนายความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555) และจากการศึกษาของ Lambert และคณะ พบว่าภาระงานสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายของพยาบาลในประเทศญี่ปุ่นและในฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยหากมีภาระงานมากจะส่งผลให้ร่างกายเสื่อมโทรม (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551)

(2) ปัจจัยด้านองค์การ ในที่นี้แบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ความช่วยเหลือหรืออุปสรรคจากผู้บริหาร และแผนงาน/นโยบายและกระบวนการขององค์การซึ่งจะมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากในการปฏิบัติงานของพยาบาลจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทำงานภายใต้กฎเกณฑ์ขององค์กร ดังนั้นปัจจัยด้านองค์การจึงนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลดังนี้

(2.1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ร่วมงาน ขาดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้เกิดความขัดแย้งในการทำงาน มีการแข่งขันในการทำงานมากกว่าการร่วมมือในการทำงาน ทำให้ขาดผู้ให้คำปรึกษาที่เข้าใจ เกิดความกดดัน ไม่พึงพอใจ คับข้องใจในการทำงานเกิดความเครียดในการทำงาน (เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล, 2544) อันนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของพยาบาล

(2.2) ความช่วยเหลือหรืออุปสรรคจากผู้บริหาร หากผู้บริหารและพยาบาลขาดการติดต่อที่มีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพที่ตึงเครียด ไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน ไม่พึงพอใจและมีการกระทบกระทั่งกัน (เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล, 2544) ก็อาจส่งผลให้พยาบาลขาดการสนันสนุนให้มีโอกาสก้าวหน้าในการทำงานจากผู้บริหาร ทำให้พยาบาลขาดกำลังใจในการงาน มีทัศนคติด้านลบต่อหน่วยงาน ร่วมทั้งการมีกฎเกณฑ์ข้อบังคับต่างๆมากมาย

Copyright© by Mahidol University

ของพยาบาลตามหลักการพยาบาลที่ได้มาตราฐานและเพื่อภาพลักษณ์ของวิชาชีพก็ย่อมก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์และนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล (สายสัมพันธ์ จำปาทอง, 2554)

(2.3) แผนงาน/นโยบายและกระบวนการขององค์การ การที่ต้องปฏิบัติตามนโยบายที่ไม่ชัดเจน มีความคลุมเคลือ หรือบางครั้งนโยบายที่พยาบาลต้องกระทำเป็นสิ่งที่ตนเองไม่ชอบหรือต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่ตนเองไม่เห็นด้วยเป็นประจำ รวมทั้งการไม่มีสิทธิ์หรือไม่มีส่วนร่วมในการสร้างแผนงาน/นโยบายขององค์กรจะส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล, 2544)

(3) ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลและลักษณะทางประชากรของพยาบาลมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ดังนี้

(3.1) ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ประกอบด้วย

(3.1.1) บุคลิกภาพ เป็นปัจจัยภายในที่มีผลให้เกิดความเหนื่อยหน่าย โดยบุคลิกภาพ เป็นลักษณะส่วนรวมของบุคคลและการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งชี้ให้เห็นความเป็นปัจเจกบุคคลในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรวมทั้งลักษณะที่ส่งผลต่อการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่อ่อนแอต้องพึ่งพาผู้อื่นเสมอ มีความกังวล ขาดความเชื่อมั่นและเคารพในตนเอง จะทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีความคับข้องใจจากอุปสรรคในการทำงานสูง ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานสูง ทุ่มเทกับงานมากเกินไป หรือผู้ที่รู้สึกว่าตนเองเป็นเพียงคนเดียวที่จะทำงานสำเร็จรวมไปถึงผู้ที่ไม่มีงานอดิเรก ก็จะมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายได้สูงเช่นกัน (Maslach and P. Leiter 1997) บุคคลในทีมสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายได้สูง เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่ไวต่อความรู้สึก ขี้สงสาร ได้รับการปลูกฝังค่านิยมในการให้บริการโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่มักมีความคาดหวังสูง เมื่อพบเห็นความทุกข์ยากของผู้อื่นก็จะเกิดความคับข้องใจ เพราะต้องการให้ความช่วยเหลือแต่ไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวัง ทำให้เกิดความเครียดเมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในทำนองนี้เป็นประจำ จึงนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ (Muldary, 1983)

(3.1.2) ประสบการณ์การทำงาน พยาบาลที่มีอายุงานมากขึ้นจะมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ ส่วนพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติน้อย โดยเฉพาะในกลุ่ม 1 – 5 ปีแรกจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง (Maslach, 1986) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลที่จบใหม่มักมีความกระตือรือร้นในการทำงานสูง มีความคิดเป็นของตัวเอง เมื่อต้องเผชิญกับความ

Copyright© by Mahidol University

ขัดแย้งระหว่างความมุ่งหวังของวิชาชีพที่มีเป้าหมายมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและความมุ่งหวังของสถาบันที่เน้นความสำเร็จของงาน ทำให้พยาบาลที่จบใหม่ที่ยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการทำงานเกิดความเครียด และเกิดความคับข้องใจจนนำไปสู่ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จากการศึกษาของพรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (2537) พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปีมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของนวลอนง ศรีธัญรัตน์ (2534) ที่พบว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเบญจมาศ หล่อสุวรรณ (2554) กลับพบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

(3.2) ลักษณะทางประชากรของพยาบาล ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ประกอบด้วย

(3.2.1) อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ของบุคคลทั้งในเรื่องชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน อันส่งผลให้ปัจเจกมีคุณลักษณะทางจิตวิทยาอื่นๆที่อาจยับยั้งความเหนื่อยหน่ายมิให้เกิดขึ้นจากการทำงาน โดยบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์กับบุคคลที่หลากหลายประเภท มีวุฒิทางอารมณ์สูง มีความสุขุมรอบคอบ มองชีวิตกว้างไกลลึกซึ้งมากขึ้นและสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงทำให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยลง จากการศึกษาของ Maslach และ Jackson บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกที่ลดความเป็นบุคคลสูงกว่าบุคคลที่มีอายุมากกว่าและในบุคคลที่มีอายุมากจะมีความรู้สึกของการประสบความสำเร็จสูงกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า (Maslach and Jackson, 1981 อ้างใน พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา, 2537) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของพรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (2537) พบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลอนง ศรีธัญรัตน์ (2534) พบว่าพยาบาลที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลในกลุ่มอายุ 31 – 40 ปีและอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของเบญจมาศ หล่อสุวรรณ (2554)กลับพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด

(3.2.2) ระดับการศึกษา โดยปกติการศึกษาจะส่งผลต่อวิธีการคิด วิธีปฏิบัติ ทัศนคติ บุคลิกภาพทางความคิด ตลอดจนแนวทางแก้ปัญหาต่าง ๆ ของบุคคล โดยพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีงานในความรับผิดชอบมาก มักจะตั้งความหวังใน

Copyright by Mahidol University

งานไว้สูง จึงทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้มาก ดังการศึกษา Maslach พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (2537) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่าพยาบาลเทคนิค

(3.2.3) สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ Maslach และ Jackson (Maslach and Jackson, 1982 อ้างใน กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) พบว่าผู้ที่เป็นโสดหรือหย่าร้างจะมีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าผู้ที่ยังสมรสหรือมีสถาพสมรสคงความเป็นคู่อยู่ โดยเฉพาะด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เนื่องจากผู้ที่มีครอบครัวและผู้ที่โสดให้ความสำคัญกับงานแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีครอบครัวแล้วจะไม่ทุ่มเทและยึดติดกับงานว่าเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตครอบครัว ทำให้มีความพยายามในการแข่งขันและการหาความก้าวหน้าในการทำงานลดลง จึงทำให้เสี่ยงต่อความล้มเหลวและผิดหวังน้อยกว่าคนโสด แต่จากการศึกษาของพรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (2537) กลับพบว่าพยาบาลที่มีสถาพภาพโสด หม้าย หย่าและสถานภาพคู่ไม่มีความแตกต่างกันของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลอนง ศรีธัญรัตน์ (2534) และเบญจมาศ หล่อสุวรรณ (2554) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเช่นกัน

2.2.4 ผลกระทบจากความเหนื่อยหน่ายต่อการทำงานของพยาบาล

การที่พยาบาลที่เกิดความเหนื่อยหน่าย (burnout) จะมีผลกระทบตามมามากมายทั้งต่อการปฏิบัติงาน ต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง (Muldary, 1983) ดังนี้

(1) ผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน พยาบาลที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ โดยจะมีการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง มีส่วนร่วมในงานน้อย มีพฤติกรรมการขาดงาน มาสาย ป่วยหรือหยุดพักการทำงานบ่อยเพื่อหลีกเลี่ยงงาน มักจะปิดความคิดของตนเองเกี่ยวกับการทำงานเมื่อพ้นเวลางานและไม่มีความรู้สึกผูกพันกับงาน ชอบปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยเปล่าประโยชน์ มักปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนว่าเขาไม่ใช่มนุษย์ ขาดสมาธิในการทำงาน หลงลืม ทำให้ขาดความสามารถในการคิดและการตัดสินใจ เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมีความซับซ้อน ต้องอาศัยการตัดสินใจบนพื้นฐานของการมีจิตใจและอารมณ์ที่ปกติ (พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา, 2537) ทำให้เกิดข้อผิดผลาดในการทำงาน และอาจทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ไม่ต่อเนื่อง ไม่มีคุณภาพ จนอาจเสียหายร้ายแรงถึงชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Halbesleben และ Rathert ในปี ค.ศ. 2008 ที่พบว่าระดับความเหนื่อยหน่ายใน

Copyright© by Mahidol University

การทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกที่จะทำให้เกิดข้อผิดผลาดทางการแพทย์และทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ Donohoe , Nawawl , Wilker , Schindler และ Jette พบว่าหากบุคคลทางสาธารณสุขมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่ต่ำยิ่งส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555)

(2) ผลกระทบต่อตัวพยาบาลเองที่เกิดความเหนื่อยหน่าย โดยจะมีผลต่อทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจของพยาบาล ดังนี้

(2.1) ทางร่างกาย พยาบาลที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายมักจะมีอาการผิดปกติทางกายเกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น อ่อนเพลีย นอนหลับยาก เมื่อหลับแล้วปลุกตื่นได้ยาก ปวดศีรษะ กล้ามเนื้อบริเวณคอ ไหล่ และหลังตึงมากขึ้น เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น ท้องเสีย อาหารไม่ย่อย เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น และเป็นหวัดบ่อย เป็นต้น (เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล, 2544) จากการศึกษาของ Melam , Shirom , Toker , Berliner และ Shapira ในปี ค.ศ. 2006 พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมรวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555)

(2.2) ทางด้านจิตใจ พยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมักจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว แปรปรวนง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ รู้สึกคับข้องใจ ซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกวังวล ช่างสงสัย หวาดระแวง ร้องไห้ง่าย ขาดสมาธิ มีความคิดขัดแย้ง ไม่รับรู้สถานการณ์ภายนอก ขาดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่สนใจทำงาน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง เกิดความรู้สึกทางลบต่อตนเอง ต่องาน ต่อผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ (นวลอนง ศรีธัญรัตน์, 2534) และอาจหาทางออกโดยหันไปพึ่งสารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา หรือยากล่อมประสาท จนนำไปสู่การติดยาซึ่งจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ (พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา, 2537)

(3) ผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง พยาบาลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายนอกจากจะมีความสนใจงานและผูกผันกับงานน้อยลง ต่อต้านการกระทำที่จะทำให้ตนเองต้องสูญเสียเวลาและพลังงาน ยังไม่สนใจผู้อื่นรวมทั้งไม่ให้ความช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน มักชอบตำหนิ จับผิดและแสดงอาการโกรธต่อบุคคลอื่นทำให้เกิดความขัดแย้งและแตกแยกในหน่วยงาน ขาดบรรยากาศความร่วมมือในการทำงาน นอกจากนี้ยังทำให้ชีวิตครอบครัวไม่มีความสุข เนื่องจากพยาบาลที่มีความเหนื่อยหน่ายมักจะแสดงอาการตึงเครียด ผิดหวัง โกรธ บ่นเกี่ยวกับปัญหาการทำงาน แยกตัวอยู่คนเดียวทำให้มีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001)

Copyright by Mahidol University

(4) ผลกระทบต่อองค์กร เนื่องจากความเหนื่อยหน่ายทำให้พยาบาลมักเปลี่ยนงาน บ่อยหรือลาออกจากวิชาชีพ ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเตรียมบุคลากรที่จะมาแทนที่ สูญเสียขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรลดลง ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ (กนกภรณ์ ใจแก้ว, 2551) และอาจนำไปสู่การเกิดความเหนื่อยหน่ายระดับองค์กร ขาดความคิดสร้างสรรค์และแรงจูงใจในการพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้า ซึ่งมีผลให้ภาพพจน์ของวิชาชีพเสียไป (สายสัมพันธ์ จำปาทอง, 2554)

2.3 การมองโลกในในแง่ดี (Optimism)

การมองโลกในแง่ดี (optimism) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ที่กำลังได้รับความสนใจในวงวิชาการอย่างมากในขณะนี้ เนื่องจากในปัจจุบันมีการพัฒนาสังคมมากขึ้นในหลายๆด้าน แต่กลับพบว่ามนุษย์ไม่ได้มีความสุขเพิ่มขึ้น จึงมีการมุ่งพัฒนาให้มนุษย์เป็นผู้มีความสุขโดยมีพื้นฐานจากการพัฒนาตนเองให้มีมุมมองต่อโลกในแง่ดี (สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และ ประภา คงปัญญา, 2550) และเป็นที่ได้รับการยอมรับว่าการมองโลกในแง่ดีจะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพทางกายและทางจิตของมนุษย์ รวมทั้งลักษณะนิสัยของมนุษย์ในด้านความเพียรพยายาม แรงจูงใจในการลงมือกระทำเรื่องต่างๆและความสำเร็จในด้านการทำงาน (เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์, 2554)

ศาสตราจารย์ Martin Seligman เป็นนักจิตวิทยาคนแรกๆที่เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี เขาและคณะได้พยายามศึกษาหาจุดแข็งและลักษณะที่ดีของมนุษย์เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณลักษณะที่ดีนี้ให้สามารถช่วยเติมเต็มชีวิตของมนุษย์ให้มีความหมาย ความสมบูรณ์และมีสุขภาวะเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ในระยะต่อๆมายังนักจิตวิทยาอีกหลายท่านที่สนใจศึกษาแนวคิดการมองโลกในแง่ดีกับการปฏิบัติงานในองค์กร จากการศึกษาวิจัยของ Luthans และคณะพบว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นหนึ่งในตัวแปรด้านพฤติกรรมองค์การเชิงบวกที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจในองค์กรและความผูกพันต่อองค์กร นอกจากนี้ยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นคุณลักษณะที่เป็นสภาวะ (state-like) ที่สามารถวัดได้ พัฒนาได้ด้วยการบริหารจัดการและการจูงใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน (สิริพร วงษ์โทน, 2554)

2.3.1 ความหมายและลักษณะของผู้ที่มองโลกในแง่ดี

Copyright by Mahidol University

การมองโลกในแง่ดีเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจในปัจจุบันเนื่องจากมีงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้อ้างอิงได้ จึงมีผู้สนใจที่จะศึกษาแนวคิดการมองโลกในแง่ดีหลายท่านและได้

นำไปใช้ในหลายวงวิชาการ โดยในงานวิจัยเล่มนี้จะขอเสนอผู้ที่ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีเพียงบางท่านเพื่อให้เข้าใจความหมายของการมองโลกในแง่ดี ดังนี้

ศาสตราจารย์ Martin Seligman (Seligman, 2004 อ้างใน พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล, 2555) นักจิตวิทยาผู้ที่ได้รับการขนามนามว่าเป็นบิดาแห่งการเรียนรู้สู่การมองโลกในด้านดีได้ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นรูปแบบในการอธิบายของบุคคลต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกชื่นชมตัวเองเมื่อมีเหตุการณ์ดีๆเกิดขึ้น (ปัจจัยภายใน) และเชื่อว่าผลลัพธ์ที่ดีจะคงอยู่ตลอดไป (ให้ผลถาวร) อันจะส่งผลดีต่อชีวิตในด้านอื่นๆอย่างทั่วถึง (เกิดผลโดยรวม) ในทางกลับกันหากเกิดเหตุการณ์เลวร้ายผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะโทษสิ่งภายนอก (ปัจจัยภายนอก) และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่คงอยู่ตลอดไป (ให้ผลชั่วคราว) และเกิดขึ้นเพียงบางสถานการณ์เท่านั้น (เกิดผลเฉพาะด้าน) ส่วนผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองในแง่มุมที่ตรงข้ามกับผู้ที่มองโลกในแง่ดี

นอกจากนี้ Luthans, Youssef และ Avolio ได้วิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการมองโลกในแง่ดีและได้ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการให้เหตุผลหรือรูปแบบในการอธิบายต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางด้านบวก โดยผู้ที่มองโลกในด้านดีจะมีความคาดหวังว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะพยายามและมุ่งมั่นในการลงมือกระทำเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ (Luthans, Youssef and Avolio, 2007 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554) ส่วน Daniel Golman นักจิตวิทยาเจ้าของผลงานหนังสือ Emotional Intelligence ได้ให้ความหมายการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นการมีความมุ่งหวังอย่างแรงกล้าว่าสิ่งต่างๆจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือมีอารมณ์ขุ่นเคืองเกิดขึ้น โดยการมองโลกในแง่ดีจะช่วยป้องกันไม่ให้เป็นคนขาดแรงบันดาลใจในชีวิต สิ้นหวังหรือเศร้าหมองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค (Golman, 1995 อ้างใน พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล, 2555)

ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีหลายท่านและได้สรุปความหมายที่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) และปัญจภร หอมฤทัยกมล (2552) ได้สรุปความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า เป็นการคิดและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวกอันจะนำมาซึ่งความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยจะอธิบายการเกิดเหตุการณ์ที่ดีว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นสม่ำเสมอ กับทั้งจะขยายไปสู่เหตุการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องว่าเกิดขึ้นจากการกระทำของตนเอง ส่วนสถานการณ์ไม่ดีจะอธิบายว่าเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม โชคชะตา หรือเกิดจากการกระทำของบุคคลอื่น ไม่ใช่การกระทำของตนเองโดยสถานการณ์นั้นจะเกิดเพียงชั่วคราวเฉพาะเจาะจงกับเหตุการณ์นั้นเพียงเหตุการณ์เดียวไม่ขยายไปสู่เหตุการณ์อื่น (เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์, 2550 และ ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) ส่วน สิริพร วงษ์โทน ได้สรุป

Copyright© by Mahidol University

ความหมายของการมองโลกในแง่ดีที่คล้ายกันว่าคือ การมีวิธีให้เหตุผลหรือมีรูปแบบในการอธิบายต่อสถานการณ์ต่างๆในทางที่ดี โดยมีความคาดหวังว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นกับตนเองในการทำงาน (สิริพร วงษ์โทน, 2554) นอกจากนี้ยังมีผู้ที่ให้ความหมายการมองโลกในแง่ดีในมุมมองที่ต่างแตกออกไปดังเช่น ปริญญา ตันสกุล ได้ให้ความหมายว่าคือ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นเพื่อช่วยค้ำจุนทางอารมณ์ ความรู้สึกกับการนึกคิดของตนเองและของผู้อื่นไว้นำไปสู่การสร้างสรรค์พลังอำนาจในตนเองเพื่อสร้างตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในชีวิต (ปริญญา ตันสกุล, 2543 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554) และวีระวัฒน์ ปันนิตามัย ได้กล่าวว่าการมองโลกในแง่ดีมีส่วนในการสร้างแรงจูงใจเป็นแนวโน้มของอารมณ์ที่เกื้อหนุนการมุ่งสู่เป้าหมายแม้มีอุปสรรคก็ยังคงมุ่งมั่นสู่เป้าหมาย จึงทำให้ผู้มองโลกในแง่ดีมีความอดทนในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเนื่องจากมีแรงจูงใจที่ดีกับความสำเร็จของตนเอง แม้มีปัญหากับผู้ร่วมงานก็คิดในทางบวกว่าตนเองกับผู้ที่มีสัมพันธภาพด้วยจะสามารถผ่านอุปสรรคไปได้ (วีระวัฒน์ ปันนิตามัย, 2542)

จากการศึกษาความหมายของการมองโลกในแง่ดีซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง รูปแบบหรือวิธีการอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางด้านบวก โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกชื่นชมตัวเองเมื่อมีเหตุการณ์ดีๆเกิดขึ้น เชื่อว่าผลลัพธ์ที่ดีจะคงอยู่ตลอดไปให้ผลถาวรและจะส่งผลดีต่อชีวิตในด้านอื่นๆอย่างทั่วถึง ในทางตรงกันข้ามเมื่อเกิดเหตุการณ์เลวร้ายผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะโทษสิ่งภายนอกโดยมิได้เชื่อว่าเกิดจากการกระทำของตนเอง และเชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจะไม่คงอยู่ตลอดไปกับทั้งเกิดขึ้นเพียงบางสถานการณ์เท่านั้นไม่ขยายไปสู่เหตุการณ์อื่น และจากความคาดหวังว่าจะมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้นผู้มองโลกในแง่ดีก็มีแรงจูงใจที่แรงกล้าจะพยายามลงมือกระทำให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ไม่หมดกำลังใจ สิ้นหวังหรือเศร้าหมองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะรู้สึกยินดีและเชื่อว่าผลดีจะเกิดขึ้นในระยะยาว โดยจะส่งผลดีต่อชีวิตในด้านอื่นๆด้วย ในขณะเดียวกันจะไม่ใส่ใจกับสถานการณ์ที่เลวร้าย เชื่อว่าจะผ่านไปในไม่ช้า ไม่ตำหนิตนเอง บุคคลที่มองโลกในแง่ดีเชื่อว่าตนเองมีหน้าที่สร้างความสำเร็จ จึงมีความนับถือตนเองสูง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและจะพัฒนาทักษะในการจัดการกับสิ่งต่างๆด้วยความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ จึงทำให้บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมีความสุขและมีแนวโน้มที่จะรู้สึกเครียด วิตกวังวลและซึมเศร้าน้อยกว่าคนที่คิดว่าตนเองขาดศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เผชิญให้ดีขึ้นได้ จากการที่บุคคลมองโลกในแง่ดีเชื่อว่าตนเองสามารถประสบความสำเร็จตามที่กำหนดเป้าหมายไว้ จึงทำให้มุ่งมั่นพยายามจนกว่าจะประสบความสำเร็จแต่ถ้าไม่เป็นไปอย่างที่ตั้งเป้าหมายไว้ก็จะลองพยายามอีกครั้ง เพราะคิดว่าความล้มเหลวไม่ได้เป็นเพราะว่าตนเองไร้

Copyright by Mahidol University

ความสามารถ แต่เป็นผลมาจากปัจจัยภายนอกอื่น ดังนั้นหากสถานการณ์เปลี่ยนไปตนเองอาจจะประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลที่มองโลกในแง่ดีมีความมั่นใจที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ดี มักมีส่วนรวมในการทำกิจกรรมที่หลากหลายนำไปสู่การมีทักษะในการควบคุมซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยตรง (พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล, 2555) ส่วนผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายจะมีความสงสัย ลังเลใจซึ่งทำให้รู้สึกว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นมีมากกว่าความเป็นจริง มองว่าเป็นหายนะ ทำให้ผู้ที่มองโลกในแง่ดีและผู้ที่มองโลกในแง่ร้ายมีความแตกต่างด้านพฤติกรรม ความระมัดระวังต่อสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงและความอดทนในการพยายามเอาชนะปัญหา (วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554)

จากงานวิจัยของ Strutton และ Lumpkin นอกจากนั้นยังพบอีกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีความอดทน กล้าที่จะเผชิญกับปัญหา ควบคุมตนเองได้ ทนต่อสภาวะกดดันและสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา มีความสามารถในการวิเคราะห์ตนเองและผู้อื่นรวมทั้งสามารถตัดสินใจในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ก็จะยอมรับและเปลี่ยนแนวทางใหม่โดยไม่ยึดติดกับปัญหาเหล่านั้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่มองโลกในแง่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถปรับตัวในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Strutton and Lumpkin, 1993 อ้างใน ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552)

Peterson และ De Avila ได้ทดลองศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีส่วนส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งสุขภาพภายและสุขภาพใจ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ (Peterson and De Avila, 1995 ; Edward C. Chang , 2001) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Scheier และคณะยังพบอีกว่าการมองโลกในแง่ดีเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี ลดความเสี่ยงในการเจ็บป่วย ลดระดับความเครียด ช่วยให้เป็นผู้มีความความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญกับภาวะตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งช่วยเพิ่มระดับความสำเร็จให้มากขึ้น (ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552)

2.3.2 ความสำคัญของการมองโลกในแง่ดี

ดังนั้นการที่พยาบาลเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะส่งผลดีทั้งต่อตัวพยาบาล ต่อการปฏิบัติงานและบุคคลรอบข้าง ดังนี้

(1) ผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ โดยพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีจะมีวิธีการจัดการกับปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ แก้ปัญหาแบบรอบด้าน มีความพยายามจัดการกับปัญหาจนกว่าจะสำเร็จหรือมีทักษะในการหลีกเลี่ยงปัญหา เนื่องจากงานพยาบาลเป็นงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดหรือภาวะกดดันอยู่เสมอ ดังนั้นการที่พยาบาลเป็นผู้มองโลกในแง่ดีจะมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมกับความเครียดที่ต้องเผชิญอยู่เสมอ ลดความเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ หรือซึมเศร้านำไปสู่

Copyright by Mahidol University

การมีสภาวะจิตใจที่ดี ร่าเริง กระปรี้กระเปร่าและตื่นเต้นกับสิ่งที่จะมาถึง ซึ่งจะส่งผลต่อเนื่องทำให้เป็นผู้มีสุขภาพกายดีตามไปด้วย ดังนั้น การที่พยาบาลเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะส่งผลต่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ ทำให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ (Schiever and Carver, 2002 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554)

(2) ผลต่อการปฏิบัติงาน การที่พยาบาลเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง มีสติในการควบคุมสถานการณ์ มีแรงจูงใจที่เข้มแข็ง รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการหรือควบคุมปัญหาและเชื่อว่าสุดท้ายปัญหาต่างๆจะผ่านพ้นไป จากลักษณะงานที่พยาบาลต้องเผชิญกับสภาวะวิกฤต กดดันอยู่เสมอทั้งมาจากความเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่มีมากเกินกว่าอัตรากำลังของพยาบาลที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ครบสมบูรณ์ โดยส่วนใหญ่จะมีความทุกข์ ความวิตกกังวล การสูญเสีย และความโศกเศร้าเสียใจหรือการต้องเผชิญกับปัญหาสัมพันธภาพในการทำงานเนื่องจากพยาบาลต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอยู่ตลอดเวลาซึ่งมีความแตกต่างกันในพื้นฐานบุคคล ความเชื่อหรือเทคนิคพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีจะสามารถวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือมีสาเหตุมาจากตนเอง เมื่อพิจารณาแล้วพบว่าสาเหตุของปัญหามาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งจะเป็นลักษณะการมองโลกในแง่ดีหรือหากพบว่าสาเหตุมาจากตนเองก็จะไม่ตำหนิตนเองจนเกินไปแต่จะมีแรงกระตุ้นในการแก้ไขปรับปรุงข้อผิดผลาดและพยายามแก้ไขให้ดีที่สุด ไม่หมดกำลังใจในการปฏิบัติงานจึงทำให้พยาบาลที่มองโลกในแง่ดีทำงานได้อย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสร้างความพึงพอใจและประทับใจให้กับผู้มารับบริการ (ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) จนนำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าและภาพพจน์ที่ดีของวิชาชีพและองค์กร

(3) ผลต่อบุคคลรอบข้าง การที่พยาบาลมองโลกในแง่ดีจะมีวิธีการเผชิญปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ สามารถจัดการและควบคุมความเครียดและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เป็นผู้มีภาวะจิตใจดี ร่าเริงแจ่มใส สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลรอบข้างได้ดี (พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล, 2555) จากงานการพยาบาลที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลาจึงอาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพจากความแตกต่างทางภูมิหลังหลายๆด้านหรือเกิดจากการสื่อสารไม่เข้าใจตรงกัน เมื่อเกิดปัญหาพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีจะมีความสามารถและให้ความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่ปล่อยให้เกิดปัญหาเรื้อรัง และจะมีทักษะในการควบคุมอารมณ์ ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หงุดหงิด ซึมเศร้าต่อบุคคลรอบข้างเพื่อรักษาสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะช่วยลดหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากการเป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง ร่าเริง ไม่เครียดหรือหงุดหงิดก็จะทำให้ไม่เกิดปัญหากับบุคคลรอบข้างและสามารถทำงานร่วมกับบุคคลอื่น

Copyright by Mahidol University

ได้อย่างมีความสุข เกิดบรรยากาศที่นำไปสู่ความสามัคคีหรือความร่วมมือกันในการทำงาน (พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล, 2555)

2.3.3 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี พบว่ามีทฤษฎีที่เกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี คือ

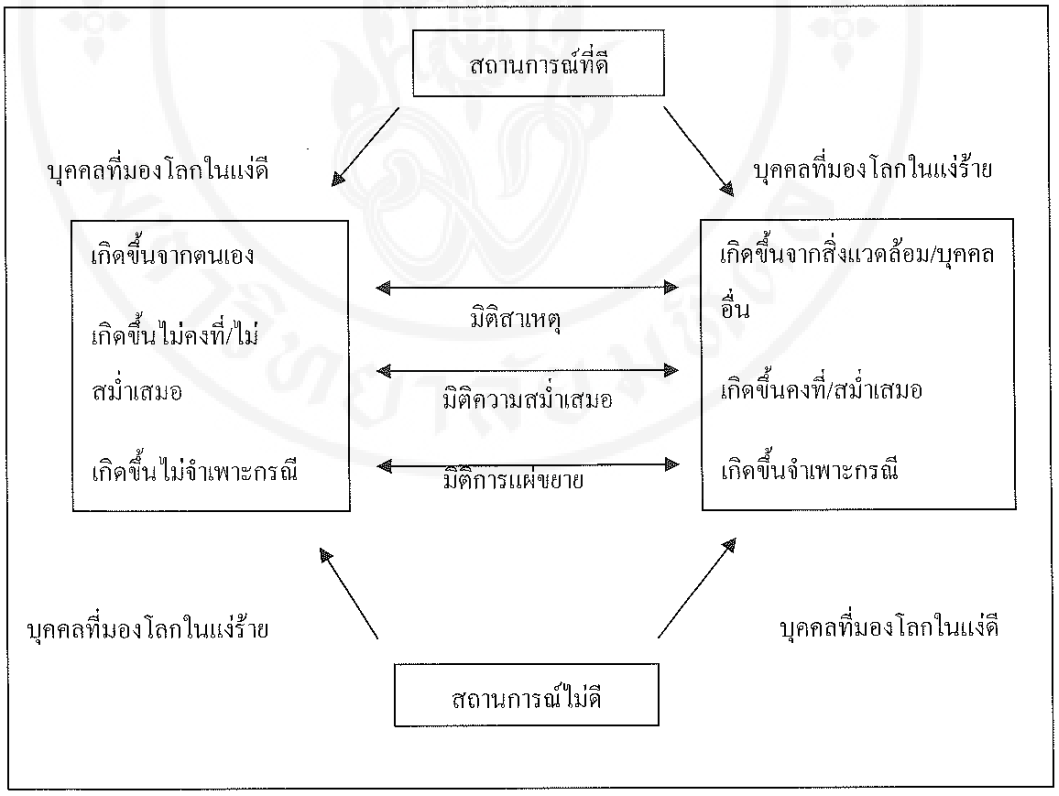
(1) แบบจำลองแรงจูงใจเกี่ยวกับความคาดหวัง (expectancy-value model of motivation) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากความต้องการที่จะไปให้ถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ยิ่งเป้าหมายนั้นเป็นสิ่งที่ต้องการบุคคลก็ยิ่งแสดงพฤติกรรมนั้นๆออกมา โดยแนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะคาดหวังในสิ่งที่ดีเสมอและมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้ อย่างไรก็ตามความสมดุลของความคาดหวังและการให้ค่าสิ่งที่คาดหวังจะเกี่ยวโยงกับความรู้สึกซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยผู้ที่มองโลกในแง่ดีเมื่อเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรค ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีมีความรู้สึกด้านบวกหลายๆอย่างรวมกันจึงสามารถจัดการและควบคุมสถานการณ์ได้ ส่วนบุคคลที่มองโลกในแง่ร้ายก็จะคาดหวังในผลลัพธ์ที่ไม่ดีมีความรู้สึกที่ไม่ดีหลายๆอย่างเกิดขึ้นร่วมกัน เช่น เครียด เศร้าและหมดหวัง เป็นต้น (Scheier et al., 2001 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงค์, 2554)

(2) ทฤษฎีการระบุเหตุแห่งพฤติกรรม (attribution theory) มีผู้สนใจศึกษาการระบุเหตุแห่งพฤติกรรมมาเป็นระยะเวลานาน แต่ในการวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงการศึกษาของ Weiner (Weiner, 1986 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงค์, 2554) ที่ได้ศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของการระบุเหตุแห่งพฤติกรรมที่บุคคลกระทำลงไปแล้วประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์และมโนทัศน์ที่มีต่อตนเอง (self concept) จากผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ประสบความล้มเหลวอยู่บ่อยครั้งจะทำให้บุคคลนั้นมีมโนทัศน์ที่ไม่ดีต่อตนเอง ขาดการยอมรับนับถือในตนเองและจะหมดกำลังใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ดังนั้นการที่บุคคลระบุเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวว่าเกิดจากสาเหตุอะไร จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีแนวโน้มที่จะยึดติดอยู่กับการรับรู้เช่นนั้น โดยจะส่งผลต่อการกระทำในอนาคตซึ่งหากบุคคลเชื่อมั่นว่าความสำเร็จที่ได้รับเป็นผลมาจากความสามารถของตนเองย่อมทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป เนื่องจากเชื่อว่าตนเองจะประสบความสำเร็จในการกระทำนั้น ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่เชื่อมั่นว่าความล้มเหลวที่ตนได้รับเป็นผลมาจากกิจกรรมที่ทำยากเกินกว่าความสามารถของตนเองจะทำได้ จึงนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง หมดกำลังใจท้อแท้และสิ้นหวังในการทำกิจกรรมนั้น

Copyright by Mahidol University

Weiner กล่าวว่า บุคคลสามารถอธิบายสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นให้ตนเองสามารถเข้าใจได้ด้วย 3 องค์ประกอบ (เกรียงสุข เฟื่องฟูพงค์, 2554) คือ ด้านปัจจัยภายในหรือปัจจัยภายนอกบุคคล (internal or external) เป็นการระบุสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวว่าเกิดจากตนเองหรือบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อมภายนอก ส่วนด้านความคงที่หรือไม่คงที่ของสาเหตุ (stable or unstable) เป็นการระบุสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวว่าเป็นสาเหตุที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือเป็นสาเหตุที่เปลี่ยนแปลงได้ และสุดท้ายด้านความเชื่อของบุคคลว่าสามารถควบคุมเหตุต่างๆได้หรือไม่ (within or outside his control) เป็นการระบุสาเหตุของความสำเร็จหรือความล้มเหลวว่าเป็นสาเหตุที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน คือไม่สามารถควบคุมสาเหตุนั้นได้หรือเป็นสาเหตุที่อยู่ภายใต้การควบคุมของตนเอง

การระบุเหตุแห่งพฤติกรรมของบุคคลที่มองโลกในแง่ดี



ภาพที่ 2.1 การระบุเหตุแห่งพฤติกรรมของบุคคลที่มองโลกในแง่ดี

ปรับมาจาก : Jamie, F. “Practical Applications of The Seligman Attributional Style Questionnaire (SASQ) อ้างใน ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552 หน้า 18)

Copyright by Mahidol University

จากแนวคิดทฤษฎีการระบุเหตุแห่งพฤติกรรมบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะระบุเหตุแห่งพฤติกรรมว่าเกิดจากสาเหตุภายในตนเอง ไม่คงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และอยู่ในการควบคุมของตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลมีแรงจูงใจและอารมณ์พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสู่การพยายามทำพฤติกรรมใหม่ (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์, 2550)

(3) ทฤษฎีการเรียนรู้การไร้ความสามารถ (learned helplessness theory) กล่าวว่าบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายในอดีตที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ ทำให้บุคคลรู้สึกสิ้นหวังและยุติการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจนนำไปสู่การเรียนรู้การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) จากการวิจัยเพื่อค้นหาและอธิบายสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า Seligman และ Maier ได้ทดลองให้สัตว์เผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือไม่สามารถหลีกเลี่ยง (Seligman and Maier, 1967 อ้างใน เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์, 2554) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า บุคคลที่มีความต้องการและคาดหวังที่จะเข้าควบคุมสภาพแวดล้อม แต่เมื่อไม่สามารถควบคุมได้ก็จะเกิดอาการสิ้นหวัง ขาดการยอมรับนับถือตนเองและอยู่ในภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่าการเรียนรู้การไร้ความสามารถเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่บุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เลวร้ายได้ ซึ่งทำให้เกิดความบกพร่อง 3 ด้าน (Hiroto and Seligman, 1975 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554) คือ <u>ความบกพร่องด้านแรงจูงใจ</u> (motivational deficit) ทำให้มีการตอบสนองภายใต้การควบคุมทางจิตใจช้าลง ทำให้บุคคลลดแรงจูงใจในการตอบสนองในครั้งต่อๆไป รู้สึกเหนื่อยหน่าย เฉื่อยช้า <u>ความบกพร่องด้านปัญญา</u> (cognitive deficit) เกิดขึ้นเมื่อความคาดหวังจากผลการกระทำนั้นมาสัมพันธ์กับการตอบสนองของตนเองที่เกิดขึ้นจริง ทำให้ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่างๆลดลง และ<u>ความบกพร่องด้านอารมณ์</u> (emotional deficit) เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดความขุ่นเคืองทางอารมณ์ ซึมเศร้า หมดกำลังใจในการกระทำสิ่งต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถสรุปลักษณะสำคัญของการช่วยเหลือตนเองไม่ได้ที่เกิดจากการเรียนรู้ว่าเกิดจากการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในการต่อสู้ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ บุคคลจะไม่สามารถช่วยตนเองได้และตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆด้วยการไม่กระทำพฤติกรรมใดๆเลย หรือการกระทำและผลที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่ต่อสู้เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุม จัดการหรือหลีกเลี่ยงได้ ก็จะไม่พยายามเรียนรู้ในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและปล่อยให้เกิดสถานการณ์แบบนั้นต่อไป และไม่มีความคิดที่นำไปสู่พฤติกรรมการต่อสู้ บุคคลที่ไม่ช่วยตนเองจะไม่เกิดการเรียนรู้ในการช่วยเหลือตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เลวร้าย ทำให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้และมีความเชื่อว่าในอนาคตก็ไม่สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ จึงทำให้ยังคงพฤติกรรมการไม่ต่อสู้ต่อไป Seligman ได้ชี้ให้เห็น

Copyright© by Mahidol University

ความสำคัญของการแผ่ขยายของการเกิดการเรียนรู้การไร้ความสามารถจากสภาพหนึ่งไปสู่อีกสภาพการณ์หนึ่งว่าประกอบด้วยความคล้ายคลึงของสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้การไร้ความสามารถ หากสภาพการณ์มีความคล้ายคลึงกันจะทำให้มีการเรียนรู้การไร้ความสามารถในสภาพการณ์หลังด้วย และยิ่งถ้าความรุนแรงจากสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดการช่วยตนเองไม่ได้มากจะทำให้เกิดการแผ่ขยายของการเรียนรู้ที่จะสิ้นหวังไปยังสภาพการณ์ที่ตามมาที่มีความรุนแรงน้อยกว่า (Seligman, 1975 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554) จากทฤษฎีจะเห็นได้ว่าแม้ในช่วงแรก Seligman จะสนใจเกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้การไร้ความสามารถนี้ ซึ่งดูเหมือนจะมองปัจเจกในเชิงลบ แต่ต่อมาในระยะหลัง Seligman ได้ให้ความสำคัญกับความเข้มแข็ง (strength) รวมทั้งการมองโลกในแง่ดีของปัจเจกบุคคลเพิ่มขึ้น จนทำให้เขานำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้การไร้ความสามารถ (learned helplessness theory) ไปสู่การพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี และได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดภาวะเชิงสันนิษฐานนี้ โดยเขาได้ใช้แนวคิดการระบุเหตุแห่งพฤติกรรม (attribution concepts) ของ Weiner มาร่วมเป็นพื้นฐานในการอธิบายรูปแบบของกระบวนการทางความคิดในสถานการณ์ต่างๆที่แตกต่างกันระหว่างการมองโลกในแง่ดีและการมองโลกในแง่ร้าย

2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมองโลกในแง่ดี

การมองโลกในแง่ดีเป็นธรรมชาติของบุคคล โดยการมองโลกในแง่ดีเป็นความแตกต่างในเรื่องความคิดของบุคคลที่คาดถึงผลลัพธ์ในการอนาคตหรือเป็นการให้เหตุผลกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตน จึงทำให้ระดับการมองโลกในแง่ดีของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับทั้งจากความสำเร็จและความล้มเหลว เนื่องจากประสบการณ์ที่ได้รับจะส่งผลต่อทัศนะในการมองโลกของบุคคล หากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จแล้วก็จะมีความคาดหวังว่าตนเองจะต้องประสบความสำเร็จในอนาคตด้วย ในทำนองเดียวกันบุคคลที่ได้รับประสบการณ์ล้มเหลวก็จะมีความคาดหวังว่าตนเองจะต้องล้มเหลวในอนาคตด้วยเช่นกัน (Schiever and Carver, 2005 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554)

(2) การได้รับการปลูกฝังตั้งแต่วัยเด็ก หากผู้ดูแลเป็นผู้มองโลกในแง่ดีและมีการปลูกฝังอบรมให้เด็กเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีการให้ข้อมูลย้อนกลับในการอธิบายต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะสถานกาณ์ที่ล้มเหลวหากมีการให้ข้อมูลในด้านบวกก็จะส่งผลให้บุคคลมีทัศนะในการมองโลกในแง่ดีตามไปด้วย (Schiever and Carver, 2005 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554)

Copyright by Mahidol University

(3) การได้รับความเจ็บปวดทางจิตใจอย่างรุนแรง บุคคลที่ได้รับความบอบช้ำทางด้านจิตใจ มีประสบการณ์ที่เลวร้ายก็จะส่งผลต่อรูปแบบในการอธิบายสาเหตุพฤติกรรมดังได้กล่าวแล้ว

ข้างต้นหรือทำให้มีทัศนะในการมองโลกในแง่ร้ายได้ (Schiever and Carver, 2005 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554)

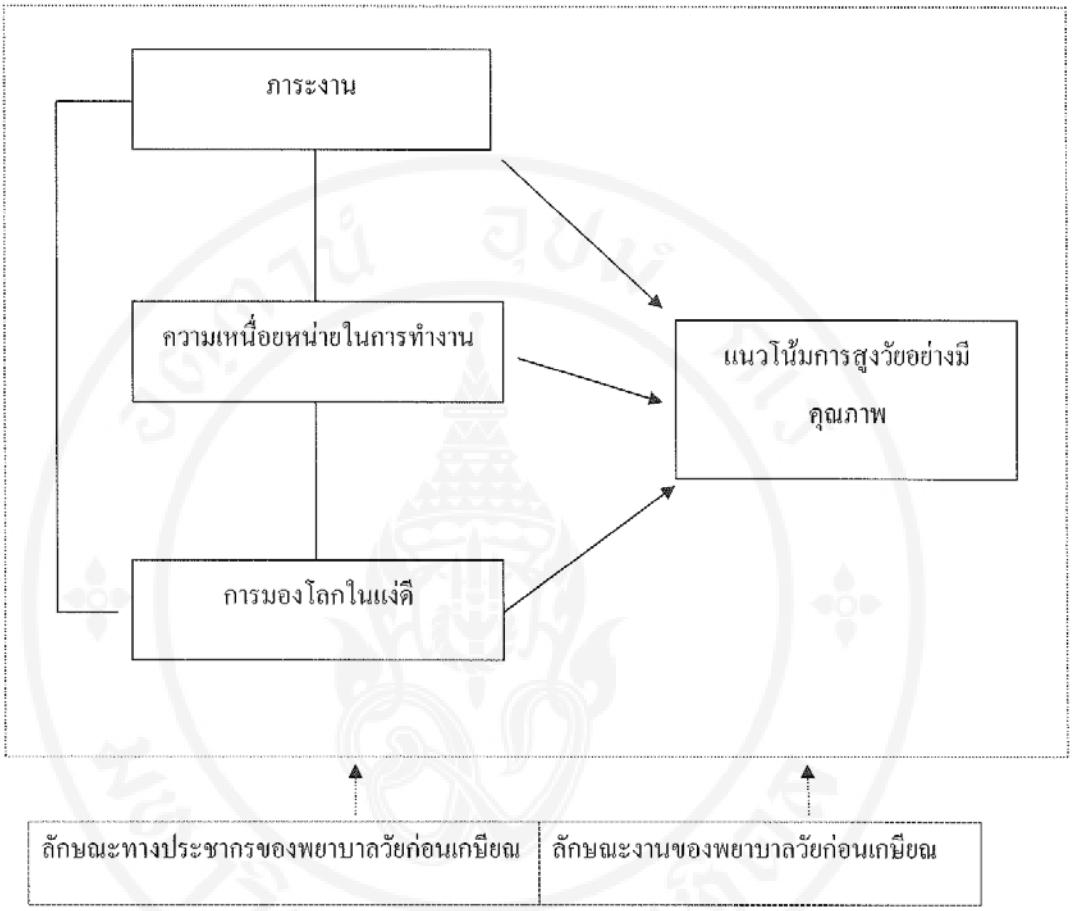
(4) ความฉลาดทางอารมณ์ หรือ เชาวน์อารมณ์ คือ ความสามารถทางอารมณ์ของบุคคลในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ทั้งของตนเองและผู้อื่น ตระหนักรู้จักตนเอง รู้ว่าตนเองต้องการอะไรในชีวิต มีความสามารถในการจัดการควบคุมอารมณ์ตนเอง มีวินัย บังคับใจตนเองได้ มีความรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น มีความสามารถในการจัดการอารมณ์ของคนอื่น มีอารมณ์ร่วมกับผู้อื่น คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี เข้ากับคนอื่นได้ รู้จักการทำงานเป็นทีม สามารถสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่นและรักษาให้ยืนยาวได้ รู้จักเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เมื่อเกิดปัญหาในชีวิตก็สามารถจัดการกับปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ไม่จมอยู่กับ ความเศร้า นานเกินไป ไม่ท้อแท้ง่าย สามารถหาทางออกของปัญหาให้กับตนเองได้ด้วยดี โดยไม่ทำร้ายตัวเอง หรือผู้อื่น รวมทั้งเป็น ผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี (สุรพงษ์ อำพันวงษ์, 2541)

(5) การคาดหวัง คือ ความมุ่งหวังต่อการกระทำหรือสถานการณ์ว่าน่าจะเกิดขึ้นอย่างที่ตนเองคิดไว้ โดยมีกำลังใจและแนวทางที่จะดำเนินไปให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ (Grose, 2009 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554)

(6) ความเชื่อมั่นในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึก หรือความคิด ความเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ตามที่ตนได้ตั้งใจไว้ (Grose, 2009 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554) แม้ว่าจะมีอุปสรรคก็ไม่ทำให้เกิดความย่อท้อ ยังคงสามารถทำสิ่งนั้น ๆ ต่อไป โดยมีความมั่นใจว่าตนสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความถูกต้อง บุคคลที่มีความเชื่อในตนเองมักจะกล้าตัดสินใจด้วยตนเองเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น มีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน สามารถทำให้ตนประสบความสำเร็จในการงานได้ มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ และสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ (อุษณีย์ โพธิสุข, 2542) ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองและการเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้นำไปสู่การมองโลกในแง่ดี (Dunavold, 1997 อ้างใน วรางคณา รัชตะวรรณ, 2554)

Copyright by Mahidol University

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สืบเนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ตั้งสมมุติฐานได้ว่า พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีภาระงานมาก จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมาก จะมีการมองโลกในแง่ดีต่ำ อีกในขณะหนึ่งพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีสูง จะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานน้อย แม้จะมีภาระงานที่มาก โดยทั้งภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีน่าจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ นอกจากนี้ลักษณะทางประชากรและลักษณะงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังอาจตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อภาระงานของพยาบาล ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ การวิจัยนี้จึงได้เสนอกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงไว้ในภาพที่ 2.2

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ รวมถึงเพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยได้กำหนดประชากรที่เป็นกรอบในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลผู้ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และต้องเป็นข้าราชการหรือพนักงานมหาวิทยาลัยในทุกแผนกการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ซึ่งอาจส่งผลต่อภาระงาน กับทั้งเป็นโรงพยาบาลที่บุคลากรมีคุณภาพสูง

สำหรับกลุ่มตัวอย่างได้ทำการสุ่มโดยเริ่มจากบัญชีรายชื่อพยาบาลฝ่ายการพยาบาล โดยเจาะจงเลือกเฉพาะพยาบาลประจำวัยก่อนเกษียณทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 191 คน อย่างไรก็ตามจากการส่งแบบสอบถามให้พยาบาลทุกท่านตามรายชื่อได้รับแบบสอบถามตอบกลับมา 148 คน และเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่า มีความสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 136 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ของประชากรตัวอย่างทั้งหมดในกรอบประชากร (population frame) ของการวิจัยนี้

3.2 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

Copyright by Mahidol University

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับลักณะและภาระงาน มาตรวัด

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน มาตรวัดการมองโลกในแง่ดี และส่วนสุดท้ายเป็นแบบวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการพัฒนาแบบสอบถาม ดังนี้

(1) ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิด เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบโครงสร้างของภาวะเชิงสันนิษฐาน (construct) ซึ่งเป็นตัวแปรต่างๆในการศึกษาครั้งนี้

(2) สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยมาตรวัดต่างๆอันสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย พร้อมทั้งปรับปรุงตามที่ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา

(3) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ดูความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

(4) นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นภายหลังที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษามาทดลองใช้ (pretest) โดยได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ศึกษา คือ เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งเดียวกับที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีอายุ 54 ปี ซึ่งมีทั้งหมด 45 คน เนื่องจากมีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด โดยได้เจาะจงเลือกทั้งหมด แต่ได้รับแบบสอบถามตอบกลับมาทั้งหมด 31 คน เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 64.44 ของกลุ่มพยาบาลที่มีอายุ 54 ปี จากนั้นจึงได้นำแบบสอบถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแต่ละมาตรวัด

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทการจ้างงานข้าราชการ/พนักงานมหาวิทยาลัย ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน โดยเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและภาระงาน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งหน้าที่ จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานใน 1 วัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) งานที่

Copyright© by Mahidol University

ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานการพยาบาลหรืองานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำ (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และการรับรู้ปริมาณงานของตนเอง โดยคำถามในส่วนนี้เป็นคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 3 มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน มาตรวัดนี้ได้นำมาจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson (1986) Maslash Burnout Inventory (MBI) ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีการสร้างขึ้นเพื่อนำมาใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม มาตรวัดนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สิระยา สัมมาวาจ โดยได้ให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาตรวจสอบคำแปล ความหมาย 1 ท่าน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 5 ท่าน (สิระยา สัมมาวาจ, 2532) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตและได้รับอนุญาตในการนำมาตรวัดนี้มาใช้ มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson นี้มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ เพื่อประเมินในมิติของความถี่ (frequency) ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยแบ่งการวัดออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion Subscale –EE) ซึ่งมีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 2 3 6 8 13 14 16 20 มิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (Depersonalization Subscale – DP) มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5 10 11 15 22 และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ (Personal Accomplishment Subscale - PA) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4 7 9 12 17 18 19 21 มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานนี้ได้รับการปรับปรุงให้เหลือเพียงการประเมินความรู้สึกทางด้านความถี่ด้านเดียว เนื่องจากคำตอบด้านความถี่และความรุนแรงมีความสัมพันธ์กันสูง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า 0.8 (Maslach , Jackson , Leiter, 1996 อ้างใน สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) ส่วนการตอบของมาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (Rating scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล

- ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ได้ 0 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้ 1 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้ 2 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้ 3 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้ 4 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้ 5 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน ได้ 6 คะแนน

Copyright by Mahidol University

ส่วนมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จมีเกณฑ์การให้คะแนนในทิศทางที่ตรงข้ามกัน คือ

- ถ้าไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ได้	6 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง ได้	5 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง ได้	4 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง ได้	3 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้	2 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้	1 คะแนน
- ถ้ามีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน ได้	0 คะแนน

Maslach และคณะ (1986) ได้หาความตรงเชิงสอดคล้อง (convergent validity) และความตรงตามอำนาจจำแนก (discriminant validity) ในกลุ่มบุคคลที่ทำงานด้านบริการสังคมในสาขาอาชีพต่างๆ หลายกลุ่ม โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเหนื่อยหน่ายที่ประเมินด้วยตนเองของแต่ละบุคคลกับคะแนนพฤติกรรมที่ประเมินโดยบุคคลใกล้ชิดและลักษณะงาน ส่วนการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของมาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในแต่ละมิติ ได้ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มตัวอย่าง 1,316 คน ได้ค่ามิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ 0.90 มิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล 0.79 และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ 0.71 โดยสรุปมาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในระดับค่อนข้างสูง และได้มีการหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ของเครื่องมือในกลุ่มนักศึกษาปริญญาโททางสังคมสงเคราะห์และผู้บริหารทางสาธารณสุข 53 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำโดยค่ามิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ 0.82 มิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล 0.60 และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ 0.80 ทั้งนี้พบว่ามาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในมิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง แต่ในมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลมีค่าความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง นอกจากนั้น Maslach ยังได้หาความสัมพันธ์ของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละมิติโดยใช้มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายวัดบุคคลที่ทำงานด้านบริการสังคมหลากหลายสาขาอาชีพ พบว่า ระหว่างมิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ระหว่างมิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ ระหว่างมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลและมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Maslach and Jackson, 1986 อ้างใน สิระยา สัมมาวาจ, 2532)

Copyright by Mahidol University

สำหรับในประเทศไทย สิระยา สัมมาวาจ (2532) ได้นำมาตรวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของมาตราวัดในแต่ละมิติในกลุ่มพยาบาลประจำที่ทำงานในโรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 28 คน โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ คือมิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่า α เท่ากับ 0.92 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ส่วนมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลได้ค่า α เท่ากับ 0.66 และมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จค่า α เท่ากับ 0.65 มีค่าความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของมาตราวัดในแต่ละมิติจากกลุ่มพยาบาลที่มีอายุ 54 ปี (จำนวน 29 คน) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบเครื่องมือ พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ค่า α เท่ากับ 0.88 ซึ่งหมายถึงมีความเชื่อมั่นระดับสูง ส่วนมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลค่า α เท่ากับ 0.20 ซึ่งมีความเชื่อมั่นต่ำมาก และในมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จค่า α เท่ากับ 0.60 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง แต่เมื่อนำมาตรวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมของความเหนื่อยหน่ายในทั้ง 3 มิติ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นค่า α เท่ากับ 0.69 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) อีกครั้งในกลุ่มของพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (จำนวน 136 คน) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้พบว่า มิติความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ค่า α เท่ากับ 0.89 ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นระดับสูง ส่วนมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคลค่า α เท่ากับ 0.64 เป็นความเชื่อมั่นระดับปานกลาง และในมิติความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จค่า α เท่ากับ 0.73 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ในส่วนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมทั้ง 3 มิติ มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.83 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 มาตรวัดการมองโลกในแง่ดี มาตรวัดนี้ได้พัฒนามาจากแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรมของ Seligman (The Seligman Attributional Style Questionnaire: SASQ) (Seligman et al, 1990 อ้างใน ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสุวรรณา ม่วงงาม โดยมาตรวัดนี้ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านการแปลภาษาต่างประเทศและได้มีการปรับปรุงให้ถูกต้องตรงกับภาษาไทยและวัฒนธรรมไทย (สุวรรณา ม่วงงาม, 2550 อ้างใน ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552) โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตและได้รับอนุญาตในการนำมาตรวัดนี้มาใช้ในการวิจัย มาตรวัดนี้ประกอบด้วยสถานการณ์สมมุติ 12 สถานการณ์ ซึ่งเป็น

Copyright by Mahidol University

สถานการณ์ที่ดี 6 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ 1 3 6 9 10 12 และสถานการณ์ที่ไม่ดี 6 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ที่ 2 4 5 7 8 11 ในแต่ละสถานการณ์จะมีข้อคำถาม 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งหมด 48 ข้อ โดยในคำถามข้อแรกของแต่ละสถานการณ์ จะถามถึงสาเหตุสำคัญ (major case) ที่ทำให้เกิดสถานการณ์ในแต่ละสถานการณ์ โดยให้เขียนสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดสถานการณ์นั้นลง ส่วนคำถามอีก 3 ข้อในแต่ละสถานการณ์มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 1 – 7 ซึ่งจะวัดรูปแบบการอธิบายสถานการณ์ใน 3 มิติ คือ

(1) มิติสาเหตุ คือ สาเหตุของสถานการณ์เกิดจากตนเอง (internal) หรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น (external) ซึ่งคำถามจะอยู่ในข้อที่ 2 ของแต่ละสถานการณ์

(2) มิติความสม่ำเสมอ คือ สาเหตุของสถานการณ์นั้นๆจะคงที่สม่ำเสมอ (stable) หรือเกิดขึ้นไม่คงที่ ไม่สม่ำเสมอ (unstable) ซึ่งคำถามจะอยู่ในข้อที่ 3 ของแต่ละสถานการณ์

(3) มิติการแผ่ขยาย คือ สาเหตุของสถานการณ์มีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่น (global) หรือเกิดเฉพาะเจาะจงในสถานการณ์เดียว (specific) ซึ่งคำถามจะอยู่ในข้อที่ 4 ของแต่ละสถานการณ์

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละสถานการณ์ คำถามข้อแรกในแต่ละสถานการณ์ที่เขียนคำตอบสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดสถานการณ์ขึ้นนั้นมิไม่นำมาคิดคะแนนเพียงแต่เป็นการช่วยให้การตอบคำถามในข้อต่อไปง่ายขึ้นเท่านั้น ส่วนคำถามในข้อที่ 2 – 4 ในแต่ละสถานการณ์ที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 1 – 7 โดยได้ให้เลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุดเพียงตัวเลขเดียว จากนั้นได้ให้คะแนนตามตัวเลขที่เลือก

Peterson และคณะ (1983) ได้นำแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรม (Attributional Style Questionnaire: ASQ) มาใช้ในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 130 คน เพื่อวัดระดับอารมณ์ซึมเศร้าก่อนและหลังการสอบกลางภาคเรียน พร้อมทั้งทำนายการให้สาเหตุของสถานการณ์ที่ไม่ดี ว่าจะมีการคงอยู่ตลอดไป และมีการแผ่ขยายทำให้สถานการณ์อื่นๆไม่ดีตามไปด้วย โดยแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรม (Attributional Style Questionnaire: ASQ) นี้มีค่าความเชื่อถือได้ด้วยความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ในสถานการณ์ที่ดี 0.75 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ในสถานการณ์ที่ไม่ดี 0.72 และมีความตรงของโครงสร้างและความตรงของเนื้อหา (Content Validity) นอกจากนี้ยังได้หาค่าความเชื่อถือได้ด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest method) ของเครื่องมือในกลุ่มนักศึกษาปริญญาตรีจำนวน 100 คน โดยในสถานการณ์ที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ (reliability coefficient) 0.70 โดยมิติที่มีสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.58 มิติความสม่ำเสมอ

Copyright by Mahidol University

(stability) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.65 และมิติการแผ่ขยาย (globality) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.59 ส่วนในสถานการณ์ที่ไม่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.64 ทั้งนี้มิติเกี่ยวกับสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.64 ความสัมพันธ์ในด้านความสม่ำเสมอ (stability) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.69 และมิติการแผ่ขยาย (Globality) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้ 0.57 (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky, and Seligmam, 1983)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรม (Attributional Style Questionnaire: ASQ) มาใช้กับพยาบาลกลุ่มอายุ 54 ปี จำนวน 29 ราย พบว่าในสถานการณ์ที่ดี มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) 0.80 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อถือได้ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์มิติสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.64 มิติความสม่ำเสมอ (stability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.62 และมิติการแผ่ขยาย (globality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.65 ในส่วนของสถานการณ์ที่ไม่ดีพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.83 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อถือได้ในระดับสูงเช่นกัน โดยมิติสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.50 มิติความสม่ำเสมอ (stability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.74 และมิติการแผ่ขยาย (globality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) 0.80

นอกจากนั้นในงานวิจัยนี้ได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อถือได้อีกครั้งในกลุ่มพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 136 ราย พบว่าในสถานการณ์ที่ดีมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.83 มิติสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.67 มิติความสม่ำเสมอ (stability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.67 และมิติการแผ่ขยาย (globality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.74 สำหรับมิติของสถานการณ์ที่ไม่ดีพบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.69 มิติสาเหตุจากปัจจัยภายใน (internality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.63 มิติความสม่ำเสมอ (stability) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.71 และมิติการแผ่ขยาย (globality) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) 0.81

นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ทำการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) เพื่อทดสอบว่าแบบวัดนี้มีความตรงเชิงโครงสร้างตามที่ Seligman ได้ใช้แนวคิดการระบุเหตุแห่งพฤติกรรม (attribution theory) ในการอ้างเหตุแห่งผลของพฤติกรรม ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการมองโลกในแง่ดีและคะแนนของแต่ละมิติ (มิติสาเหตุ, มิติความ

Copyright by Mahidol University

สม่ำเสมอ และมิติการแผ่ขยาย) พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในสถานการณ์ที่ดีเชื่อว่าสาเหตุการเกิดสถานการณ์ที่มาจากตนเองมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง (r = 0.57) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเชื่อว่าในอนาคตจะเกิดสถานการณ์ที่ดีอีกโดยมีความสัมพันธ์ปานกลางกับการมองโลกในแง่ดี (r = 0.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และยังเชื่ออีกว่าสถานการณ์ที่ดีจะมีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นๆในชีวิตด้วยพบความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีในระดับค่อนข้างต่ำ (r = 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนในสถานการณ์ที่ไม่ดีพบว่าในมิติความสม่ำเสมอเชื่อว่าสถานการณ์ที่ไม่ดีจะไม่เกิดขึ้นอีกโดยมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง (r = - 0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกันกับการเชื่อว่าสถานการณ์ที่ไม่ดีจะไม่มีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นๆในชีวิต ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (r = - 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับสาเหตุการเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดี (P > 0.05) อย่างไรความสัมพันธ์เหล่านี้เกือบทั้งหมดมีลักษณะเป็นไปตามโครงสร้างของภาวะเชิงสันนิฐาน (construct) ที่เรียกว่าการมองโลกในแง่ดี (optimism) ตามแนวคิดของ Seligman (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky, and Seligmam, 1983) ดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างมิติสาเหตุ มิติความสม่ำเสมอ มิติการแผ่ขยายกับการมองโลกในแง่ดี

	การมองโลกในแง่ดี	
	สถานการณ์ที่ดี	**สถานการณ์ที่ไม่ดี**
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)
มิติสาเหตุ	0.57* (0.001)	- 0.15 (0.08)
มิติความสม่ำเสมอ	0.66* (0.001)	- 0.53* (0.001)
มิติการแผ่ขยาย	0.39* (0.001)	- 0.46* (0.001)

***P < 0.001**

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จากดัชนีความเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพขององค์กรอนามัยโลก (WHO, 2002) และโดยอาศัยแนวคิดจากแบบวัดพฤฒิพลังของกุศล สุนทรธาดาและกมลชนก ขำสุวรรณ (2553) และแบบประเมินความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทของสังคมไทย โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยดัชนีวัดผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลังของกุศล สุนทรธาดาและกมลชนก ขำสุวรรณ มี 3 ดัชนี 15 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย ดัชนีด้านสุขภาพ มีตัวชี้วัด 7 ตัว คือ สถานะสุขภาพที่ผู้ตอบประเมินเอง สุขภาพจิต ความพิการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional limitation) ดัชนีด้านการมีส่วนร่วม มีตัวชี้วัด 3 ตัว คือ การมีส่วนร่วมในการทำงาน การมีส่วนร่วมในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่มหรือชมรม ส่วนดัชนีด้านความมั่นคง มีตัวชี้วัด 5 ตัว คือ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งรายได้ ความเป็นเจ้าของบ้าน การอยู่อาศัย และการมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่ปลอดภัย ทั้งนี้โดยในการสร้างดัชนีวัดผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลังนี้มาจากข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วม และข้อมูลด้านความมั่นคงตามกรอบแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) และได้สร้างให้เครื่องมือนี้มีลักษณะเป็นดัชนีองค์ประกอบ (composite index) เพื่อใช้ในการคำนวณหาผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลัง ตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานด้าน Active Ageing ของรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งได้มีการปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย (กุศล สุนทรธาดาและกมลชนก ขำสุวรรณ, 2553) ส่วนแบบประเมินความมั่นคงของมนุษย์ในบริบทของสังคมไทย โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นั้นประกอบด้วย 10 มิติ คือ มิติที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มิติสุขภาพอนามัย มิติทางการศึกษา มิติการมีงานทำและรายได้ มิติครอบครัว มิติความมั่นคงส่วนบุคคล มิติการสนับสนุนทางสังคม มิติสังคมวัฒนธรรม มิติสิทธิและความเป็นธรรม และมิติการเมือง ธรรมมาภิบาล

จากแนวทางข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพขึ้นมาใหม่ตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมี 3 มิติ คือ มิติสุขภาพ (health) มี 10 ข้อ เกี่ยวกับ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) จำนวนชั่วโมงการนอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวันในปัจจุบัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกฮอล์ การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย การมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตในปัจจุบันรวมทั้งการคาดการณ์ภาวะสุขภาพภายหลังเกษียณที่ผู้ตอบประเมินเอง ส่วนมิติการมีส่วนร่วม (participation) มี 5 ข้อ คือ ความบ่อยในการพบปะสังสรรค์พบเพื่อนสนิทในปัจจุบันและความคาดการณ์ในความบ่อยนั้นหลังเกษียณ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัวและชุมชนในปัจจุบันและภายหลังเกษียณ และกิจกรรมภายหลังเกษียณอื่นๆ สำหรับมิติความมั่นคงในชีวิต (security) มี 10 ข้อ คือ แหล่งที่มาของรายได้ภายหลังเกษียณ

Copyright by Mahidol University

ความพอเพียงของรายได้ภายหลังเกษียณ เงินออม หนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ ความเป็นเจ้าของบ้าน จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน บุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โดยแบบวัดนี้มีลักษณะเป็นทั้งคำถามปลายเปิด – ปิด โดยให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 2 ระดับ, 3 ระดับ, 4 ระดับ, และ 5 ระดับ (rating scale) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของคำถาม

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยในกลุ่มพยาบาลอายุ 54 ปี จำนวน 29 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.40 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านพบว่า มิติสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.30 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระดับต่ำเช่นกัน มิติการมีส่วนร่วมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.10 ซึ่งหมายถึงว่าแทบไม่มีค่าความเชื่อมั่น และในมิติความมั่นคงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.12 ซึ่งหมายถึงว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ค่อนข้างต่ำเช่นกัน การได้ค่าเชื่อมั่นในแต่ละด้านค่อนข้างต่ำอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คนนี้อยู่ในกลุ่มอายุ 54 ปี ซึ่งยังมิใช่วัยที่จะเกษียณ

อย่างไรก็ตามเมื่อได้วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอีกครั้งในกลุ่มพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 136 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) 0.62 ซึ่งถือเป็นค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลาง ในมิติสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.49 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลางเช่นกัน มิติการมีส่วนร่วมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.62 แต่ในมิติความมั่นคงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.28 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นระดับต่ำ

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนเนื่องจากแบบวัดนี้ในแต่ละด้านมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน กับทั้งคำตอบในแต่ละข้อมีระดับคะแนนที่แตกต่างกัน จึงได้ปรับฐานของคะแนนในแต่ละด้านด้วยการใช้สมการดังนี้ $(T\ score) = X_1/M_1*T + X_2/M_2*T + X_3/M_3*T$ .....

เมื่อ X_i = คะแนนตัวชี้วัดแต่ล่ะตัวของแต่ละบุคคล

M_i = คำตอบที่เป็นค่าสูงสุดของตัวชี้วัดแต่ล่ะตัว

T = จำนวนรวมของตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

Copyright by Mahidol University

<u>คะแนนมิติสุขภาพ</u> ดัชนีมวลกาย (X_1) ชั่วโมงการนอนโดยเฉลี่ยต่อวัน (X_2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (X_3) การสูบบุหรี่ (X_4) การออกกำลังกายในปัจจุบัน (X_5) การออกกำลังกายภายหลังเกษียณ (X_6) ภาวะสุขภาพที่ผู้ตอบประเมินเอง (X_7) ภาวะสุขภาพจิตที่ผู้ตอบประเมินเอง (X_8) มีโรคประจำตัว (X_9) และการคาดการณ์ภาวะสุขภาพภายหลังเกษียณ (X_{10})

คะแนนด้านสุขภาพ (H score) = (H score) = $X_1/4*10 + X_2/3*10 + X_3/2*10 + X_4/2*10 + X_5/4*10 + X_6/4*10 + X_7/3*10 + X_8/3*10 + X_9/2*10 + X_{10}/3*10$

<u>คะแนนมิติการมีส่วนร่วม</u> ความบ่อยในการพบปะสังสรรค์ในปัจจุบัน (X_1) คาดการณ์ความบ่อยในการพบปะสังสรรค์ภายหลังเกษียณ(X_2) การคาดการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรมภายหลังเกษียณ (X_3) งานอดิเรก (X_4) และการคาดว่าจะเรียนเพิ่มเติมภายหลังเกษียณ (X_5)

คะแนนด้านการมีส่วนร่วม (P score) = $X_1/3*5 + X_2/3*5 + X_3/3*5 + X_4/2*5 + X_5/2*5$

<u>คะแนนมิติความมั่นคงในชีวิต</u> การมีเพื่อนสนิท (X_1) ภายหลังเกษียณจะอยู่อาศัยกับใคร (X_2) การมีเงินออม (X_3) การคาดว่าจะมีรายได้พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตที่สะดวกสบายภายหลังเกษียณ (X_4) การมีหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ (X_5) การมีบ้านเป็นของตนเอง (X_6) การคาดว่าจะประกอบอาชีพที่มีรายได้ภายหลังเกษียณ (X_7) การเคยถูกกระทำความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ (X_8) การมีบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนในปัจจุบัน (X_9) การมีบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนภายหลังเกษียณ (X_{10})

คะแนนด้านความมั่นคงในชีวิต (S score) = $X_1/2*10 + X_2/2*10 + X_3/2*10 + X_4/2*10 + X_5/3*10 + X_6/2*10 + X_7/2*10 + X_8/3*10 + X_9/2*10 + X_{10}/2*10$

3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยการดำเนินการวิจัยได้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัย เป็นอิสระและสบายใจ แบบสอบถามที่เก็บมิได้มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลเป็นความลับ กับทั้งมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยในจดหมายแนะนำ นอกจากนี้ยังได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถยุติการให้ความร่วมมือและสามารถขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องบอกเหตุผล กับทั้งในการนำเสนอผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้งานวิจัยได้ผ่าน

Copyright© by Mahidol University

การอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข si137/2014

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากที่สุด โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

(1) ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความร่วมมือผ่านบัณฑิตวิทยาลัยถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิในกรุงเทพมหานครแห่งที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

(2) ภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้แล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบตัวแทนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ แนวทางการดำเนินวิจัยอย่างชัดเจน หลังจากนั้นได้ตรวจสอบกลุ่มประชากรจากรายชื่อพยาบาลทั้งหมดของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ เพื่อทราบรายชื่อและจำนวนพยาบาลวัยก่อนเกษียณทั้งหมด

(3) จากนั้นผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ตัวแทนฝ่ายการพยาบาลส่งแบบสอบถามไปยังพยาบาลวัยก่อนเกษียณทุกแผนกการพยาบาลตามรายชื่อ เพื่อนำไปตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และกำหนดรับแบบสอบถามคืนเมื่อครบ 2 สัปดาห์ เมื่อครบ 2 สัปดาห์ผู้วิจัยได้ไปติดต่อขอรับแบบสอบถามคืนจากตัวแทนฝ่ายการพยาบาลที่ได้เก็บรวบรวมจากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกจากการวิจัย จากนั้นได้นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัส แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติตามที่ได้วางแผนไว้ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistics package for the social science for personal computer) ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ ได้วิเคราะห์นัยสำคัญในทางสถิติในระดับร้อยละ 95 (α = 0.05) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับผลการวิจัย ทั้งนี้ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้

Copyright by Mahidol University

(1) บรรยายข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(2) บรรยายระดับภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดี รวมทั้งการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(3) วิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่าย และการมองโลกในแง่ดี โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และคำนวณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีระหว่างกลุ่มที่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้กรณีที่เป็นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยตัวแปรแต่ละตัวที่มีระดับการวัดเป็นกลุ่ม (2 กลุ่ม) (t– test)

(4) สร้างสมการในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) นอกจากนั้นยังได้ทดสอบเพิ่มเติมเพื่อการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยเพิ่มเติมตัวแปรลักษณะประชากรและภาระงาน (เฉพาะตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรทำนายในสมการแรก) เพื่อเพิ่มปัจจัยที่มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ผลการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการหาคำตอบเกี่ยวกับระดับและความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ ดังนั้นการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน โดยในส่วนแรกเป็นการกล่าวถึงลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณของการศึกษาครั้งนี้ ส่วนที่สองเป็นข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงาน ภาระงานของพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่สามจะเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ส่วนที่สี่อธิบายเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลตัวอย่าง และส่วนที่ห้าจะนำเสนอแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง โดยใช้ปัจจัยเชิงจิตวิทยาทั้ง 2 ตัวแปรข้างต้นเป็นปัจจัยหลักในการทำนาย ทั้งนี้ส่วนที่หนึ่งถึงส่วนที่สี่จะนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีได้วิเคราะห์ด้วยการหาค่าสัมประสิทสหสัมพันธ์และยังได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองกับตัวแปรทางลักษณะประชากรและภาระงานโดยจะวิเคราะห์ด้วยการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากรและภาระงานที่แตกต่างกันด้วย t-test สุดท้ายจะนำเสนอสมการพยากรณ์แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression)

4.1 ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลประจำวัยก่อนเกษียณที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) มีเพียง 3 คน เท่านั้นที่เป็นเพศชาย โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 57.61

Copyright© by Mahidol University

ปี (S.D. 1.77 ปี) เป็นพยาบาลที่มีอายุ 60^{+} ปี (บางท่านมีอายุย่างเข้า 61 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 22.1) และรองลงมาเป็นพยาบาลที่มีอายุ 57 ปี (ร้อยละ 18.4) ส่วนด้านสถานภาพสมรส พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคงสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.7) โดยมีสถานภาพเป็นหม้ายหรือ หย่า/แยก 9 คน และเป็นที่น่าสังเกตว่ามีสถานภาพโสดถึง ร้อยละ 39.7 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 78.04) โดยประมาณเกือบครึ่งหนึ่งจะมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 47.56)

สำหรับการศึกษาของพยาบาลประจำวัยก่อนเกษียณตัวอย่างพบว่าทุกคนสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ขณะเดียวกันยังมีผู้สนใจศึกษาในระดับปริญญาตรีในสาขาอื่นๆดังนี้ เช่น ในสาขาครุศาสตร์ (จำนวน 5 คน) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ (จำนวน 3 คน) สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาคหกรรมศาสตร์ สาขาศิลปศาสตร์ (สาขาละ 2 คน) และสาขานิติศาสตร์ (จำนวน 1 คน) โดยรวมพบว่ามีพยาบาลตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดเพียงในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.1 ในส่วนผู้ที่สำเร็จการศึกษาถึงระดับปริญญาโท มีจำนวน 40 คน (ร้อยละ 29.4) โดยส่วนใหญ่ศึกษาต่อในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาบริหารพยาบาล (อย่างละ 14 คน) สาขาการจัดการภาครัฐและหรือสาขาบริหารธุรกิจ (จำนวน 7 คน) สาขาวิทยาศาสตร์ (จำนวน 2 คน) และสาขาพุทธศาสตร์การพัฒนา สุขศึกษา ครุศาสตร์อย่างละ 1 คน นอกจากนี้ยังมีผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.5 คือ สาขาศึกษาศาตร์ จำนวน 1 คน แต่อีกท่านหนึ่งมิได้ระบุสาขาไว้) (ดังตาราง 4.1)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	2.2
หญิง	133	97.8
อายุ		
55 ปี	23	16.9
56 ปี	18	13.2
57 ปี	25	18.4
58 ปี	23	16.9
59 ปี	17	12.5
60^{+} ปี	30	22.1
Mean = 57.61 ปี S.D. = 1.77 ปี Min = 55 ปี Max = 60^{+} ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	54	39.7
สมรส	73	53.7
หย่า/แยก	3	2.2
หม้าย	6	4.4
การมีบุตร (n = 82)		
ไม่มีบุตร	18	21.9
บุตร 1 คน	19	23.2
บุตร 2 คน	39	47.6
บุตร 3 คน	6	7.3
Mean = 1.40 คน S.D. = 0.91 คน Min = ไม่มีบุตร Max = 3 คน		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร **(ต่อ)**

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	94	69.1
ปริญญาโท	40	29.4
ปริญญาเอก	2	1.5
ความหลากหลายของการศึกษา (ทั้งระดับปริญญาตรี, โท, เอก) *		
พยาบาลศาสตร์	136	100
บริหารพยาบาล	14	10.3
การจัดการภาครัฐและเอกชน/บริหารธุรกิจ	7	5.1
ครุศาสตร์	7	5.1
สาธารณสุขศาสตร์	4	2.9
วิทยาศาสตร์	4	2.9
คหกรรมศาสตร์	2	1.5
ศิลปศาสตร์	2	1.5
พุทธศาสตร์การพัฒนา	1	0.8
นิติศาสตร์	1	0.8

(*ค่าร้อยละคำนวนจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 136 คน)

4.2 ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ในส่วนนี้จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาระงานทั้งในส่วนลักษณะงานที่เกี่ยวกับตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน และภาระงาน เฉพาะอย่างยิ่งจำนวนชั่วโมงการทำงาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งการทำงานในระดับผู้บริหารทางการพยาบาล (ร้อยละ 51.5) ตามด้วยตำแหน่งการให้บริการทางการพยาบาล (ร้อยละ 48.5) ซึ่งส่วนมากเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชศาสตร์ (ร้อยละ 22.1) ตามด้วยพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัด แผนกสูติศาสตร์และนรีเวช (ร้อยละ

Copyright© by Mahidol University

15.4) และแผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ (ร้อยละ 11) นอกจากนี้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้ยังมีตำแหน่งอื่นๆนอกเหนือจากตำแหน่งในการทำงานประจำ เช่น กรรมการสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เลขาธิการกรรมการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล ประธานชมรมเปตองโรงพยาบาล เป็นต้น พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้โดยเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. 2.4 ปี) โดยมีอายุงาน 32 ปี และ 34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 16.9 เท่ากัน) ตามด้วยอายุงาน 37 ปี (ร้อยละ 16.2) และอายุงาน 36 ปี (ร้อยละ 12.5)

เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงในการทำงานใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานโดยเฉลี่ย 8.9 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. 1.3 ชั่วโมง) โดยส่วนใหญ่จะทำงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.8) ตามด้วย 10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 19.1) และ 9 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 12.5) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งมีตำแหน่งและภาระงานในความรับผิดชอบสูง จึงพบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมาพยาบาลกลุ่มนี้ประชุมโดยเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. 2.4 ชั่วโมง) โดยส่วนมากจะใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 27.2) รองลงมาคือ 1 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 22.1) และตามด้วย 3 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 15.4) และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำ (ร้อยละ 70.6) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการทำงาน ความสามารถ ตลอดจนความเชี่ยวชาญในงานที่ตนทำงานอยู่ กล่าวคือส่วนมากพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจะได้รับมอบหมายในการจัดตารางเวรในการขึ้นปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงาน จัดบุคคลากรไปอบรมต่างๆ กับทั้งรับผิดชอบเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพต่างๆ เช่น เตรียมรับการตรวจเยี่ยมจากบุคลากรทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คิดโครงการหรือนวัตกรรมเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าของหน่วยงาน และจัดโครงการวิชาการต่างๆ เช่น จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงาน เอกสารงานวิจัยต่างๆ หรือจัดประชุมวิชาการต่างๆในโรงพยาบาล เป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลที่จบใหม่ เป็นผู้ร่วมประเมินผลการทำงานของบุคลากรในหน่วยงาน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบงานวิจัยและอ่านผลงานผู้ขอตำแหน่งชำนาญการ รวมทั้งเป็นวิทยากรในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญ เช่น เรื่องการใช้สาย Port a – cath การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การช่วยกู้คืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นกรรมการในทีมกลุ่มการทำงานต่างๆ เช่น ทีมบริหารโรงพยาบาล ทีมโรคเบาหวาน ทีมโรคหอบหืด ทีมป้องกันอัคคีภัย ทีมป้องกันการติดเชื้อ ทีมจัดเตรียมพัสดุ/อุปกรณ์เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับตึกใหม่ที่กำลังจะสร้างขึ้น เป็นต้น และยังเป็นผู้เตรียมแผนสำหรับภาระกิจพิเศษหรือเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่ปกติ ดูแลความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัด จัดรวบรวมสถิติต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างบางคนยังไปทำงานล่วงเวลา (overtime job) ที่คลินิคพิเศษหลังเลิกงานอีก ดังนั้นเมื่อสอบถามถึงปริมาณ

Copyright © Mahidol University

งานที่รับผิดโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จึงพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีงานที่ต้องรับผิดชอบปริมาณมากเกินไปอย่างมาก ร้อยละ 1.5 และคิดว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีปริมาณมากเกินไป ร้อยละ 35.3 โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีปริมาณเหมาะสม ร้อยละ 60.3 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้คิดว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีปริมาณน้อย ร้อยละ 1.5 ดังตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ตำแหน่งการทำงาน		
ผู้ให้บริการทางการพยาบาล	66	48.5
ผู้บริหารทางการพยาบาล	70	51.5
แผนกการพยาบาล		
กุมารเวชศาสตร์	30	22.1
ห้องผ่าตัด	21	15.4
สูติ – นรีเวช	21	15.4
อายุรศาสตร์และจิตเวช	15	11
ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก	12	8.8
ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	11	8.1
ผู้ป่วยพิเศษ	9	6.6
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	7	5.1
จักษุ โสต นาสิก ลาลิงซ์วิทยา	4	2.9
รังสีวิทยา	3	2.2
สำนักงานฝ่ายการพยาบาล	3	2.2
จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)		
7 ชั่วโมง	1	0.7
8 ชั่วโมง	80	58.8
9 ชั่วโมง	17	12.5
10 ชั่วโมง	26	19.1
11 ชั่วโมง	1	0.7
12 ชั่วโมง	10	7.3
15 ชั่วโมง	1	0.7

Mean = 8.9 ชั่วโมง S.D. =1.3 ชั่วโมง Min = 7 ชั่วโมง Max = 15 ชั่วโมง

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.2 ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง**(ต่อ)**

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)		
ไม่ได้ประชุมเลย	19	14
1 ชั่วโมง	30	22.1
2 ชั่วโมง	37	27.2
3 ชั่วโมง	21	15.4
4 ชั่วโมง	16	11.8
5 ชั่วโมง	2	1.5
6 ชั่วโมง	1	0.7
8 ชั่วโมง	8	5.9
14 ชั่วโมง	1	0.7
15 ชั่วโมง	1	0.7
Mean = 2.5ชั่วโมง S.D. =2.4ชั่วโมง Min =ไม่มีประชุม Max = 15ชั่วโมง		
มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ		
ไม่มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	40	29.4
มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	96	70.6
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ		
มีปริมาณน้อย	4	2.9
มีปริมาณเหมาะสม	82	60.3
มีปริมาณมากเกินไป	48	35.3
มีปริมาณมากเกินไปอย่างมาก	2	1.5

4.3 ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้วัดระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณ อันประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และด้านความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จ (personal accomplishment) โดยแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานได้ใช้มาตรวัดแบบลิเคอร์ท (Likert's scale) ที่มีการวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเป็นมาตรวัด 7 ระดับ (0 – 6 คะแนน) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ดังนั้นค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดจะอยู่ระหว่าง 0 คะแนน (0 x 22) ถึง 132 คะแนน (6 x 22) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายใน

Copyright by Mahidol University

การทำงานพบว่ากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณได้คะแนนสูงสุด 65 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน

และจากการวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.71 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.93 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 20.00 คะแนน ข้อมูลมีลักษณะการกระจายแบบเบ้ไปทางขวาเล็กน้อย (ค่าความเบ้เท่ากับ 0.86 คะแนน) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณส่วนใหญ่ประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของตนไปในทางที่ดี คือมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานน้อย ทำให้คำตอบที่ได้เกาะกลุ่มกันอยู่ในช่วงคะแนนต่ำแต่อย่างไรก็ตามมีลักษณะการกระจายใกล้เคียงโค้งปกติ ดังนั้นจึงได้แบ่งกลุ่มคะแนนในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 22.71 คะแนน) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 14.93 คะแนน) เพื่อการแบ่งกลุ่มระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจากข้อมูลที่ได้ ได้แบ่งกลุ่มความเหนื่อยหน่ายในการทำงานออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนระดับต่ำ (0 – 7.77 คะแนน) มีร้อยละ 13.2 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ซึ่งใกล้เคียงกับคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระดับสูง (ตั้งแต่ 37.65 คะแนนขึ้นไป) คือ ร้อยละ 14.0 ในขณะที่คะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระดับปานกลาง (7.78 – 37.64 คะแนน) มีสูงถึงร้อยละ 72.8 ดังตาราง 4.3

ตารางที่ 4.3 ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

ระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนระดับต่ำ (0 – 7.77 คะแนน)	18	13.2
คะแนนระดับปานกลาง (7.78 – 37.64 คะแนน)	99	72.8
คะแนนระดับสูง (ตั้งแต่ 37.65 คะแนนขึ้นไป)	19	14.0
$\bar{X}$ = 22.71 คะแนน, S.D. = 14.93 คะแนน,		
Median = 20 คะแนน, Min = 0 คะแนน, Max = 65 คะแนน		

เมื่อพิจารณาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ละด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 12.66 คะแนน (S.D. = 9.88 คะแนน) ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.52 คะแนน (S.D. = 3.18 คะแนน) และด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 7.52 คะแนน (S.D. = 7.72 คะแนน) ดังตาราง 4.4

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ ละด้าน

ความเหนื่อยหน่าย	จำนวนข้อคำถาม	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S.D
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	9	0 – 54	12.66	9.88
ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล	5	0 – 30	2.52	3.18
ความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ	8	0 – 48	7.52	7.72
รวม	22	0 - 132	22.7	14.9

เพื่อการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายระหว่างด้านทั้ง 3 ด้าน จึงปรับฐานคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ละด้านให้เท่ากัน ด้วยการหารด้วยจำนวนข้อกระทงในแต่ละด้าน พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่นๆ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 1.41 คะแนน (S.D. = 1.10 คะแนน) ตามด้วยด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 0.94 คะแนน (S.D. = 0.97 คะแนน) และพยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อยที่สุดคือมีค่าเพียง 0.50 คะแนน (S.D. = 0.64 คะแนน) ดังตาราง 4.5

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแต่ ละด้านเมื่อปรับฐานคะแนน

ความเหนื่อยหน่ายทางด้าน	$\bar{X}$	S.D
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	1.41	1.10
ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล	0.50	0.64
ความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ	0.94	0.97

นอกจากนั้นเพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลตัวอย่างวัยก่อนเกษียณ จึงได้พิจารณาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานโดยอาศัยข้อมูลรายข้อกระทงในแต่ละด้าน จากการพิจารณาองค์ประกอบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ พบว่าพยาบาลตัวอย่างรู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นเวลาการทำงานในแต่ละวันและรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและรู้ว่าต้องเผชิญกับสภาพการทำงานเช่นเดิมอีก กับทั้งรู้สึกเครียด

Copyright by Mahidol University

สับสนวุ่นวายกับงาน ($\bar{X}$ = 2.21 คะแนน, S.D. = 1.79 คะแนน; $\bar{X}$ = 1.96 คะแนน, S.D. = 1.77 คะแนน และ $\bar{X}$ = 1.85 คะแนน, S.D. = 1.67 คะแนน ตามลำดับ) โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลับรู้สึกค่อนข้างน้อยในประเด็นเกี่ยวกับการขาดที่พึ่งเมื่อมีปัญหาในการทำงาน หรือรู้สึกเครียดมากที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและทำงานร่วมกับผู้อื่น และรู้สึกเครียดเมื่อต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้คนตลอดวันทำงานเช่นเดิมอีกวัน ($\bar{X}$ = 0.60 คะแนน, S.D. = 1.11 คะแนน; $\bar{X}$ = 0.77 คะแนน S.D. = 1.22 คะแนน และ $\bar{X}$ = 0.88 คะแนน, S.D. = 1.12 คะแนน ตามลำดับ) ดังตาราง 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	$\bar{X}$	S.D.
ข้าพเจ้ารู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นเวลาการทำงานในแต่ละวัน	2.21	1.79
ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อตื่นนอนตอนเช้าและรู้ว่าต้องเผชิญกับสภาพการทำงานเช่นเดิมอีกวัน	1.96	1.77
ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดและสับสนวุ่นวายกับงาน	1.85	1.67
ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวเนื่องมาจากการทำงาน	1.62	1.49
ข้าพเจ้ากำลังรู้สึกว่ากำลังทำงานที่หนักมากเกินไป	1.54	1.65
ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงาน	1.23	1.45
ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดเมื่อต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้คนตลอดวัน	0.88	1.12
ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดมากที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและทำงานร่วมกับผู้อื่น	0.77	1.22
ข้าพเจ้ารู้สึกขาดที่พึ่ง เมื่อมีปัญหาในการทำงาน	0.60	1.11

สำหรับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล พบว่าพยาบาลกลุ่มนี้ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยในแต่ละข้อกระทงใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้สึกว่าใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคนลดลงหรือให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลงกว่าเดิม หรือรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้รับบริการในปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้น ($\bar{X}$ = 0.65 คะแนน, S.D. = 1.04 คะแนน; $\bar{X}$ = 0.63 คะแนน, S.D. = 1.29 คะแนน และ $\bar{X}$ = 0.60 คะแนน, S.D. = 0.81 คะแนน ตามลำดับ) ในส่วนความรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการบางคน

Copyright© by Mahidol University

เหมือนวัตถุที่ไม่มีชีวิตจิตใจพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรู้สึกเช่นนี้น้อยมากด้วยมีค่าเฉลี่ยเพียง 0.11 คะแนน (S.D. = 0.45 คะแนน) ดังตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล

ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล	$\bar{X}$	S.D.
ข้าพเจ้าใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคนลดลง	0.65	1.04
ข้าพเจ้าให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลงกว่าเดิม	0.63	1.29
ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้รับบริการในปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้น	0.60	0.81
ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนที่มีจิตใจแข็งกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นกว่าเดิม	0.52	1.17
ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการบางคนเหมือนวัตถุที่ไม่มีชีวิตจิตใจ	0.11	0.45

ในส่วนของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านสุดท้ายคือ ด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นด้านที่มีการให้คะแนนสลับขั้วต่างแตกจากด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลข้างต้น เมื่อพิจารณาในรายละเอียดข้อกระทงในส่วนนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้มีความรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จ โดยรู้สึกว่างานของตนเองมีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อชีวิตผู้อื่นมาก รู้สึกมีความสุขภายหลังให้การพยาบาลผู้รับบริการ และรู้สึกว่าสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการได้ ($\bar{X}$ = 0.22 คะแนน, S.D. = 0.95 คะแนน; $\bar{X}$ = 0.52 คะแนน, S.D. = 1.40 คะแนน และ $\bar{X}$ = 0.57 คะแนน, S.D. = 1.30 คะแนน ตามลำดับ) แต่พยาบาลตัวอย่างวัยก่อนเกษียณรู้สึกว่าได้สร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่าในการปฏิบัติการพยาบาลน้อย และยังไม่สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายให้กับผู้รับบริการได้อย่างง่าย รวมทั้งยังรู้สึกว่าไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ขณะปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น อย่างไรก็ตามความรู้สึกในเชิงลบเหล่านี้มีค่อนข้างน้อยด้วยมีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.83 คะแนน, S.D. = 2.14 คะแนน; $\bar{X}$ = 1.36 คะแนน, S.D. = 1.95 คะแนน และ $\bar{X}$ = 1.12 คะแนน, S.D. = 1.70 ตามลำดับ) ดังตาราง 4.8

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำแนกตาม ข้อกระทงด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ

ความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ*	$\bar{X}$	S.D.
ข้าพเจ้าสร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่ามากมายในการปฏิบัติการพยาบาล	1.83	2.14
ข้าพเจ้าสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายให้กับผู้รับบริการได้ง่าย	1.36	1.95
ข้าพเจ้าสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ขณะปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น	1.12	1.70
ข้าพเจ้ารู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงาน	1.03	1.63
ข้าพเจ้าสามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.91	1.75
ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการได้	0.57	1.30
ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขหรือรู้สึกดีภายหลังให้การพยาบาลผู้รับบริการได้ง่าย	0.52	1.40
ข้าพเจ้ารู้สึกว่างานของข้าพเจ้ามีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อชีวิตผู้อื่น	0.22	0.95

***กลับขั้วคะแนนแล้ว**

4.4 การมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วัดระดับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง โดยใช้สถานการณ์สมมุติ 12 สถานการณ์ ประกอบด้วยสถานการณ์ที่ดี 6 สถานการณ์ และสถานการณ์ที่ไม่ดี 6 สถานการณ์ ซึ่งในแต่ละสถานการณ์จะมีข้อคำถาม 3 มิติ โดยมิติแรกของแต่ละสถานการณ์จะถามถึงมิติสาเหตุ มิติที่สองเป็นมิติความสม่ำเสมอ และมิติที่สามเป็นมิติการแผ่ขยาย แต่ละมิติเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 1 – 7 คะแนน ดังนั้นจากทั้ง 3 มิติ จึงมีสถานการณ์ที่ดีมีทั้งหมด 18 ข้อที่นำมาใช้คิดคะแนน (6 x 3) โดยช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 18 คะแนน (1 x 18) ถึง 126 คะแนน (7 x 18) ส่วนในสถานการณ์ที่ไม่ดีมีทั้งหมด 18 ข้อ ที่นำมาคิดคะแนนเช่นเดียวกัน (6 x 3) ซึ่งมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 18 คะแนน (1 x 18) ถึง 126 คะแนน (7 x 18) เช่นเดียวกัน ดังนั้นในการอธิบายสถานการณ์ในภาพรวมจึงได้กลับขั้วคะแนนในสถานการณ์ที่ไม่ดีเพื่อหาคะแนนในภาพรวมการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง โดยมีคะแนนต่ำสุดและสูงสุดอยู่ในช่วง 36 คะแนน (1 x 36) ถึง 252 คะแนน (7 x 36) ซึ่งสำหรับพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างได้คะแนนสูงสุด 227 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่ากับ 137 คะแนน

Copyright by Mahidol University

และจากการวิเคราะห์การกระจายของมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีเท่ากับ 171.73 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.93 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 172 คะแนน ซึ่งข้อมูลมีลักษณะการกระจายแบบเบ้ไปทางขวาเล็กน้อย (ค่าความเบ้เท่ากับ 0.35 คะแนน) อันหมายถึงพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างประเมินการมองโลกในแง่ดีของตนเองไปในทางที่ดี คือมีการมองโลกในแง่ดีสูง ทำให้คำตอบที่ได้มีเกาะกลุ่มกันอยู่ในช่วงคะแนนที่สูงและมีลักษณะการกระจายใกล้เคียงโค้งปกติ ดังนั้นจึงได้แบ่งกลุ่มคะแนนในการประเมินการมองโลกในแง่ดีด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 171.73 คะแนน) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 15.93 คะแนน) ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำ (36 – 155.8 คะแนน) ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มการมองโลกในแง่ดีในระดับสูง (ตั้งแต่ 187.67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 16.9 และ ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ โดยกลุ่มการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลางเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุด (155.9 – 187.66 คะแนน) โดยคิดเป็น ร้อยละ 66.9 ดังตาราง 4.9

ตารางที่ 4.9 ระดับการมองโลกในแง่ดี

ระดับการมองโลกในแง่ดี	จำนวน	ร้อยละ
การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ (36 – 155.8 คะแนน)	23	16.9
การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง (155.9 – 187.66 คะแนน)	91	66.9
การมองโลกในแง่ดีระดับสูง (ตั้งแต่ 187.67 คะแนน)	22	16.2
$\bar{X}$ = 171.73 คะแนน, S.D. = 15.93 คะแนน,		
Median = 172 คะแนน, Min = 137 คะแนน, Max = 227 คะแนน		

เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีทั้งในสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่ไม่ดีในแต่ละมิติโดยภาพรวมพบว่า ในมิติสาเหตุพบว่าการเกิดสถานการณ์ต่างๆนั้นมาจากตนเองหรือบุคคลอื่น/ปัจจัยอื่นพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคิดว่าสาเหตุของการเกิดสถานการณ์ต่างๆมาจากตนเองค่อนข้างมากโดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.52 คะแนน (S.D. = 0.48 คะแนน) เช่นเดียวกับมิติความสม่ำเสมอในการเกิดสถานการณ์ต่างๆ ที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าการเกิดสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างมาก ($\bar{X}$ = 4.68 คะแนน, S.D. = 0.64 คะแนน) ในมิติการแผ่ขยายของการเกิดสถานการณ์นั้น ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่ามีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นค่อนข้างมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.11 คะแนน (S.D. = 0.75 คะแนน) ซึ่งมีความ

Copyright by Mahidol University

สอดคล้องตามความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรมของ Seligman ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีโดยรวมของแต่ละมิติ

การมองโลกในแง่ดีในแต่ละมิติ	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S.D.
มิติสาเหตุ	ปัจจัยอื่น/บุคคลอื่น 1 – 7 ตัวเอง	4.52	0.48
มิติความสม่ำเสมอ	ไม่เกิดขึ้นอีกแน่นอน 1 – 7 เกิดขึ้นอีกเสมอ	4.68	0.64
มิติการแผ่ขยาย	เกิดขึ้นเฉพาะในสถานการณ์นี้เท่านั้น 1 – 7 เกิดขึ้นในทุกสถานการณ์อื่นด้วย	5.11	0.75

เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง จึงได้พิจารณาการมองโลกในแง่ดีโดยอาศัยข้อมูลรายข้อกระทงในแต่ละสถานการณ์ พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสาเหตุการเกิดสถานการณ์ที่ดีมาจากตนเองค่อนข้างมาก เช่น ในสถานการณ์ที่เพื่อนกล่าวชมรูปร่างหน้าตาของตน โดยสาเหตุเกิดจากการที่ตนดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี การแต่งหน้าที่ดี การเป็นคนที่ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นต้น ($\bar{X}$ = 5.8 คะแนน, S.D. = 1.3 คะแนน) เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงาน พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างก็เชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ดีในการทำงานมาจากตัวเอง เช่น ในสถานการณ์ที่ได้รับเลือกให้ทำงานในตำแหน่งที่ต้องการนั้น สาเหตุมาจากตัวเองมีคุณสมบัติเหมาะสม มีความชำนาญ มีประสบการณ์ และที่ผ่านมามีผลงานที่ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน เป็นต้น ($\bar{X}$ = 5.6 คะแนน, S.D. = 1.4 คะแนน) แต่ในสถานการณ์ที่ถามถึงสาเหตุที่ทำโครงการแล้วได้รับความชื่นชม ก็กลับพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคิดว่าเกิดขึ้นจากทั้งบุคคลอื่น ปัจจัยอื่นด้วยแม้ว่ามาจากตนเองด้วยมากกว่า ($\bar{X}$ = 4.9 คะแนน, S.D. = 1.5 คะแนน) โดยเชื่อว่าเกิดจากการมีผู้นำและผู้ร่วมงานที่ดี มีทีมงานที่ดี ตนได้รับความช่วยเหลือจากในหน่วยงาน ในขณะเดียวกันก็เกิดจากความตั้งใจ การเตรียมพร้อม การศึกษาหาข้อมูล รวมทั้งความรู้ความสามารถของตนเองด้วย ดังตารางที่ 4.11

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติสาเหตุของการ เกิดสถานการณ์ที่ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติสาเหตุ (เกิดจากบุคคลอื่น/ปัจจัยอื่น - ตัวเอง)	$\bar{X}$	S.D.
เพื่อนของคุณกล่าวชมเชยรูปร่างหน้าตาของคุณ	5.8	1.3
คู่สมรสหรือคนรักของคุณแสดงความรักต่อคุณมากขึ้น	5.6	1.3
คุณกลายเป็นคนร่ำรวยขึ้นมา	5.6	1.7
คุณทำโครงการหนึ่งแล้วได้รับคำชมเชยเป็นอย่างมาก	4.9	1.5
คุณได้รับเลือกทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการอย่างมาก	5.6	1.4
คุณได้เงินเดือนขึ้น	5.6	1.3

ส่วนในสถานการณ์ที่ไม่ดีพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าส่วนใหญ่เกิดจากทั้งบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น ใกล้เคียงกันเกิดจากตัวเอง เช่น ในสถานการณ์ที่คุณไม่ให้ความช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหา ($\bar{X}$ = 4.2 คะแนน, S.D. = 1.7 คะแนน) โดยสาเหตุเกิดจากเพื่อนไม่มีความจริงใจ ไม่พูดปัญหาที่แท้จริง เป็นปัญหาที่เคยช่วยแล้วแต่ยังเกิดขึ้นซ้ำๆอีก แต่ในด้านหนึ่งก็เกิดจากข้อกำจัดของตนเองที่ไม่สามารถช่วยได้ ไม่รู้จะช่วยอย่างไร รวมทั้งปัญหาใหญ่เกินความสามารถของตน เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่เพื่อนแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร ($\bar{X}$ = 4.1 คะแนน, S.D. = 1.4 คะแนน) ที่เชื่อว่าเกิดจากไม่ถูกชะตากัน เพื่อนได้รับข้อมูลที่ไม่ดีเกี่ยวกับตน ไม่ได้เจอกันนานจำเราไม่ได้ ไม่สนิทกัน อีกด้านหนึ่งเกิดจากการที่ตนไม่ช่วยเหลือเพื่อน ตนเองแสดงพฤติกรรมที่ไม่ดีกับเพื่อน สำหรับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานก็พบสถานการณ์พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าเกิดจากทั้งบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น และจากตัวเองแต่มีลักษณะค่อนมาทางตัวเองมากกว่า เช่น สถานการณ์ที่พูดในที่ประชุมแต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับตน ($\bar{X}$ = 4.9 คะแนน, S.D. = 1.5 คะแนน) โดยเชื่ออาจเกิดจากเป็นเรื่องที่ผู้ฟังเสียผลประโยชน์ หรือผู้ฟังมีความเห็นตรงข้ามกับผู้พูด หรือเป็นเรื่องที่ยากจะเข้าใจ แต่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังเชื่ออีกว่าส่วนใหญ่เกิดจากที่ตนเองไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ไม่มีความสามารถและไม่มีเทคนิคในการพูด รวมทั้งพูดไม่ตรงประเด็น เป็นต้น ดังตารางที่ 4.12

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติสาเหตุของการ เกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติสาเหตุ (เกิดจากบุคคลอื่น/ปัจจัยอื่น - ตัวเอง)	$\bar{X}$	S.D.
คุณไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อนของคุณที่มีปัญหาแล้วมาขอความช่วยเหลือ	4.2	1.7
เพื่อนคุณแสดงท่าทีไม่เป็นมิตรกับคุณ	4.1	1.4
คุณนัดเที่ยวกับเพศตรงข้าม แต่ผลการนัดพบครั้งนี้ไม่น่าพึงพอใจ	4.2	1.4
คุณล้มเหลวในการทำงาน	4.7	1.4
คุณพูดในที่ประชุม แต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับคุณ	4.9	1.5
คุณไม่สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ตามที่คนอื่นคาดหวัง	4.1	1.5

ส่วนมิติความสม่ำเสมอในการเกิดสถานการณ์ที่ดี พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ดีทั้งในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานจะเกิดขึ้นอีกค่อนข้างมาก เช่น สถานการณ์ที่ทำให้คู่สมรสหรือคนรักแสดงความรักต่อตนมากขึ้นจะเกิดขึ้นอีกและสถานการณ์ที่จะได้เงินเดือนขึ้นจะเกิดขึ้น ($\bar{X}$ = 5.5 คะแนน, S.D. = 1.4 คะแนน และ $\bar{X}$ = 5.5 คะแนน, S.D. = 1.4 คะแนน ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติความสม่ำเสมอของการเกิดสถานการณ์ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติความสม่ำเสมอ (จะไม่เกิดขึ้นอีกแน่นอน - เกิดขึ้นเสมอ)	$\bar{X}$	S.D.
เพื่อนของคุณกล่าวชมเชยรูปร่างหน้าตาของคุณ	5.3	1.3
คู่สมรสหรือคนรักของคุณแสดงความรักต่อคุณมากขึ้น	5.5	1.4
คุณกลายเป็นคนร่ำรวยขึ้นมา	5.2	1.5
คุณทำโครงการหนึ่งแล้วได้รับคำชมเชยเป็นอย่างมาก	5.2	1.3
คุณได้รับเลือกทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการอย่างมาก	5.3	1.4
คุณได้เงินเดือนขึ้น	5.5	1.4

Copyright by Mahidol University

ในขณะเดียวกันมิติความสม่ำเสมอของการเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดี ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกค่อนข้างมากทั้งในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงาน โดยในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานแล้วเกิดความล้มเหลวในการทำงานและการพูดในที่ประชุมแต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบ พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกค่อนข้างมากกว่าสถานการณ์อื่นๆ ($\bar{X}$ = 3 คะแนน, S.D. = 1.4 คะแนน และ $\bar{X}$ = 3.1 คะแนน, S.D. = 1.3 คะแนน ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติความสม่ำเสมอ ของการเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติความสม่ำเสมอ (จะไม่เกิดขึ้นอีกแน่นอน - เกิดขึ้นเสมอ)	$\bar{X}$	S.D.
คุณไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อนของคุณที่มีปัญหาแล้วมาขอความช่วยเหลือ	3.7	1.5
เพื่อนคุณแสดงท่าทีไม่เป็นมิตรกับคุณ	3.4	1.4
คุณนัดเที่ยวกับเพศตรงข้าม แต่ผลการนัดพบครั้งนี้ไม่น่าพึงพอใจ	3.7	1.5
คุณล้มเหลวในการทำงาน	3	1.4
คุณพูดในที่ประชุม แต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับคุณ	3.1	1.3
คุณไม่สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ตามที่คนอื่นคาดหวัง	3.7	1.5

ในส่วนมิติการแผ่ขยายของสถานการณ์ที่ดีพบว่า พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ดีสามารถแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นหรืออาจไม่แผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นก็ได้ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ดีเหล่านี้จะแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นๆด้วย เช่น ในสถานการณ์ที่คู่สมรสหรือคนรักแสดงความรักต่อคุณมากขึ้น โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะมีอิทธิพลต่อด้านอื่นๆในชีวิตค่อนข้างมาก โดยเชื่อว่าจะเกิดเหตุการณ์ดีๆในชีวิตแบบนี้อีก($\bar{X}$ = 5.1 คะแนน, S.D. = 1.5 คะแนน) ดังตารางที่ 4.15

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติการแผ่ขยายของการเกิดสถานการณ์ที่ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติการแผ่ขยาย (เกิดเฉพาะในสถานการณ์นี้เท่านั้น - มีผลต่อทุกสถานการณ์ในชีวิต)	$\bar{X}$	S.D.
เพื่อนของคุณกล่าวชมเชยรูปร่างหน้าตาของคุณ	4.5	1.7
คู่สมรสหรือคนรักของคุณแสดงความรักต่อคุณมากขึ้น	5.1	1.5
คุณกลายเป็นคนร่ำรวยขึ้นมา	4.9	1.7
คุณทำโครงการหนึ่งแล้วได้รับคำชมเชยเป็นอย่างมาก	4.3	1.8
คุณได้รับเลือกทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการอย่างมาก	4.7	1.8
คุณได้เงินเดือนขึ้น	4.9	1.8

ในขณะเดียวกันพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ไม่ดี จะไม่มีการแพร่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นค่อนข้างมากโดยเฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ในสถานการณ์ที่เพื่อนแสดงท่าทีไม่เป็นมิตรกับคุณ พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะไม่มีอิทธิพลต่อด้านอื่นๆในชีวิตอย่างมาก โดยเชื่อว่าจะเกิดเฉพาะสถานการณ์นี้สถานการณ์เดียว โดยจะไม่ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีอีก ($\bar{X}$ = 2.9 คะแนน, S.D. = 1.6 คะแนน) ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการมองโลกในแง่ดีในมิติการแผ่ขยายของ การเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีจำแนกตามข้อกระทง

มิติการแพร่ขยาย (เกิดเฉพาะในสถานการณ์นี้เท่านั้น - มีผลต่อทุกสถานการณ์ในชีวิต)	$\bar{X}$	S.D.
คุณไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อนของคุณที่มีปัญหาแล้วมาขอความช่วยเหลือ	3	1.6
เพื่อนคุณแสดงท่าทีไม่เป็นมิตรกับคุณ	2.9	1.6
คุณนัดเที่ยวกับเพศตรงข้าม แต่ผลการนัดพบครั้งนี้ไม่น่าพึงพอใจ	3.2	1.7
คุณล้มเหลวในการทำงาน	3.1	1.7
คุณพูดในที่ประชุม แต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับคุณ	3	1.6
คุณไม่สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้ตามที่คนอื่นคาดหวัง	3.5	1.5

Copyright by Mahidol University

4.5 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ในการศึกษานี้ได้วัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ด้านตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และด้านการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายพบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.3 ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือค่อนข้างอ้วน ทั้งนี้โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยมากถึง 60.6 กิโลกรัม ในขณะที่มีส่วนสูงเฉลี่ยเพียง 157.8 เซนติเมตร อย่างไรก็ตามก็ยังมีกลุ่มน้ำหนักระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 36.8) ตามด้วยกลุ่มอ้วนระดับสอง (ร้อยละ 33.1) และกลุ่มอ้วนระดับหนึ่ง (ร้อยละ 21.3) และเมื่อพิจารณาถึงสุขภาพอนามัยทั่วไปก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างนอนหลับโดยเฉลี่ยวันละ 6.6 ชั่วโมง โดยส่วนมากจะนอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 26.5) และวันละ 7 ชั่วโมง (ร้อยละ 16.9) และเมื่อถามถึงพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยมีมากที่สุด (ร้อยละ 79.4) มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้งอยู่บ้าง (ร้อยละ 18.4) และมีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 2.2) ยิ่งไปกว่านั้นเกือบทั้งหมดของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 98.5) ปัจจุบันพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ร้อยละ 43.4) รองลงมาคือออกกำลังกายนานๆครั้ง (ร้อยละ 20.6) และออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันขึ้นไปเพียงร้อยละ 19.1 อย่างไรก็ตามกลุ่มพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไปคือ จะมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันเพิ่มขึ้นมากที่สุดถึงร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 29.4) และออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละไม่เกิน 2 วัน (ร้อยละ 15.4)

นอกจากนั้นยังพบอีกว่าในปัจจุบัน ร้อยละ 70.6 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเจ็บป่วยโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.7) โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ (ร้อยละ 37.5) โรคทางกระดูกและข้อ (ร้อยละ 21.9) ภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 11.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.4) และโรคหอบหืด (ร้อยละ 8.3) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน เช่น โรคทางกระดูกและข้อร่วมกับโรคภูมิแพ้ 5 ราย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 3 ราย โรคหัวใจและโรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ 3 ราย โรคความดันโลหิตสูง

Copyright© by Mahidol University

ร่วมกับโรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ โรคทางกระดูกและข้อร่วมกับโรคเกี่ยวกับตา 3 ราย โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆและเบาหวาน 2 ราย โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆร่วมกับโรคเกี่ยวกับตา 2 ราย เป็นต้น อย่างไรก็ตามโดยสรุปเมื่อแบ่งกลุ่มตามประเภทการเจ็บป่วยพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (60 คน) มีกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและกระดูก (58 คน) ป่วยด้วยกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับต่อมมีท่อและไร้ท่อ (16 คน) รวมทั้งป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีก้อนเนื้อและถุงน้ำ (4 คน) นอกจากนี้ยังมีการเจ็บป่วยอื่นๆอีก (15 คน) เช่น ภูมิแพ้ ไมเกรน ต้อม ลูกหมากโต เป็นต้น

กระนั้นก็ตามเมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างประเมินสุขภาพกายของตนเองในปัจจุบันก็พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ร้อยละ 54.4) และประมาณว่าตนเองมีภาวะสุขภาพในระดับไม่ดีนัก แต่ก็ไม่เจ็บป่วยหรือคือเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 ส่วนที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมีเพียง ร้อยละ 8.1 เท่านั้น สำหรับการประเมินสุขภาพจิตของตนเองก็เช่นกันที่พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่ามีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 66.2) ส่วนผู้ที่ประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพจิตระดับปานกลาง คือ สุขภาพจิตอาจจะไม่ดีนักแต่ก็ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมี ร้อยละ 19.1 และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีมาก ร้อยละ 12.5

โดยสรุปเมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าสุขภาพของตนจะเป็นอย่างไรหลังเกษียณ พบว่ากลุ่มพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าภาวะสุขภาพของตนจะไม่ค่อยแตกต่างจากปัจจุบัน แต่มีแนวโน้วว่าสุขภาพของตนจะดีขึ้น คือ คาดว่าตนเองจะมีสุขภาพดีภายหลังเกษียณ ร้อยละ 58.8 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าตนเองจะมีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง คือ สุขภาพไม่ดีแต่ก็ไม่เจ็บป่วยร้ายแรงอะไร ร้อยละ 28.7 และมีภาวะสุขภาพดีมากเพียง ร้อยละ 8.8 ดังตารางที่ 4.17

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.17 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
น้ำหนักในปัจจุบัน		
41 – 50 กิโลกรัม	18	13.2
51 – 60 กิโลกรัม	56	41.2
61 – 70 กิโลกรัม	44	32.4
71 – 80 กิโลกรัม	14	10.3
81 – 90 กิโลกรัม	4	2.9
Mean = 60.6 ก.ก. S.D. = 9.5 ก.ก. Min = 42 ก.ก. Max = 88 ก.ก.		
ส่วนสูงในปัจจุบัน		
150 – 154 เซนติเมตร	39	28.7
155 – 159 เซนติเมตร	52	38.2
160 – 164 เซนติเมตร	28	20.6
165 – 169 เซนติเมตร	14	10.3
170 – 174 เซนติเมตร	3	2.2
Mean = 157.8 ซ.ม. S.D. = 5 ซ.ม. Min = 150 ซ.ม. Max = 173 ซ.ม.		
ค่า BMI ตามมาตรฐานเอเชียน		
น้ำหนักน้อยระดับ 1 (17 – 18.49)	4	2.9
น้ำหนักระดับปกติ (18.5 – 22.99)	50	36.8
อ้วนระดับ 1 (23 – 24.99)	29	21.3
อ้วนระดับ 2 (25 – 29.99)	45	33.1
อ้วนระดับ 3 ($\geq$ 30)	8	5.9

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.17 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ชั่วโมงการนอนโดยเฉลี่ยต่อวัน		
4 ชั่วโมง	5	3.7
5 ชั่วโมง	17	12.5
6 ชั่วโมง	51	37.5
7 ชั่วโมง	23	16.9
8 ชั่วโมง	36	26.5
9 ชั่วโมง	1	0.7
10 ชั่วโมง	3	2.2
Mean = 6.6 ชั่วโมง S.D. = 1.2 ชั่วโมง Min = 4 ชั่วโมง Max = 10 ชั่วโมง		
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3	2.2
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างบางครั้ง	25	18.4
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้ง	108	79.4
ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย		
การสูบบุหรี่	1	0.7
สูบบุหรี่บ้างบางครั้ง	1	0.7
สูบบุหรี่นานๆครั้ง	134	98.5
ไม่เคยสูบบุหรี่เลย		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.17 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
การออกกำลังกายในปัจจุบัน		
ไม่เคยออกกำลังกายเลย	8	5.9
นานๆครั้งออกกำลังกาย	28	20.6
ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ	59	43.4
ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละ 30 นาที อาทิตย์ละไม่เกิน 2 วัน	15	11.0
ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันขึ้นไป	26	19.1
การคาดว่าจะออกกำลังกายภายหลังเกษียณ	18	13.2
ออกกำลังกายนานๆครั้ง	40	29.4
ออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ	21	15.4
ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละไม่เกิน 2 วัน	57	41.9
ออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันขึ้นไป		
มีโรคประจำตัว	40	29.4
ไม่มีโรคประจำตัว	96	70.6
มีโรคประจำตัว		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.17 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
โรคประจำตัว (n = 96*)		
ความดันโลหิตสูง	40	41.7
ปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ	36	37.5
โรคทางกระดูกและข้อ	22	22.9
ภาวะไขมันในเลือดสูง	11	11.5
เบาหวาน	10	10.4
ภูมิแพ้	8	8.3
โรคหัวใจ	7	7.3
โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์	6	6.3
โรคมะเร็ง	2	2.1
มีก้อนเนื้อ/ถุงน้ำที่เต้านม	2	2.1
โรคหลอดเลือดสมอง	2	2.1
โรคผิวหนังเรื้อรัง	2	2.1
อื่นๆ เช่น ไมเกรน ต้อมลูกหมากโต กรดไหลย้อน เป็นต้น	5	5.2
โรคประจำตัวโดยจำแนกเป็นกลุ่มโรค		
หัวใจและหลอดเลือด	60	62.5
ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อต่างๆ	58	60.4
ต่อมมีท่อและต่อมไร้ท่อ	16	16.7
มะเร็ง ก้อนเนื้อและถุงน้ำ	4	4.2
อื่นๆ	15	15.6

(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 96 ราย ที่มีโรคประจำตัว)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.17 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามรายละเอียดของภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านสุขภาพ	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
การประเมินภาวะสุขภาพกายของตนเองในปัจจุบัน		
ภาวะสุขภาพกายไม่ดีมากๆ	1	0.7
ภาวะสุขภาพกายไม่ดี	11	8.1
ภาวะสุขภาพกายปานกลาง คือ ไม่ดีแต่ก็ไม่เจ็บป่วยร้ายแรง	42	30.9
ภาวะสุขภาพกายดี	74	54.4
ภาวะสุขภาพกายดีมากๆ	8	5.9
การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองในปัจจุบัน		
ภาวะสุขจิตไม่ดีมากๆ	1	0.7
ภาวะสุขจิตไม่ดี	2	1.5
ภาวะสุขจิตระดับปานกลาง คือ ไม่ดีแต่ก็ไม่มีปัญหาทางจิต	26	19.1
ภาวะสุขจิตดี	90	66.2
ภาวะสุขจิตดีมากๆ	17	12.5
การคาดถึงภาวะสุขภาพภายหลังเกษียณ		
ภาวะสุขภาพไม่ดีมากๆ	1	0.7
ภาวะสุขภาพไม่ดี	4	2.9
ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง คือ ไม่ดีแต่ก็ไม่เจ็บป่วย	39	28.8
ร้ายแรง	80	58.8
ภาวะสุขภาพดี	12	8.8
ภาวะสุขภาพดีมากๆ		

สำหรับการวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทนานๆครั้งและมีการสังสรรค์กันบ้างโดยมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 31.6 และ ร้อยละ 30.6 ตามลำดับ) ส่วนที่มีการสังสรรค์กับเพื่อนสนิทบ่อยครั้งมี ร้อยละ 27.2 และภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าจะมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทมากขึ้น คือ คาดว่าจะมีการสังสรรค์กันบ้าง (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ คาดว่าจะมีการสังสรรค์กันบ่อย (ร้อยละ 28.7) แต่ก็มีส่วนหนึ่งคาดว่าจะมีการสังสรรค์กันนานๆครั้ง (ร้อยละ 36.8) นอกจากนี้หลังเกษียณกลุ่มตัวอย่างก็ยังคาดว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือทางวัฒนธรรมพอควร (ร้อยละ 66.9) รองลงมาคือ คาดว่าจะเข้าร่วมน้อยมาก (ร้อยละ 22.1) แต่ก็มีเพียงส่วนน้อยที่คาดว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/วัฒนธรรมมากขึ้นมาก (ร้อยละ 7.4)

Copyright by Mahidol University

ในเวลาว่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ (ร้อยละ 86) โดยเป็นงานอดิเรกประเภท การท่องเที่ยว (ร้อยละ 61.5) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 59.8) ด้วยวิธีการทำงานบ้าน การเดินเร็ว เล่นโยคะ เต้นแอโรบิค รำมวยจีน ตีกอล์ฟ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และเต้นรำ เป็นต้น และมีบางท่านมีการทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ (ร้อยละ 49.6) เช่น ดูหนัง ดูสารคดี ฟังเพลง เล่นเกม เล่นอินเตอร์เน็ต ร้องคาราโอเกะ เล่นดนตรี เป็นต้น พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจะอ่านหนังสือหลากหลายประเภททั้ง นิตยสาร การ์ตูน หนังสือประวัติศาสตร์ ชีวประวัติ เอกสารวิชาการ ตำราอาหาร หนังสือศิลปะ รวมไปถึงหนังสือธรรม และยังมีผู้ใช้เวลาว่างในการเขียนบทความส่งวารสาร เขียนหนังสือ แต่งกลอน (ร้อยละ 48.7) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างชอบที่จะทำงานศิลปะ งานฝีมือต่างๆ (ร้อยละ 26.5) เช่น ปั้นของจิ๋ว วาดภาพสีน้ำ ปักครอสติส ปักผ้า ถักโครเชต์ ถักไหมพรม ตัดเย็บเสื้อผ้า ทำขนม ทำอาหาร เป็นต้น รวมทั้งยังมีผู้ชื่นชอบในการสะสมสิ่งของต่างๆ (ร้อยละ 26.5) เช่น สะสมกระเป๋าสตางค์ พวงกุญแจ ถ้วยหรือแก้วกาแฟ CD ต่างๆ ที่ระลึกตราไปรษณีย์ แสตมป์ ภาพวิว ผ้าเช็ดหน้า ผ้าพันคอ ต่างหู นาฬิกา เหรียญที่ระลึก ธนบัตร รวมไปถึงหนังสือประวัติศาสตร์และพระเครื่อง นอกจากนี้ยังมีผู้ใช้เวลาว่างในการทำบุญตักบาตร ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน ทัวร์ธรรมะ ช่วยเหลือกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 17.1) และยังร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมอาสาสมัคร เช่น การพบปะสังครรค์กับเพื่อนๆ ร่วมงานประเพณีทางสังคมต่างๆ กิจกรรมในชุมชน กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทั้งของชุมชนและโรงพยาบาล ร่วมงานสมาคมพยาบาล เป็นจิตอาสาออกหน่วยแพทย์ อาสาสมัครช่วยเหลือกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกิจกรรมให้คำปรึกษา ร่วมกิจกรรมรวมใจต้านภัยหนาว เป็นต้น (ร้อยละ 19.7 และ ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ) นอกจากนั้นยังพบอีกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสามารถพิเศษในด้านต่างๆหลายด้าน (ร้อยละ 50) เช่น ด้านศิลปะงานฝีมือ และการทำงานประดิษฐ์ (ร้อยละ 30.9) กับทั้งมีความสามารถในการทำอาหาร ทำขนม (ร้อยละ 25) มีความสามารถในการเต้นรำ ร้องเพลง เป็นพิธีกร นักพูด เล่นดนตรี (ร้อยละ 20.6) มีความสามารถในด้านการใช้คอมพิวเตอร์และยังมีบางท่านคาดว่าจะให้ความรู้แก่ผู้อื่น (ร้อยละ 13.2) เช่น การเป็นวิทยากรให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การพัฒนาตนเอง และการสร้างความประทับใจในการบริการ หรือเป็นวิทยากรในการอบรม และเขียนคู่มือเกี่ยวกับงานในด้านคุณภาพต่างๆ เป็นต้น มีความสามารถในการเพาะปลูก ทำการเกษตร เลี้ยงสัตว์ (ร้อยละ 8.8) รวมทั้งมีความสามารถในด้านภาษา ด้านการเขียนบทความ การเขียนหนังสือและด้านกีฬา เช่น การเล่นโยคะ (อย่างละ ร้อยละ 4.4)

Copyright by Mahidol University

ในส่วนของกิจกรรมภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคาดว่าจะมีส่วนช่วยดูแลครอบครัวในหลายด้าน ทั้งการดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน (ร้อยละ 93.4) การทำ

สวน ดูแลต้นไม้ (ร้อยละ 76.5) การทำอาหาร (ร้อยละ 75) การไปจ่ายตลาด ซื้อสิ่งของเครื่องใช้เข้าบ้าน (ร้อยละ 73.5) ดูแลเลี้ยงหลาน (ร้อยละ 33.1) รวมทั้งดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวและสุขภาพของตนเองเพื่อไม่ให้เป็นภาระของบุคคลอื่น (ร้อยละ 10.3) นอกจากนั้นบางท่านยังจะช่วยดูแลธุรกิจครอบครัว ทำงานที่มีรายได้ (ร้อยละ 18.4) เช่น การทำบัญชีรายรับรายจ่าย เปิดร้านอาหารตามสั่ง ร้านกาแฟ รวมทั้งยังมีผู้ที่จะทำงานเกี่ยวการพยาบาลต่อเพื่อหารายได้หลังเกษียณ ในทางตรงกันข้ามบางท่านจะใช้เวลาภายหลังเกษียณในการท่องเที่ยว (ร้อยละ 33.1) ออกกำลังกาย (ร้อยละ 11) อ่านหนังสือที่ชอบแต่ยังไม่มีเวลาได้อ่าน เขียนบทความลงวารสารวิชาการ (ร้อยละ 8.8) ในส่วนของกิจกรรมชุมชนและสังคม พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่คาดว่าตนเองจะทำประโยชน์ให้กับสังคมในด้านการเผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ (ร้อยละ 63.8) เช่น เป็นที่ปรึกษาของหน่วยงาน เป็นอาจารย์สอนในสถาบันต่างๆ เป็นวิทยากรในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล และการทำงานการกุศล (ร้อยละ 60.6) เช่น ช่วยเหลือเด็กอ่อนของกรมประชาสงเคราะห์ ทำกิจกรรมจิตอาสาต่างๆทั้งของชุมชนและโรงพยาบาล ช่วยเหลือกิจกรรมด้านสุขภาพที่บ้านเกิด เป็นต้น ร่วมทั้งสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรม เป็นวิทยากรสอนการปฏิบัติธรรมตามสถานที่ต่างๆ (ร้อยละ 24.4) นอกจากนี้ยังจะเข้าร่วมเป็นผู้นำ เป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ (ร้อยละ 13.4) เช่น สมาคมพยาบาล สมาคมโรคไต ชมรมพยาบาลมะเร็ง ชมรมผู้ปกครองเด็กกลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น แต่ยังมีกลุ่มพยาบาลวัยเกษียณตัวอย่างจำนวนหนึ่งที่ยังไม่แน่ใจว่าจะทำกิจกรรมอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 6.6)

ในทางกลับกันก็พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 69.1) ซึ่งส่วนใหญ่มีความสนใจในหลายๆด้านรวมกัน โดยพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสนใจในด้านการฝึกทักษะอาชีพ (ร้อยละ 52.1) เช่น การเรียนชงเครื่องดื่ม ทำขนม ทำอาหาร ทำธุรกิจร้านอาหาร ค้าขาย ตัดเย็บเสื้อผ้า เป็นต้น รวมทั้งมีความสนใจที่จะเรียนรู้ในด้านคอมพิวเตอร์เพื่อการใช้อินเตอร์เน็ตในการหารายได้ออนไลน์ การฝึกทำเว็บไซต์ การฝึกเขียนโปรแกรม การฝึกใช้ โปรแกรมต่างๆ เช่น การตกแต่งรูปภาพ การจัดเก็บข้อมูล การใช้โปรแกรม excel advance เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อที่จะใช้คอมพิวเตอร์ให้ชำนาญให้ทันโลกออนไลน์ (ร้อยละ 33) ในด้านศาสนากลุ่มตัวอย่างก็ยังมีความสนใจที่จะเรียนพระอภิธรรม ศึกษาธรรมะ ฝึกเจริญสติ วิปัสสนากรรมฐาน และมีการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำเว็ปไซต์เกี่ยวกับธรรมะเพื่อเผยแพร่อีกด้วย (ร้อยละ 39.4) ในด้านศิลปะกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการวาดภาพสีน้ำ แกะสลัก ปั้นดินทำงานจิ๋ว ทำดอกไม้ จัดแจกัน จัดสวนถาด ประดิษฐ์สิ่งของ การเย็บปักถักร้อย ร้องเพลง เต้นรำ เล่นดนตรีไทย เป็นต้น (ร้อยละ 38.3)

Copyright by Mahidol University

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดทักษะทางภาษา (ร้อยละ 23.4) เช่น ทักษะภาษาอังกฤษ ภาษาเกาหลี ภาษาจีน และภาษาของประเทศเพื่อนบ้าน ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างยังมีความสนใจที่จะทำการเกษตรแบบเศรษฐกิจพอเพียง ปลูกพืชผักออแกนิค ปลูกผักผลไม้ ทำปุ๋ยอินทรีย์ (ร้อยละ 12.8) ยังมีผู้ที่สนใจจะการศึกษาเพิ่มเติมด้านการบริหาร เรียนต่อปริญญาเอก (ร้อยละ 3.2) ยิ่งไปกว่านี้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังสนใจในด้านอื่นๆอีกหลายอย่าง (ร้อยละ 11.7) เช่น การเล่นหุ้น การลงทุน การเล่นกอล์ฟ เป็นต้น เมื่อสอบถามถึงเทคโนโลยีในการรับข้อมูลข่าวสารและโปรแกรมในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นที่กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบัน พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทั้งหมดสามารถใช้เทคโนโลนีได้ โดยสามารถใช้ Internet (ร้อยละ 94.9) Line (ร้อยละ 89) และ Facebook (ร้อยละ 69.9) ได้ ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำแนก ตามรายละเอียดกิจกรรมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทในปัจจุบัน		
ไม่ได้สังสรรค์กันเลย	9	6.6
สังสรรค์กันนานๆครั้ง	43	31.6
สังสรรค์กันบ้าง	42	30.9
สังสรรค์กันบ่อย	37	27.2
สังสรรค์กันบ่อยมากๆ	5	3.7
คาดการณ์เกี่ยวกับการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทภายหลังเกษียณ		
คาดว่าจะไม่ได้สังสรรค์กันเลย	4	2.9
คาดว่าจะสังสรรค์กันนานๆครั้ง	33	24.3
คาดว่าจะสังสรรค์กันบ้าง	50	36.7
คาดว่าจะสังสรรค์กันบ่อย	39	28.7
คาดว่าจะสังสรรค์กันบ่อยมากๆ	10	7.4
การเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม วัฒนธรรมภายหลังเกษียณ		
คาดว่าจะไม่เข้าร่วมเลย	5	3.7
คาดว่าเข้าร่วมน้อยมาก	30	22.0
คาดว่าเข้าร่วมไม่น้อยแต่ก็ไม่ถึงกับมาก	91	66.9
คาดว่าเข้าร่วมมาก	10	7.4
มีงานอดิเรก		
มีงานอดิเรก	117	86.0
ไม่มีงานอดิเรก	19	14.0

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.18 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำแนกตามรายละเอียดกิจกรรมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ประเภทงานอดิเรก (n = 117*)		
ท่องเที่ยว	72	61.5
ออกกำลังกาย	70	59.8
กิจกรรมบันเทิง	58	49.6
การอ่านและเขียนหนังสือ	57	48.7
เก็บสะสมสิ่งของต่างๆ	31	26.5
งานศิลปหัตกรรมต่างๆ	31	26.5
ร่วมกิจกรรมทางสังคม	23	19.7
ร่วมกิจกรรมทางศาสนา	20	17.1
ร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร	15	12.8
(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 117 ราย ที่มีงานอดิเรก)		
ความสามารถพิเศษ (n = 68*)		
งานศิลปหัตกรรมต่างๆ	21	30.9
ทำอาหารและขนม	17	25
ร้องเพลง เต้นรำ นักพูด แต่งกลอน เล่นดนตรี	14	20.6
ด้านคอมพิวเตอร์	9	13.2
สามารถเป็นวิทยากร เป็นที่ปรึกษา ให้ความรู้ผู้อื่น	9	13.2
ด้านการปลูกพืช เลี้ยงสัตว์	6	8.8
การขับรถ	6	8.8
ด้านภาษา คือ ภาษาอังกฤษ ภาษาเยอรมัน ภาษาเกาหลี	3	4.4
ด้านกีฬา	3	4.4
ด้านการเขียนบทความ เขียนหนังสือ	3	4.4
การอ่านหนังสือเร็ว	2	2.9

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.18 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำแนก ตามรายละเอียดกิจกรรมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ความสามารถพิเศษ (n = 68*) (ต่อ)		
การถ่ายภาพ	1	1.5
การคำนวณ	1	1.5
การทำธุรกิจ	1	1.5
อื่นๆ เช่น จัดกิจกรรมสืบต่อพระพุทธศาสนา ช่วยเหลือสังคม	7	10.3
(*คำนวณค่าร้อยละจากกลุ่มตัวอย่าง 68 ราย)		
กิจกรรมที่คาดว่าจะทำภายหลังเกษียณ (n = 136*)	127	93.4
ดูแลความสะอาดบ้าน	104	76.5
ทำสวน ดูแลต้นไม้	102	75
ทำอาหาร	100	73.5
จ่ายตลาด ซื้อสิ่งของเครื่องใช้เข้าบ้าน	45	33.1
ดูแลเลี้ยงดูหลาน	45	33.1
ท่องเที่ยว	25	18.4
ช่วยเหลือธุรกิจครอบครัวหรือทำงานที่มีรายได้	15	11
ออกกำลังกาย	14	10.3
ดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัว	12	8.8
อ่านหนังสือ		
(*คำนวณค่าร้อยละจากกลุ่มตัวอย่าง 136 ราย)		
กิจกรรมที่คาดว่าจะทำภายหลังเกษียณที่ผลต่อชุมชน/สังคม (n =127*)	81	63.8
เผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ	77	60.6
ทำงานกุศล	31	24.4
แนะนำการปฏิบัติตามหลักศาสนา	17	13.4
เป็นผู้นำหรือเป็นสมาชิกของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ		
(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 127 ราย)		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.18 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำแนกตามรายละเอียดกิจกรรมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
การเรียนรู้เพิ่มเติมภายหลังเกษียณ		
คาดว่าจะเรียนรู้เพิ่มเติม	94	69.1
ไม่คิดที่จะเรียนเพิ่ม	42	30.9
ภายหลังเกษียณคาดว่าจะเรียนรู้เพิ่มเติมในด้าน (n = 94*)		
ด้านการฝึกทักษะอาชีพ	49	52.1
ด้านศาสนา	37	39.4
ด้านศิลปะ	36	38.3
ด้านคอมพิวเตอร์	31	33
ด้านภาษา	22	23.4
ด้านการเกษตร	12	12.8
เรียนต่อปริญญาเอก, เรียนต่อด้านบริหาร	3	3.2
ด้านอื่นๆ เช่น เล่นหุ้น การลงทุน เล่นกอล์ฟ เป็นต้น	7	7.4
(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 94 ราย)		
สามารถใช้โปรแกรมในการรับข้อมูลและติดต่อกับบุคคลอื่น (n = 136*)		
Internet	129	94.9
Line	121	89
Facebook	95	69.9
Skype	17	12.5
Whatsapp	11	8.1
Tango	10	7.4
Instagram	9	6.6
Twitter	8	5.9
(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 136 ราย)		

Copyright by Mahidol University

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วสำหรับการวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ในส่วนองค์ประกอบสุดท้ายคือ ด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต พบว่าภายหลังเกษียณพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 91.9) โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.6 คน อย่างไรก็ตามในบางครอบครัวมีสมาชิกมากถึง 10 คน แต่ก็พบว่ามีส่วนหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 7.4) และมีเพียงคนเดียวเท่านั้นอาศัยอยู่กับเพื่อน (ร้อยละ 0.7) ปัจจุบันพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉลี่ย 5 – 6 คน ($\bar{X}$ = 5.9 คน) โดยส่วนใหญ่จะมีเพื่อนสนิท 1 – 5 คน (ร้อยละ 72) และ 6 – 10 คน (ร้อยละ 49) อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทเลย (ร้อยละ 6.6) และเมื่อได้ถามว่าถ้ามีความเดือดร้อนกลุ่มตัวอย่างจะมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือได้หรือไม่ก็ พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ (ร้อยละ 90.4) โดยส่วนมากจะเป็น พี่ น้อง (ร้อยละ 57.2) เพื่อน (ร้อยละ 35.8) และคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 34.1) ยิ่งไปกว่านี้ภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างก็ยังคาดว่าตนจะมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนอยู่ (ร้อยละ 93.4) โดยจะเป็น พี่ น้อง (ร้อยละ 56.7) คู่สมรส บุตร (ร้อยละ 36.2) และเพื่อน (ร้อยละ 33.9)

ในส่วนของรายได้หลังเกษียณของกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าภายหลังเกษียณแล้วรายได้ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาจากเงินออม (ร้อยละ 85.5) และก็มีจากแหล่งอื่นๆอีก ได้แก่ จากการทำงานเอง (ร้อยละ 38.2) จากคู่สมรส (ร้อยละ 38.2) จากบำนาญ (ร้อยละ 33.1) และจากบุตร (ร้อยละ 20.6) รวมทั้งมาจากเงินปันผลต่างๆ การเล่นหุ้น ซื้อขายกองทุน ดอกเบี้ยจากการลงทุน และมรดก (ร้อยละ 7.4) นอกจากนี้บางท่านยังมีรายได้มาจากค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ต่างๆ (ร้อยละ 4.4) เช่น ที่ดิน บ้าน หอพัก คอนโด อาคารพานิชน์ เป็นต้น โดยพยาบาลตัวอย่างคิดว่ารายได้ที่ได้รับมีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างสะดวกสบายภายหลังเกษียณแต่จะไม่มีเงินออมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.2) แต่มีพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนหนึ่งที่มีรายได้พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างสะดวกสบายภายหลังเกษียณและยังจะมีเงินออมเพิ่มขึ้นและ/หรือสามารถให้ผู้อื่นได้ (ร้อยละ 36.8) และก็พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพอีกภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 57.4) แต่ในกลุ่มที่คิดจะประกอบอาชีพภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 39.7) ก็จะช่วยดูแลกิจการของครอบครัว ค้าขาย เปิดร้านอาหาร สอนหนังสือ ทำงานพยาบาลต่อหรืองานที่เกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังจะเล่นหุ้น ทำธุรกิจขายตรง ทำธุรกิจส่วนตัวขนาดเล็กๆ แต่ยังมีพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนหนึ่งที่ยังไม่แน่ใจว่าจะประกอบอาชีพที่มีรายได้หรือไม่ในอนาคต (ร้อยละ 2.9)

Copyright by Mahidol University

โดยส่วนใหญ่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 89.7) และมีเงินออม (ร้อยละ 96.3) แต่มีส่วนหนึ่งที่มีหนี้สินต้องรับผิดชอบ (ร้อยละ 36) ซึ่งหนี้สินส่วนใหญ่เกิดจาก การผ่อนบ้าน หนี้สหกรณ์ออมทรัพย์ หนี้บัตรเคดิต ผ่อนรถ ผ่อนคอนโดมิเนียม ประกันชีวิต ช่วยผ่อนชำระหนี้ให้ญาติ แต่กลุ่มตัวอย่างก็คาดว่าจะสามารถชำระหนี้สินให้หมดก่อนเกษียณมากถึง ร้อยละ 73.5 แต่ก็มีกลุ่มที่ไม่สามารถชำระหนี้สินให้หมดก่อนเกษียณซึ่งคิดเป็นร้อยละ 26.5 เนื่องจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็น/หรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อนค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจึงสามารถใช้สิทธิข้าราชการบำนาญได้ (ร้อยละ 100) อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างบางท่านยังอาจได้รับค่ารักษาพยาบาลจากประกันชีวิต (ร้อยละ 11.8) นอกจากนี้มีพยาบาลตัวอย่างบางท่านได้รับค่ารักษาพยาบาลจากสิทธิธนาคารแห่งประเทศไทย (ของคู่สมรส) และสิทธิสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล อย่างละ 1 คน (ร้อยละ 0.7)

เนื่องจากองค์การอนามัยโลกได้พิจารณาเกี่ยวกับประเด็นความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ ว่าต้องหมายรวมถึงเรื่องความปลอดภัยจากการถูกกระทำความรุนแรงและการถูกทารุณกรรมด้วย เพราะผู้หญิงและผู้สูงอายุมักจะถูกบุคคลใกล้ชิดและหรือบุคคลอื่นทำความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ไม่ว่าจะเป็นทางพฤติกรรมหรือทางวาจา จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างถูกกระทำความรุนแรงบ่อยครั้งเพียง ร้อยละ 2.2 (3 ราย) เคยถูกกระทำความรุนแรงนานๆครั้งมากถึง ร้อยละ 35.3 (48 ราย) และไม่เคยถูกกระทำความรุนแรงเลย ร้อยละ 62.5 ดังตารางที่ 4.19

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.19 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต จำแนกตามรายละเอียดความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ภายหลังเกษียณอาศัยอยู่กับใคร		
ครอบครัว	125	91.9
เพื่อน	1	0.7
อยู่คนเดียว	10	7.4
จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยภายหลังเกษียณ		
อยู่คนเดียว	10	7.4
1 – 4 คน	91	66.9
5 – 10 คน	35	25.7
$\bar{X}$ = 3.7 คน S.D. = 2 คน Min = อยู่คนเดียว Max = 10 คน		
จำนวนเพื่อนสนิท		
ไม่มีเพื่อนสนิท	9	6.6
1 – 5 คน	72	52.9
6 – 10 คน	49	36
11 – 15 คน	2	1.5
16 – 20 คน	4	2.9
$\bar{X}$ = 5.9 คน S.D. = 4.2 คน Min = ไม่มีเพื่อนสนิท Max = 20 คน		
บุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน (n = 123*)		
คู่สมรส บุตร	42	34.1
พ่อ แม่	13	10.6
พี่ น้อง	71	57.2
ญาติ	40	32.5
เพื่อน	44	35.8

(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 ราย)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.19 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต จำแนกตามรายละเอียดความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
บุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนภายหลังเกษียณ(n = 127*)		
คู่สมรส บุตร	46	36.2
พ่อ แม่	8	6.3
พี่ น้อง	72	56.7
ญาติ	37	29.1
เพื่อน	43	33.9
(*คำนวณค่าร้อยละจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 127 ราย)		
รายได้ภายหลังเกษียณ		
เงินออม	116	85.5
ทำงานเอง	52	38.2
คู่สมรส	52	38.2
บำนาญ	45	33.1
บุตร	28	20.6
เงินปันผลต่างๆ	10	7.4
ค่าเช่าอสังหาริมทรัพย์ต่างๆ	6	4.4
ความพอเพียงของรายได้ต่อการดำเนินชีวิตที่สะดวกสบายภายหลังเกษียณ		
พอเพียงแต่ไม่มีเงินออมเพิ่มขึ้น	86	63.2
พอเพียงและมีเงินออมเพิ่มขึ้นและ/หรือสามารถให้ผู้อื่นได้	50	36.8
การคิดที่จะประกอบอาชีพที่มีรายได้ภายหลังเกษียณ		
ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพ	78	57.4
คิดที่จะประกอบอาชีพ	54	39.7
ไม่แน่ใจ	4	2.9

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.19 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต จำแนกตาม รายละเอียดความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง (ต่อ)

ด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิต	จำนวน (n=136)	ร้อยละ
ปัจจุบันมีบ้านเป็นของตนเองหรือไม่		
เป็นเจ้าของเอง	122	89.7
ไม่เป็นเจ้าของ	14	10.3
ปัจจุบันมีเงินออมหรือไม่		
มี	131	96.3
ไม่มี	5	3.7
ปัจจุบันมีหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบหรือไม่		
ไม่มี	87	64
มี	49	36
การคาดว่าจะชำระหนี้สินหมดก่อนเกษียณหรือไม่ (n = 49)		
ชำระหมด	36	73.5
ชำระไม่หมด	13	26.5
สิทธิการรักษาพยาบาลภายหลังเกษียณ		
สิทธิข้าราชการบำนาญ	136	100
ประกันชีวิต	16	11.8
สิทธิธนาคารแห่งประเทศไทย, สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล	2	1.5
การเคยถูกกระทำความรุนแรงจากบุคคลอื่นหรือบุคคลใกล้ชิด		
ไม่เคย	85	62.5
เคยนานๆครั้ง	48	35.3
เคยบ่อยครั้ง	3	2.2

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วก่อนหน้านี้ (บทที่ 3) เพื่อวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ออกแบบวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยมีการตอบสนองเป็นลักษณะมาตรวัดการประมาณค่าตั้งแต่ 2 ระดับ, 3 ระดับ และ 4 ระดับ (rating scale) ตามแต่ลักษณะข้อกระทง ทั้งนี้มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยในด้านสุขภาพมีคำถาม 10 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีคำถาม 5 ข้อ และด้านการมี

Copyright by Mahidol University

หลักประกันความมั่นคงในชีวิต มีคำถาม 10 ข้อ โอกาสของการได้คะแนนรวมของทั้ง 25 ข้อ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 25 คะแนน ถึง 65 คะแนน จากการวิเคราห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างได้คะแนนสูงสุด 63 คะแนน และคะแนนต่ำที่สุดเท่า 44 คะแนน เมื่อวิเคราะห์การกระจายของข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเท่า 53.8 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.9 คะแนน และค่ามัธยฐานเท่ากับ 54 คะแนน ข้อมูลที่ได้มีลักษณะการกระจายแบบเบ้ไปทางด้านขวาเพียงเล็กน้อย (ค่าความเบ้เท่ากับ 0.07 คะแนน) ซึ่งหมายถึงว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของตนไปในทางที่ดี ทำให้คำตอบที่ได้เกาะกลุ่มกันอยู่ในช่วงคะแนนสูงพอสมควร ดังนั้นจึงได้แบ่งกลุ่มคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้วยวิธีอิงกลุ่ม โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = 53.8 คะแนน) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D. = 3.9 คะแนน) ในการแบ่งกลุ่มและได้แบ่งกลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับปานกลาง (น้อยกว่า 49.9 คะแนน) มีร้อยละ 14 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง กลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับดี (49.9 – 57.7 คะแนน) มีร้อยละ 69.1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มากที่สุด และกลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับดีมาก (ตั้งแต่ 57.8 คะแนนขึ้นไป) มีร้อยละ 16.9 ดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับปานกลาง (น้อยกว่า 49.9 คะแนน)	19	14
กลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับดี (49.9 – 57.7 คะแนน)	94	69.1
กลุ่มแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระดับดีมาก (ตั้งแต่ 57.8 คะแนนขึ้นไป)	23	16.9

Mean = 53.8 คะแนน, S.D. = 3.9 คะแนน,

Median = 54 คะแนน, Min = 44 คะแนน Max = 63 คะแนน

Copyright by Mahidol University

จำนวนไม่เท่ากัน เพื่อให้การเปรียบเทียบแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพจากทั้ง 3 ด้าน สามารถกระทำได้ จึงได้ปรับฐานโครงสร้างและจำนวนข้อให้เท่ากันในแต่ละด้านโดยนำค่าคะแนนสูงสุดของคำตอบในแต่ละข้อและนำจำนวนข้อของแต่ละด้านมาถ่วงน้ำหนักให้กับตัวชี้วัดแต่ละตัวก่อนนำเอามารวมกันเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน ดังนี้

คะแนนแต่ละด้าน (T score) = $X_1/M_1*T + X_2/M_2*T + X_3/M_3*T$ .....

X_i = คะแนนตัวชี้วัดแต่ละตัวของแต่ละบุคคล

M_i = คำตอบที่เป็นค่าสูงสุดของตัวชี้วัดแต่ละตัว

T = จำนวนรวมของตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

นั้นคือ <u>คะแนนด้านสุขภาพ</u> (H score) = $X_1/4*10 + X_2/3*10 + X_3/2*10 + X_4/2*10 + X_5/4*10 + X_6/4*10 + X_7/3*10 + X_8/3*10 + X_9/2*10 + X_{10}/3*10$ จากผลรวมแล้วหารด้วย 10 อีกครั้งหนึ่ง เพื่อปรับคะแนนให้มีฐานเป็นหนึ่งข้อ (เพื่อความเท่ากันกับด้านอื่นๆ)

<u>คะแนนด้านการมีส่วนร่วม</u> (P score) = $X_1/3*5 + X_2/3*5 + X_3/3*5 + X_4/2*5 + X_5/2*5$ จากผลรวมแล้วหารด้วย 5 อีกครั้งหนึ่ง เพื่อปรับคะแนนให้มีฐานเป็นหนึ่งเท่ากัน

<u>คะแนนด้านความมั่นคงในชีวิต</u> (S score) = $X_1/2*10 + X_2/2*10 + X_3/2*10 + X_4/2*10 + X_5/3*10 + X_6/2*10 + X_7/2*10 + X_8/3*10 + X_9/2*10 + X_{10}/2*10$ จากผลรวมแล้วหารด้วย 10 อีกครั้งหนึ่ง เพื่อปรับคะแนนให้มีฐานเป็นหนึ่งเท่ากัน

จากการปรับคะแนนแล้วข้างต้นพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละด้านใกล้เคียงกัน โดยด้านหลักประกันความมั่นคงในชีวิตมีค่ามากที่สุด คือ 0.9 คะแนน (S.D. = 0.1 คะแนน) ส่วนด้านสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากันคือ 0.8 คะแนน (S.D. = 0.1 คะแนน) ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเมื่อปรับฐานโครงสร้างและจำนวนข้อกระทงจำแนกตามคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละด้าน

แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	$\bar{X}$	S.D
ด้านการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต	0.9	0.1
ด้านสุขภาพ	0.8	0.1
ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม	0.8	0.1

Copyright by Mahidol University

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความหน่ายเหนื่อยในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับลักษณะทางประชากร และลักษณะภาระงาน

เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่ชัดเจนขึ้น ในส่วนนี้จึงได้วิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีลัษณะทางประชากร ลักษณะและภาระงานที่แตกต่างกัน ว่ามีความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพต่างกันหรือไม่ เพียงใด โดยได้ทดสอบด้วยสถิติ t (t – test) นอกจากนั้นยังได้ทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ในกรณีที่ทั้งตัวแปรลักษณะทางประชากรและลักษณะภาระงานมีระดับการวัดเป็นช่วง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย เมื่อมีสถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.22, 4.23 และ 4.24) ในส่วนของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ กับลักษณะงานและภาระงาน ก็เช่นกันที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสามไม่มีความแตกต่างกันเมื่อมีตำแหน่งการทำงาน แผนกการพยาบาลที่แตกต่างกัน หรือการมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ ($P > 0.05$) อย่างไรก็ตามกลับพบว่าค่าเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มพยาบาลตัวอย่างที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่เหมาะสมกับกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความเหมาะสม และความแตกต่างนี้เป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยกลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานมีความไม่เหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการทำงานที่สูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานมีความเหมาะสม ($\overline{X} = 26.2$ คะแนน, S.D. = 17.8 คะแนน และ $\overline{X}$ = 20.4 คะแนน, S.D. = 12.3 คะแนน ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.25) กระนั้นก็ตามจากการวิเคราห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีกลับพบว่าไม่มีความแตกต่างเมื่อตำแหน่งงาน แผนกการพยาบาล การรับรู้ปริมาณงานแตกต่างกัน รวมทั้งการมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ (ตารางที่ 4.26)

ในส่วนของแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพไม่มีความแตกต่างกันเมื่อตำแหน่งการทำงาน การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบแตกต่างกัน รวมทั้งการมีงานหรือไม่มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ แต่กลับพบว่ามีความแตกต่างของคะแนน

Copyright by Mahidol University

เฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพเมื่อมีแผนกการทำงานที่แตกต่างกันที่ ทั้งนี้แผนกการทำงานได้แสดงถึงลักษณะและภาระงานที่แตกต่างกันตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล (2548) มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยกลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามข้อเสนอเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลขั้นต่ำในแต่ละหน่วยงานบริการระดับตติยภูมิที่สภาการพยาบาลกำหนด ซึ่งประกอบด้วย สูติ – นรีเวช, ตรวจรักษาผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยพิเศษ, จักษุ โสต นาสิก ลาลิงซ์วิทยา, รังสีวิทยา และฝ่ายการพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่สูงกว่ากลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด อันประกอบด้วย กุมารเวชศาสตร์, ห้องผ่าตัด, ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์, ระบบหัวใจและหลอดเลือด, อายุรศาสตร์และจิตเวช (สภาการพยาบาล, 2548) ($\overline{X}$ = 54.6 คะแนน, S.D. = 4.2 คะแนน และ $\overline{X}$ = 53.2 คะแนน, S.D. = 3.7 คะแนน ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.27)

ตารางที่ 4.22 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 136)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
สถานภาพสมรส					
กลุ่มสถานภาพสมรสเดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่า/แยก)	63	21.6	17	-0.8	0.4
กลุ่มสถานภาพสมรสคู่	73	23.7	13		
ระดับการศึกษาสูงสุด					
กลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาต่อ (ป.ตรี)	94	23.2	14.9	0.6	0.5
กลุ่มที่ศึกษาต่อ (ป.โท, ป.เอก)	42	21.5	15		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.23 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมองโลกในแง่ดี จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n = 136)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	การมองโลกในแง่ดี		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D		
สถานภาพสมรส					
กลุ่มสถานภาพสมรสเดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่า/แยก)	63	171.2	16	-0.4	0.7
กลุ่มสถานภาพสมรสคู่	73	172.2	16		
ระดับการศึกษาสูงสุด					
กลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาต่อ (ป.ตรี)	94	170.2	15	-1.7	0.1
กลุ่มที่ศึกษาต่อ (ป.โท, ป.เอก)	42	175.1	17.5		

***P < 0.05**

ตารางที่ 4.24 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จำแนกตามลักษณะและภาระงาน (n = 136)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D		
สถานภาพสมรส					
กลุ่มสถานภาพสมรสเดี่ยว (โสด, หม้าย, หย่า/แยก)	63	53.6	3.9	-0.4	0.7
กลุ่มสถานภาพสมรสคู่	73	53.9	3.9		
ระดับการศึกษาสูงสุด					
กลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาต่อ (ป.ตรี)	94	53.5	3.8	-1.3	0.2
กลุ่มที่ศึกษาต่อ (ป.โท, ป.เอก)	42	54.4	4.2		

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.25 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำแนกตามลักษณะและภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
ตำแหน่งการทำงาน					
กลุ่มผู้ให้บริการทางการพยาบาล	66	23.9	15.6	0.9	0.4
กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล	70	21.6	14.2		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	22	15.2	-0.5	0.6
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	23.2	14.8		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	26.2	17.8	2.1*	0.04
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	20.4	12.3		
การมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ					
ไม่มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	40	25.1	17.2	1.2	0.2
มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	96	21.7	13.8		

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.26 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการมองโลกในแง่ดี จำแนกตามลักษณะภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	การมองโลกในแง่ดี		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D		
ตำแหน่งการทำงาน					
กลุ่มผู้ให้บริการทางการพยาบาล	60	170	15	-1.2	0.2
กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล	70	173.4	16.7		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	173.3	17.1	0.9	0.4
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	170.8	15.2		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	172.6	17.6	0.5	0.6
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	171.2	14.8		
การมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ					
ไม่มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	40	170.7	15.5	-0.5	0.6
มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	96	172.2	16.1		

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.27 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จำแนกตามลักษณะภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	แนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
ตำแหน่งการทำงาน					
กลุ่มผู้ให้บริการทางการพยาบาล	66	53.5	4.0	-0.9	0.4
กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล	70	54.1	3.8		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	54.6	4.2	2.0*	0.04
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	53.2	3.7		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	53.3	3.7	-1.2	0.2
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	54.1	4.0		
การมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ					
ไม่มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	40	53.7	4.2	-0.1	0.9
มีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนืองานประจำ	96	53.8	3.9		

***P < 0.05**

สำหรับการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ กับลักษณะทางประชากรและภาระงานที่มีระดับการวัดเป็น interval scale อันได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) จากการ

Copyright by Mahidol University

วิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับทั้งความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดี โดยอายุมีความสัมพันธ์ในเชิงลบเพียงเล็กน้อยกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (r = -0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 แต่อายุมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเพียงเล็กน้อยกับการมองโลกในแง่ดี (r = 0.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 สำหรับภาวะงานพบว่าจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเพียงเล็กน้อยกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (r = 0.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และยังพบอีกว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงลบเพียงเล็กน้อยกับจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) (r = -0.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 แต่กลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี (P > 0.05) ทั้งนี้ตรงกันข้ามกับจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเล็กน้อยกับการมองโลกในแง่ดี (r = 0.30) อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่กลับไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (P > 0.05) ดังตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดีและแนวโน้ม การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ กับลักษณะทางประชากรและภาระงาน

	ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (p-value)	**การมองโลกในแง่ดี** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (p-value)	**แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (p-value)
ลักษณะทางประชากร			
อายุ	-0.20* (0.02)	0.18* (0.04)	0.18 (0.09)
ภาระงาน			
จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	0.20* (0.02)	0.02 (0.8)	-0.21* (0.02)
จำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	-0.12 (0.2)	0.30* (0.001)	0.12 (0.2)

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.29 ค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี ลักษณะประชากรและภาระงาน

	1	2	3	4	5	6
1.แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ	1.00					
2.ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	-.31*	1.00				
3.การมองโลกในแง่ดี	.31*	-.31	1.00			
4.จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน	-.21*	.20*	.02	1.00		
5.จำนวนชั่วโมงการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน	.12	-.12	.30*	.19	1.00	
6. อายุ	.09	-.20*	.18*	-.16	.80	1.00

***P < 0.05**

นอกจากนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนขึ้นเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ จึงได้วิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ด้านเพิ่มเติมและพบว่า เมื่อมีแผนกการทำงานที่แตกต่างกันพยาบาลตัวอย่างจะมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่แตกต่างกันในมิติสุขภาพ และเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป (ตามสภาการพยาบาลกำหนด) มีคะแนนเฉลี่ยมิติสุขภาพสูงกว่ากลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่า (ตามสภาการพยาบาลกำหนด) ($\overline{X}$ = 0.91 คะแนน, S.D. = 0.05 คะแนน และ $\overline{X}$ = 0.87 คะแนน, S.D. = 0.06 คะแนน ตามลำดับ) เช่นเดียวกันพบว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่เหมาะสมกับกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความเหมาะสม โดยกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานมีความเหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานมีความไม่เหมาะสม ($\overline{X}$ = 0.81 คะแนน, S.D. = 0.08 คะแนน และ $\overline{X}$ = 0.78 คะแนน, S.D. = 0.08 คะแนน ตามลำดับ) (ตารางที่ 4.30) แต่กลับไม่พบความแตกต่างของแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติการมีส่วนรวมและมิติความมั่นคงในชีวิตเมื่อมีแผนกการทำงานและการรับรู้ปริมาณงานที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4.31 และ 4.32)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.30 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ จำแนกตามลักษณะภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	แนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพ		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	0.91	0.05	4.1*	0.001
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	0.87	0.06		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	0.78	0.08	-2.18*	0.03
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	0.81	0.08		

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.31 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนรวม จำแนกตามลักษณะภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	แนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพด้านการมีส่วนรวม		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	0.85	0.11	1.15	0.25
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	0.83	0.11		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	0.85	0.10	0.91	0.36
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	0.83	0.12		

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.32 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านความมั่นคงในชีวิต จำแนกตามลักษณะภาระงาน (n = 136)

ลักษณะงานและภาระงาน	จำนวน (คน)	แนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพด้านความมั่นคงในชีวิต		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D		
แผนกการพยาบาล (ลักษณะและภาระงานตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล)					
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปตามสภาการพยาบาลกำหนด	52	0.79	0.09	0.12	0.9
กลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด	84	0.79	0.08		
การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ					
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่ไม่เหมาะสม	54	0.88	0.06	-0.38	0.70
กลุ่มรับรู้ปริมาณงานที่เหมาะสม	82	0.88	0.06		

***P < 0.05**

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพ มิติการมีส่วนรวม และมิติความมั่นคงในชีวิตกับลักษณะทางประชากรและภาระงานที่มีระดับการวัดเป็นช่วง ซึ่งประกอบด้วย อายุ จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) พบมีเพียงจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์เชิงลบเล็กน้อยกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพ ดังตารางที่ 4.33

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4.33 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละมิติกับลักษณะทางประชากรและภาระงาน

	มิติสุขภาพ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)	**มิติการมีส่วนรวม** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)	**มิติความมั่นคงในชีวิต** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (p-value)
ลักษณะทางประชากร			
อายุ	0.08 (0.4)	0.12 (0.2)	- 0.02 (0.8)
ภาระงาน			
จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	- 0.25* (0.004)	- 0.04 (0.6)	- 0.001 (1)
จำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	0.12 (0.2)	0.04 (0.6)	0.04 (0.6)

***P < 0.05**

4.6 การทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

เนื่องจากวัตถุประสงค์สำคัญของการศึกษานี้ คือ มุ่งที่จะทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรหลักในการทำนาย ดังนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรทั้ง 2 นี้สามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับทั้งความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะส่งผลทางลบต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลทางบวกต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.380 และกำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล Copyright© by Mahidol University

พหุคูณมีค่า 0.145 ซึ่งแสดงว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ ร้อยละ 14.5 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนายเท่ากับ 3.661 สำหรับสมการในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (y) ในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานแสดงได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ $Y = 45.381 - 0.063(X_1) + 0.057(X_2)$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z = -0.239(Z_1) + 0.232(Z_2)$

ตารางที่ 4.34 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบปกติระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดี เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ตัวแปร	b	SE_b	β	t	Sig
ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน	-0.063	0.022	-0.239	-2.835	0.005
(X_1)	0.057	0.021	0.232	2.752	0.007
การมองโลกในแง่ดี (X_2)					
$R = 0.380$, $R^2 = 0.145$, $F = 11.252$*, $SE_{est} = 3.661$, $R^2_{adj} = 0.132$, $a = 45.381$					

***P < 0.05**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนหน้านี้ที่ได้พบว่าค่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพมีความแตกต่างกันเมื่อแผนกการทำงานและการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบมีความแตกต่างกัน รวมทั้งอายุ จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นจึงได้นำตัวแปรเหล่านี้มาวิเคราะห์เพิ่มเติมด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุอย่างเป็นขั้นตอน (stepwise method) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ และพบว่าค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.444 และกำลังสองของค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีค่า 0.197 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน และแผนกในการทำงานรวมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ ร้อยละ 19.7 (มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย = 3.573) และพบว่าค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์พหุคูณมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงสามารถสร้างเป็นสมการณ์ทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (y) ได้ทั้งในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน โดยความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน

Copyright by Mahidol University

จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน และแผนกในการทำงานจะส่งผลทางลบต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลทางบวกต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ $Y = 51.794 - 0.051(X_1) + 0.058(X_2) - 0.541(X_3) - 1.290(X_4)$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน $Z = -0.195(Z_1) + 0.237(Z_2) + -0.182(Z_3) + -0.160(Z_4)$

ตารางที่ 4.35 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

ตัวแปร	b	SE_b	β	t	Sig
ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (X_1)	-0.051	0.022	-0.195	-2.307	0.023
การมองโลกในแง่ดี (X_2)	0.058	0.020	0.237	2.861	0.005
จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน	-0.541	0.240	-0.182	-2.257	0.026
(X_3)	-1.290	0.634	-0.160	-2.033	0.044
แผนกการทำงาน (X_4)					
$R = 0.444$, $R^2 = 0.197$, $F = 8.054$*, $SE_{est} = 3.573$, $R^2_{adj} = 0.173$, $a = 51.794$					

***P < 0.05**

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพใน 3 มิติ อันประกอบด้วย มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมิติการมีหลักประกันความมั่นคงในชีวิต และยังมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้นำข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะและภาระงานมาเป็นตัวแปรควบคุมเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสามให้แน่ชัดยิ่งขึ้นเพื่อนำตัวแปรที่เกี่ยวข้องไปร่วมวิเคราะห์ในสมการทำนาย ดังนั้นการนำเสนอการอภิปรายผลในบทนี้จึงจะเป็นการนำเสนอ 2 ส่วนหลัก คือ ส่วนแรกเกี่ยวกับการสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการศึกษา และส่วนที่สองเกี่ยวกับข้อเสนอแนะอันสืบเนื่องจากการวิจัยนี้

5.1 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

ในส่วนนี้จะเป็นการสรุปเกี่ยวกับการวิจัยนี้พร้อมทั้งอภิปรายผลของการศึกษาโดยสรุป อย่างไรก็ตามเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับผลการวิจัยมากขึ้นจึงขอนำเสนอภาพรวมของการศึกษานี้โดยสังเขป ดังนี้

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถอธิบาย (explanatory research) กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเจาะจงเลือกกรอบประชากรเฉพาะพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งมีทั้งสิ้น 191 คน แต่มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 71.2 ของกรอบประชากร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน อันประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและภาระงาน ส่วนที่ 3 มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ซึ่งการศึกษานี้ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coeffcient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83 ส่วนที่ 4 มาตรวัด

Copyright by Mahidol University

การมองโลกในแง่ดี การศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับมาตรนี้เท่ากับ 0.69 และส่วนที่ 5 มาตรวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ มาตรชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้สถิติเชิงบรรยาย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

5.1.1 ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) มีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี (S.D. = 1.77 ปี) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.7) รองลงมามีสถานภาพโสด (ร้อยละ 39.7) ซึ่งผู้ที่สมรสมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 1.40 คน (S.D. = 0.91 คน) โดยส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน (ร้อยละ 47.6) พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีบุตรมากที่สุดจำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.3) และยังพบอีกว่ามีผู้สมรสแต่ไม่มีบุตร (ร้อยละ 21.9) ผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้สอดคล้องกับสถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบันที่ชาวไทยมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 1.5 คน อันเนื่องมาจากอัตราส่วนของคู่สมรสที่ไม่มีบุตรเพิ่มจากร้อยละ 11.2 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 14.4 ในปี 2551 ขณะเดียวกันอัตราการสมรสของคนไทยลดลงจาก 28.5 คนต่อพันคน ในปี 2539 เหลือ 15.6 คนต่อพันคน ในปี 2551 ส่วนอัตราการหย่าร้างก็เพิ่มขึ้นจาก 3.7 ต่อพัน ในปี 2539 เป็น 5.3 ต่อพันในปี 2551 (พสุ เดชะรินทร์, 2556) สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 69.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงปริญญาตรี คือ หลังจากจบปริญญาตรีทางการพยาบาลแล้วมิได้เรียนต่อในระดับปริญญาที่สูงขึ้น มีกลุ่มตัวอย่างที่เรียนต่อปริญญาโทและปริญญาเอก เพียงร้อยละ 29.1 และ 1.5 ตามลำดับ ข้อมูลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขของอารีรัตน์ ชวาลา (2551) ที่พบว่าระดับการศึกษาสูงสุดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 37.12 ปี (S.D. = 8.94 ปี) มีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงปริญญาตรี มากถึงร้อยละ 84.2 มีที่เรียนต่อในระดับปริญญาโท เพียงร้อยละ 15.8 เท่านั้น และจากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานครของศิรินา เมืองแสน (2555) ก็พบเช่นกันว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 37.6 ปี (S.D. = 9.8 ปี) มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 86.4 ปริญญาโท ร้อยละ 13.6 การที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการศึกษาสูงสุดถึงระดับปริญญาโท และเอก จำนวนมากกว่าการศึกษาอื่น เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้คือพยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย

Copyright by Mahidol University

และตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครกับทั้งประสบการณ์ในการทำงานมีมากกว่า จึงมีโอกาสได้ผ่านการศึกษาต่อและจบการศึกษาสูงสุดถึงปริญญาโทและเอกมากกว่าพยาบาลจากผลการศึกษาอื่นๆ กล่าวคือพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ จึงมีโอกาสเข้าถึงการศึกษาต่อได้ง่ายกว่าพยาบาลที่ทำงานที่อื่น ขณะเดียวกันยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างสนใจศึกษาในสาขาอื่นๆที่นอกเหนือจากสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้งในระดับปริญญาตรี โท และเอก โดย 3 อันดับแรก คือ สาขาบริหารพยาบาล (ร้อยละ 14) สาขาการจัดการภาครัฐและเอกชน/บริหารธุรกิจ และครุศาสตร์หรือศึกษาศาสตร์ (อย่างละร้อยละ 7) สาขาสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาตร์ (อย่างละร้อยละ 4)

5.1.2 ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ในส่วนข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและภาระงานพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งการทำงานในระดับผู้บริหารทางการพยาบาล (ร้อยละ 51.5) และตำแหน่งบริการทางการพยาบาล (ร้อยละ 48.5) นอกจากนี้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้ยังมีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากตำแหน่งในการทำงานประจำ โดยเกือบหนึ่งในสี่ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างปฏิบัติงานในแผนกกุมารเวชศาสตร์ (ร้อยละ 22.1) ตามด้วยพยาบาลในแผนกห้องผ่าตัด แผนกสูติศาสตร์และนรีเวช (ร้อยละ 15.4) และแผนกอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ (ร้อยละ 11) โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้โดยเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. = 2.4 ปี) ซึ่งมีอายุงาน 32 ปี และ 34 ปี มากที่สุด (อย่างละร้อยละ 16.9) ตามด้วยอายุงาน 37 ปี (ร้อยละ 16.2) และอายุงาน 36 ปี (ร้อยละ 12.5) จากข้อมูลเกี่ยวกับอายุงานที่กลุ่มตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ย่อมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้น่าจะมีความพึงพอใจในการทำงานจึงมีความภักดีไม่ลาออกหรือเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น เนื่องจากปัจจุบันคนเรามีการให้ความสำคัญกับการทำงานมากขึ้นโดยถือว่าเป็นเรื่องสำคัญลำดับต้นๆของชีวิต เนื่องมาจากการทำงานที่ประสบความสำเร็จจะเป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต จึงทำให้คนเรามีการทุ่มเทในการทำงานมากขึ้นโดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตหมดไปกับการทำงาน สำหรับการศึกษานี้พบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมาพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างใช้เวลาในทำงานโดยเฉลี่ย 8.9 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 1.3 ชั่วโมง) โดยประมาณครึ่งหนึ่งจะทำงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.8) ตามด้วยทำ 10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 19.1) และ 9 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 12.5) ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วอาจสรุปได้ว่าจำนวนชั่วโมงในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตามชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างใกล้เคียงกับพระราชบัญญัติคุ้มครอง

Copyright by Mahidol University

แรงงานที่กำหนดชั่วโมงการทำงานแต่ละวันไม่เกิน 8 ชั่วโมง (2541) นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างใช้เวลาในการประชุมโดยเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 2.4 ชั่วโมง) โดยส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 27.2) รองลงมาคือ 1 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 22.1) และตามด้วย 3 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 15.4) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจำนวนมากมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำ (ร้อยละ 70.6) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัฒน์กุล (2555) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนกว่า 3,000 คน พบว่ามากกว่าร้อยละ 83 ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐทำงานหนักเฉลี่ย 16 ชั่วโมงต่อวัน โดยปริมาณงานที่ทำยังเกินกว่างานทางด้านวิชาชีพ โดยมีเนื้องานมากถึงกว่าร้อยละ 45 เป็นงานที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่าร้อยละ 60.3 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบมีปริมาณที่เหมาะสม มีเพียงร้อยละ 35.3 เท่านั้นที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบมีปริมาณมากเกินไปและอีกร้อยละ 1.5 รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบมีปริมาณมากเกินไปอย่างมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้มีพยาบาลตัวอย่างส่วนน้อย (ร้อยละ 2.9) ที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบมีปริมาณที่น้อย แต่ข้อมูลนี้ย่อมแสดงว่ากลุ่มพยาบาลกลุ่มนี้ยังมีความกระตือรือร้นในการทำงานและอยากทำงานให้มากขึ้น

5.1.3 ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.8) และมีระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับสูงและระดับต่ำใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14 และ ร้อยละ 13.2 ตามลำดับ) เป็นผลเนื่องมาจากในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้วยวิธีอิงกลุ่ม ด้วยลักษณะการกระจายของข้อมูลมีลักษณะเป็นโค้งปกติ จึงทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระหว่างมิติ 3 มิติ พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่นๆ ตามด้วยด้านความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จไม่มากเท่าที่ควร แต่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อยที่สุด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณและคณะ(2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่พบความความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการลด

Copyright by Mahidol University

ความเป็นบุคคลในผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีรัตน์ ชวาลา (2551) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความเหนื่อยหน่ายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลเกิดขึ้นทุกวัน สัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง และความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลไม่ค่อยเกิดขึ้น ข้อค้นพบนี้พบเช่นกันในการศึกษาของกนกภรณ์ ใจแก้ว (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหากับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในมิติความอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นรายข้อกระทงความ (item statement) พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นเวลาการทำงานในแต่ละวันและรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและรู้ว่าต้องเผชิญกับสภาพการทำงานเช่นเดิมอีก กับทั้งรู้สึกเครียดสับสนวุ่นวายกับงาน แต่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลับรู้สึกค่อนข้างน้อยในประเด็นเกี่ยวกับการขาดที่พึ่งเมื่อมีปัญหาในการทำงานและไม่ค่อยรู้สึกเครียดมากที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและทำงานกับผู้อื่น และรู้สึกเครียดค่อนข้างน้อยเมื่อต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้คนตลอดวันทำงานเช่นเดิมอีกวัน ส่วนมิติความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้สึกว่าใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคนลดลงหรือให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลงกว่าเดิมหรือรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้รับบริการในปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้น ในส่วนความรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการบางคนเหมือนวัตถุที่ไม่มีชีวิตจิตใจความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นน้อยมาก สำหรับมิติความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรู้สึกว่างานของตนเองมีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อชีวิตผู้อื่นมาก รู้สึกมีความสุขภายหลังให้การพยาบาลผู้รับบริการ และรู้สึกว่าสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการได้ กระนั้นก็ตามพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรู้สึกว่าตนได้สร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่าในการปฏิบัติการพยาบาลน้อย และไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ขณะปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น อย่างไรก็ดีความรู้สึกในเชิงลบเหล่านี้เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ข้อค้นพบรายข้อกระทงเหล่านี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอารีรัตน์ ชวาลา (2551) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากที่สุด คือ หมดแรงเมื่อสิ้นสุดเวลาการทำงานแต่ละวัน รู้สึกว่างานหนักเกินไป และอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนและเมื่อต้องเผชิญกับการทำงานอีกวัน แต่ในรายข้อกระทงความที่ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายมากที่สุด คือ

Copyright by Mahidol University

การหมดความอดทนที่จะทำงานปฏิบัติงานอยู่ต่อไป การรู้สึกเครียดเมื่อทำงานกับคนอื่น และงานทำให้จิตใจห่อเหี่ยว และพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกเหนื่อยหน่ายมิติการลดความเป็นบุคคลมากที่สุด คือ ไม่อยากใส่ใจผู้ร่วมงานและผู้รับบริการบางคน น้อยใจที่ผู้ร่วมงานและผู้รับบริการตำหนิ โดยเกิดความรู้สึกว่าปฏิบัติต่อผู้รับบริการบางคนเหมือนกับเขาไร้ชีวิตจิตใจ กลายเป็นคนหยาบกระด้างเมื่อเริ่มทำงานนี้และวิตกว่างานที่ทำจะทำให้จิตแข็งกระด้างน้อยที่สุด ส่วนมิติความสำเร็จส่วนบุคคล พบว่าพยาบาลวิชาชีพรู้สึกว่าบรรยากาศเป็นกันเองกับผู้ร่วมงานสร้างไม่ยาก มีความสุขภายหลังจากบริการผู้รับบริการอย่างใกล้ชิด และสร้างสิ่งที่มีคุณค่ามากให้กับงานที่ทำมากที่สุด แต่กลับรู้สึกมีพลังในทำงาน แก้ปัญหาต่างๆให้ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ในการทำงานได้อย่างสงบได้น้อย อย่างก็ตามความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นค่อนข้างน้อย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ได้แก่ อายุ จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) โดยอายุมีความสัมพันธ์ในเชิงลบเพียงเล็กน้อยกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ($r = -0.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ทั้งนี้ในเบื้องต้นอาจอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากใกล้ๆจะเกษียณ แม้ร่างกายตามวัยอาจรู้สึกเหนื่อยหน่ายแต่ด้วยเหตุที่กำลังจะต้องเลิกไม่ได้ทำงานอีกจึงมีความรู้สึกเห็นคุณค่าของงานที่ทำ อยากทำให้ดีที่สุดก่อนตนจะเกษียณไป ในทางตรงกันข้ามจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเพียงเล็กน้อยกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ($r = 0.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ทั้งนี้น่าจะอภิปรายได้ว่าแม้จิตใจจะยินดีทำงานแต่ด้วยชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานก็ย่อมทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบว่าไม่เหมาะสมมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t - value = 2.1$, $p = 0.04$) ข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับภาระงานที่แสดงจากชั่วโมงในการทำงาน ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการย้อนไปกล่าวถึงข้อค้นพบที่ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินความครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.8) โดยมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมิติความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่นๆ ตามด้วยมิติความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ และพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อยที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีชั่วโมงการทำงานที่ค่อนข้างนาน (mean = 8.9 ชั่วโมง, S.D. = 1.3 ชั่วโมง) ทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มนี้ที่เป็นผู้ให้บริการทางการพยาบาลต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วย

Copyright by Mahidol University

ความเครียด เนื่องงานพยาบาลต้องรับผิดชอบชีวิตผู้อื่น ต้องการการตัดสินใจที่รีบด่วน ต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ต้องเผชิญความเป็นความตายเสมอ และต้องทำงานร่วมกับบุคคลที่มีความต้องการหลากหลาย ทำให้พยาบาลต้องอยู่ในภาวะกดดันและคับข้องใจเสมอ ซึ่งจะนำไปสู่ความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้ ในขณะที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในองค์กรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดระบบการบริการพยาบาล เป็นผู้นำทางการพยาบาลในการถ่ายทอดนโยบายสู่หน่วยงานและบุคลากร กับทั้งต้องเป็นแบบอย่างให้บุคลากรทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และยังอาจต้องทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ของวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ยิ่งไปกว่านั้นยังมีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ วางแผนแก้ปัญหาในปัจจุบันและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต กับทั้งต้องมีการติดตามควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาลควบคู่กับการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากร (สภาการพยาบาล, 2555) จึงทำให้จำนวนชั่วโมงในการทำงานและภาระงานมีมาก จากการที่มีชั่วโมงในการทำงานที่ค่อนข้างนานต้องรับผิดชอบภาระงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อนจึงก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ในขณะเดียวกันการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบก็มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบไม่เหมาะสมจะเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามสำหรับการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 60.3 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนต้องรับผิดชอบมีปริมาณที่เหมาะสมและมีชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันใกล้เคียงตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานที่กำหนดชั่วโมงการทำงานแต่ละวันไม่เกิน 8 ชั่วโมง จึงทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีความอ่อนล้าทางอารมณ์เกิดขึ้นบ้างและมีความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อย ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้ มีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี (S.D. = 1.77 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูงในระดับที่ดีระดับหนึ่งกับทั้งกลุ่มตัวอย่างนี้มีประสบการทำงานที่ยาวนาน จึงมองชีวิตได้กว้างไกลและลึกซึ้งสามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริง ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าจะเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์ ก็สามารถแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้เป็นอย่างดี และจากการพิจารณารายละเอียดของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานในรายข้อกระทงความที่พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างให้คะแนนในข้อที่รู้สึกเครียดมากที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและทำงานร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งข้อที่รู้สึกขาดที่พึ่ง เมื่อมีปัญหาในการทำงานด้วยคะแนนที่ต่ำ นั้นหมายถึงกลุ่มตัวอย่างอาจได้รับความช่วยเหลือในการทำงานจากเพื่อนร่วมงาน ได้รับกำลังใจ มีการพูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆที่เกี่ยวข้องในการทำงานกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้สามารถลดความตึงเครียด ความคับข้องใจในการทำงานได้ในระดับหนึ่ง ยิ่งไปกว่านี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้เป็น

Copyright by Mahidol University

พยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่สูง หรือเป็นผู้ที่มีความสามารถได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่พิเศษ มีความก้าวหน้าในการทำงานจนได้อยู่ในตำแหน่งที่สูงของวิชาชีพ เป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การทำงานแล้ว มีฐานะมั่นคงทั้งการทำงานและการเงินรวมทั้งการมีครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ความสนใจและทุ่มเทในการทำงานเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการทำงานจึงลดลงเมื่อเปรียบกับเมื่อตอนเข้ามาทำงานใหม่ๆ จึงทำให้ระดับความรู้สึกที่บุคคลประสบความสำเร็จของกลุ่มวัยเกษียณตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปได้มีการเรียนรู้หลักศีลธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยร้อยละ 17.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและ ร้อยละ 24.4 ของกลุ่มตัวอย่างคาดว่าภายหลังเกษียณจะแนะนำการปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม และยังพบอีกว่าร้อยละ 39.4 ของกลุ่มตัวอย่างคาดว่าภายหลังเกษียณตนจะเรียนรู้เพิ่มเติมในด้านศาสนา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่เกิดความรู้สึกทางลบต่อผู้รับบริการ ต่อเพื่อนร่วมงานและผู้อื่น ดังนั้นความเหนื่อยหน่ายในการทำงานด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลในกลุ่มตัวอย่างนี้จึงเกิดขึ้นน้อย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ข้างต้นของการศึกษาครั้งนี้นับได้ว่ามีความสอดคล้องกับศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี ของสิระยา สัมมาวาจ (2532) ที่พบว่าอายุของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย โดยพยาบาลที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าพยาบาลที่อายุน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ สุรโยธีณ ราชสีมา (2537) ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่าพยาบาลที่อายุน้อยกว่า 30 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่นๆ ทุกกลุ่ม ส่วนพยาบาลที่มีอายุ 30 – 40 ปี และพยาบาลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานไม่แตกต่างกัน ข้อค้นพบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มวิชาชีพพยาบาลนี้มีการสรุปให้เห็นชัดขึ้น จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ของบุญธิดา เทือกสุบรรณและคณะ (2551) โดยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด อย่างไรก็ตามข้อสรุปความสัมพันธ์นี้อาจมีเงื่อนไขอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องดังเช่น ลักษณะงานเฉพาะในวิชาชีพพยาบาลโดยพบในการศึกษาของเบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล (2551) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรร ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัตงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษา

Copyright by Mahidol University

พยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดใหญ่ โดยพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดใหญ่ที่มีอายุมากหรือน้อย มีความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานที่ระดับใกล้เคียงกัน

สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยพบว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความไม่เหมาะสมจะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความเหมาะสม ข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hillhouse, Adler และ Walters ในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งพบว่ากลุ่มแพทย์ฝึกหัดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รับรู้ภาระงานของตนมากนั้นจะสามารถใช้เป็นตัวทำนายความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์ในการทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไชรอมและคณะในนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยพบว่าการรับรู้ภาระงานมีอิทธิพลทางตรงทิศทางบวกต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555) ในส่วนของข้อค้นพบของการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนชั่วโมงการทำงานนั้น นับเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Folkard, Tadeusz Marek และ Czeslaw Noworol (2007) ที่ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานในพยาบาล ICU และพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 12 ชั่วโมง เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีผลต่อการนอนและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งยังพบอีกว่าพยาบาลที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีการเข้าสังคมและใช้เวลากับครอบครัวน้อยกว่า พยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง

5.1.4 การมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.9) โดยมีผู้ที่มองโลกในแง่ดีในระดับต่ำมีจำนวนใกล้เคียงกับผู้ที่มองโลกในแง่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 16.9 และ ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีทั้งในสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่ไม่ดีในแต่ละมิติโดยภาพรวมพบว่า ในมิติสาเหตุพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคิดว่าสาเหตุของการเกิดสถานการณ์ต่างๆมาจากตนเองค่อนข้างมาก เช่นเดียวกับมิติความสม่ำเสมอในการเกิดสถานการณ์ต่างๆที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าการเกิดสถานการณ์นั้นจะเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างมาก ส่วนมิติการ

Copyright by Mahidol University

แผ่ขยายของการเกิดสถานการณ์ ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่ามีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นค่อนข้างมาก ผลการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองและผลการปฏิบัติงานของวิศวกร กรณีศึกษากลุ่มบริษัทแห่งหนึ่ง ของสุวรรณา ม่วงงาม (2550) พบว่าวิศวกรมากกว่าครึ่งมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีอยู่ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและแง่ร้าย (ร้อยละ 52.5) เช่นเดียวกันกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และความตั้งใจคงอยู่ในงาน กรณีศึกษาบริษัทสำรวจและผลิตปิโตรเลียมชั้นนำแห่งหนึ่ง ของแคทรียา มณีรัตน์ (2552) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับการมองโลกในแง่ดีและร้ายระดับปานกลาง แต่จากการศึกษาของศิวิมล คำนวล ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค และความสุข กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง (2552) กลับพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีระดับการมองโลกในแง่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 53.89) สอดคล้องกับเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความผูกพันในงาน กรณีศึกษาพนักงานบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องสำอางและยารักษาโรคแห่งหนึ่ง ของเกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) ที่พบว่าพนักงานของบริษัทเกือบทั้งหมดมีระดับการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 99.19) จากการที่ระดับการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มที่แตกต่างกันนอกจากนั้นยังอาจเป็นเพราะลักษณะงานที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและวิศวกรมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ค่อนข้างสูง โดยพยาบาลต้องปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด ต้องรับผิดชอบชีวิตผู้อื่น ต้องการการตัดสินใจที่รีบด่วน ต้องดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต ต้องเผชิญความเป็นความตายเสมอ ในขณะผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นผู้กำหนดนโยบาย การจัดระบบการบริการพยาบาล รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้รับบริการ วางแผนแก้ปัญหาในปัจจุบันและป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต รวมทั้งต้องมีการติดตามควบคุมคุณภาพการบริการพยาบาล เช่นเดียวกับวิศวกรที่ต้องมีการวางแผน ติดตามงานให้สำเร็จตามกำหนด เมื่องานเกิดความผิดพลาดหรือล่าช้า นั่นหมายถึงความเสียหายและการสูญเสียผลประโยชน์บางประการ จึงทำให้พยาบาลและวิศวกรเกิดความเครียดซึ่งมีผลต่อระดับการมองโลกในแง่ดี ยิ่งไปกว่านั้นอาจเป็นเพราะมาตรวัดการมองโลกในแง่ดีที่นำมาใช้มาจากแบบวัดรูปแบบการอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรมของ Seligman (The Seliman Attributional Style Questionnaire) ที่ประกอบด้วยสถานการณ์สมมุติ 12 สถานการณ์ ตามแนวคิดของ Seligman ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอเมริกัน (แคทรียา มณีรัตน์, 2552) จึงทำให้สถานการณ์สมมุติบางข้อไม่เหมาะสมที่จะนำมาถามพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง เช่น คุณนัดเที่ยวกับเพศตรงข้าม

Copyright by Mahidol University

แต่ผลการนัดพบครั้งนี้ไม่น่าพึงพอใจ เป็นต้น และสถานการณ์สมมุติบางข้อไม่เคยเกิดขึ้นจริงกับพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง จึงอาจทำให้คำตอบที่ได้รับแตกต่างกันได้ อันอาจจะมีผลต่อระดับการมองโลกในแง่ดี

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีโดยอาศัยข้อมูลรายข้อกระทงในสถานการณ์ที่ดีพบว่า พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสาเหตุการเกิดสถานการณ์ที่ดีมาจากตนเองค่อนข้างมาก เช่น ในสถานการณ์ที่เพื่อนกล่าวชมรูปร่างหน้าตาของตนเอง โดยมีสาเหตุเกิดจากการที่ตนดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี การแต่งหน้าที่ดี การเป็นคนที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นต้น เช่นเดียวกับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงาน พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างก็เชื่อว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดสถานการณ์ที่ดีในการทำงานนั้นมาจากตนเอง เช่น ในสถานการณ์ที่ได้รับเลือกให้ทำงานในตำแหน่งที่ต้องการ สาเหตุมาจากตัวเองมีคุณสมบัติเหมาะสม มีความชำนาญ มีประสบการณ์ และที่ผ่านมามีผลงานที่ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน เป็นต้น ส่วนในสถานการณ์ที่ไม่ดีพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากทั้งบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น ใกล้เคียงกับการเกิดจากตนเอง เช่น ในสถานการณ์ที่คุณไม่ให้ความช่วยเหลือเพื่อนที่มีปัญหา โดยสาเหตุเกิดจากเพื่อนไม่มีความจริงใจ ไม่พูดปัญหาที่แท้จริง หรือเป็นปัญหาที่เคยช่วยแล้วแต่ยังเกิดขึ้นซ้ำๆอีก แต่ในด้านหนึ่งก็เกิดจากข้อจำกัดของตนเองที่ไม่สามารถช่วยได้ ไม่รู้จะช่วยอย่างไร รวมทั้งปัญหาใหญ่เกินความสามารถของตนเอง สำหรับสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าเกิดจากทั้งบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น และจากตัวเองแต่มีลักษณะค่อนมาทางตัวเองมากกว่า เช่น สถานการณ์ที่พูดในที่ประชุมแต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับตน โดยเชื่อว่าเกิดจากเป็นเรื่องที่ผู้ฟังเสียผลประโยชน์ หรือผู้ฟังมีความเห็นตรงข้ามกับผู้พูด หรือเป็นเรื่องที่เข้าใจยาก แต่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังเชื่ออีกว่าส่วนใหญ่เกิดจากที่ตนเองไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ไม่มีความสามารถและไม่มีเทคนิคในการพูด รวมทั้งพูดไม่ตรงประเด็น เป็นต้น ในมิติความสม่ำเสมอในการเกิดสถานการณ์ที่ดี พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ดีทั้งในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่นและสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานจะเกิดขึ้นอีกค่อนข้างมาก เช่น สถานการณ์ที่ทำให้คู่สมรสหรือคนรักแสดงความรักต่อตนมากขึ้นจะเกิดขึ้นอีก และสถานการณ์ที่จะได้เงินเดือนขึ้นจะเกิดขึ้นอีก ในขณะเดียวกันมิติความสม่ำเสมอของการเกิดสถานการณ์ที่ไม่ดี ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกค่อนข้างมากทั้งในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น และสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงาน โดยในสถานการณ์ที่เกี่ยวกับการทำงานแล้วเกิดความล้มเหลวในการทำงานและการพูดในที่ประชุมแต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบ พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าจะไม่เกิดขึ้นอีกค่อนข้างมากกว่าสถานการณ์อื่นๆ ในทางตรงกันข้ามมิติการแผ่ขยายกลับพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่า

Copyright by Mahidol University

สถานการณ์ที่ดีจะแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นๆด้วย เช่น ในสถานการณ์ที่คู่สมรสหรือคนรักแสดงความรักต่อคุณมากขึ้น จะมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตค่อนข้างมาก โดยเชื่อว่าจะเกิดเหตุการณ์ดีๆในชีวิตแบบนี้อีกในสถานการณ์อื่นๆด้วย ในขณะเดียวกันก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าสถานการณ์ที่ไม่ดี จะไม่มีการแพร่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นค่อนข้างมากโดยเฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ในสถานการณ์ที่เพื่อนแสดงท่าทีไม่เป็นมิตร พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความเชื่อว่าจะไม่มีอิทธิพลต่อด้านอื่นๆในชีวิตอย่างมาก แต่เชื่อว่าจะเกิดเฉพาะสถานการณ์นี้สถานการณ์เดียว โดยจะไม่ส่งผลให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่ดีอื่นๆด้วย

เมื่อวิเคราะข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าสัมประสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ได้แก่ อายุ และจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ซึ่งพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเพียงเล็กน้อยกับการมองโลกในแง่ดี ($r = 0.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.04 เช่นเดียวกับจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเล็กน้อยกับการมองโลกในแง่ดี ($r = 0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ข้อค้นพบที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของศิวิมล คำนวล (2552) ที่พบว่าพนักงานที่มีอายุต่างกัน มีผลทำให้การมองโลกในแง่ดีแตกต่างกัน แต่ผลการศึกษาพบว่าพนักงานที่มีอายุระหว่าง 26 – 35 ปี มีแนวโน้มว่าจะมีระดับการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าพนักงานกลุ่มอายุอื่น เช่นกันกับการศึกษาของแคทรียา มณีรัตน์ (2552) ที่พบว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 31 - 35 ปี เป็นกลุ่มที่มีคะแนนการมองโลกในแง่ดีสูงที่สุด ในขณะที่การศึกษาของเกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) พบว่าพนักงานที่มีอายุ 42 ปีขึ้นไปมีระดับการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าช่วงอายุอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ระดับการมองโลกในแง่จะเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่มีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี (S.D. = 1.77 ปี) ซึ่งมีความมั่งคงในครอบครัวและมีความมั่นคงในหน้าที่การงาน มีตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่สูง ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า สมความปรารถนาตามที่ต้องการ จากการมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นในชีวิตมากมาย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ที่มีอายุค่อนข้างสูงมีทั้งประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่มากทำให้เข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น จึงอธิบายเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองว่ามีแนวโน้มไปในทิศทางที่มองโลกในแง่ดีสูง (เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์, 2554) อีกประเด็นหนึ่ง คือ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) ก็อาจจะส่งผลต่อแนวโน้มการมองโลกในแง่ดีด้วย โดยจากการศึกษาของแคทรียา มณีรัตน์ (2552) และเกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์ (2554) พบว่าเพศหญิงมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่การศึกษาของศิวิมล คำนวล (2552) ก็พบเช่นกันว่าเพศหญิงมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีสูงกว่าเพศชาย แต่

Copyright© by Mahidol University

เมื่อมีการทดสอบด้วยสถิติจำแนกตามเพศ ผลการทดสอบพบว่าพนักงานเพศหญิงและพนักงานเพศชายมีการมองโลกในแง่ดีไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าร้อยละ 17.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และร้อยละ 24.4 ของกลุ่มตัวอย่างคาดว่าภายหลังเกษียณจะแนะนำการปฏิบัติตามหลักศาสนาเพื่อเป็นประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม กับทั้งยังพบอีกว่าร้อยละ 39.4 ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเกษียณคาดว่าจะเรียนรู้เพิ่มเติมในด้านศาสนา ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Christensen ที่เคยกล่าวไว้ว่าศาสนาช่วยการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลก และจากงานวิจัยของ Christensen ที่จัดการฝึกโยคะอาสนะให้กับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมฝึกมีสุขภาพดี นับถือตนเองมากขึ้น ใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นมากยิ่งขึ้น (Christensen, 1975 อ้างใน เสาวณีย์ พงผึ้ง, 2542) และจากการศึกษาของเสาวณีย์ พงผึ้ง (2542) ก็พบเช่นกันว่าผู้สูงอายุที่มีการฝึกสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นั้นคือการฝึกสมาธิทำให้เป็นผู้ที่ฝึกมีจิตใจและบุคลิกหนักแน่น มั่นคง สงบ รู้จักตนเองและผู้อื่นตามความเป็นจริง รู้จักทำใจให้สงบและผ่อนเบาความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจ (Antonovsky, 1982 อ้างใน เสาวณีย์ พงผึ้ง, 2542)

จากการศึกษาครั้งนี้ยังค้นพบอีกว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกเล็กน้อยกับจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากผู้ที่มีจำนวนชั่วโมงการประชุมต่อวันหลายชั่วโมงเป็นผู้ที่มีตำแหน่งงานที่สูง มีหน้าที่พิเศษในความรับผิดชอบ ซึ่งหมายถึงเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการทำงาน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำงาน สามารถทำประโยชน์ให้แก่องค์กร ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร จึงอธิบายเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองให้มีแนวโน้มไปทิศทางที่เป็นการมองโลกในแง่ดีสูง ข้ออภิปรายนี้น่าจะได้รับการสนับสนุนจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของการมองโลกในแง่ดีสูงกว่ากลุ่มผู้ให้บริการทางการพยาบาล ($\bar{X}$ = 173.4 คะแนน, S.D. = 16.7 คะแนน และ $\bar{X}$ = 170 คะแนน, S.D. = 15 คะแนน ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังน่าจะสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานน้อยกว่ากลุ่มผู้ให้บริการทางการพยาบาล ($\bar{X}$ = 21.6 คะแนน, S.D. = 14.2 คะแนน และ $\bar{X}$ = 23.9 คะแนน, S.D. = 15.6 คะแนน ตามลำดับ) ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดี อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของสุวรรณา ม่วงงาม (2550) กลับพบว่าตำแหน่งหัวหน้าวิศวกรมีค่าเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีต่ำที่สุด ในขณะที่ตำแหน่งวิศวกรมีค่าเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีสูงที่สุด โดยอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างของอายุกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มหัวหน้าวิศวกรในการศึกษาของสุวรรณา ม่วงงาม มีอายุงานในบริษัทอยู่

Copyright© by Mahidol University

ในช่วง 6 – 17 ปี ส่วนใหญ่น่าจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีอายุประมาณ 35 – 50 ปี แต่ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีอายุเฉลี่ยสูงถึง 57.61 ปี ดังนั้นตัวแปรอายุจึงอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่สำคัญ นอกจากนั้นอาจเป็นเพราะความแตกต่างระหว่างเพศชายของกลุ่มวิศวกรและเพศหญิงของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่ส่งผลให้การมองโลกในแง่ดีของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน

5.1.5 แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.1) ตามด้วยมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับสูงมาก (ร้อยละ 16.9) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 14) และเมื่อเปรียบเทียบแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละมิติพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละมิติใกล้เคียงกัน โดยมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตมีค่ามากที่สุด คือ 0.9 คะแนน (S.D. = 0.1 คะแนน) ส่วนมิติสุขภาพและมิติด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนเท่ากัน คือ 0.8 คะแนน (S.D. = 0.1 คะแนน) โดยการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ ในเรื่องระดับและแนวโน้มความมีพฤฒิพลังของผู้สูงอายุไทย (2553) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 22,825 คน และ 30,427 คน ในปี พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ พบว่าแนวโน้มของดัชนีพฤฒิพลังของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.5 และ ร้อยละ 60.8 ตามลำดับ) โดยพบว่าดัชนีด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ดัชนีความมั่นคงโดยเฉพาะรายได้และความพอเพียงของรายได้ของผู้สูงอายุลดลงอย่างมาก ในขณะที่ดัชนีด้านการมีส่วนร่วมมีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และการศึกษาของวิไลพร วงศ์ศีนี, โรจนี จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง ในเรื่องปัจจัยทำนายพฤฒพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (2556) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 – 59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 398 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤฒพลังทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนรวม และด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.45, ร้อยละ 83.42 และร้อยละ 93.22 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเรื่องวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 23,884 คน ผลการศึกษาพบว่าวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปาน

Copyright by Mahidol University

กลาง (ร้อยละ 48.8) โดยพบว่าด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 67.3) ตามด้วยด้านความมั่นคงระดับสูง (ร้อยละ 47.1) และด้านการมีส่วนรวม (ร้อยละ 44.6) เมื่อพิจารณาระดับแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละการศึกษาที่มีชื่อเรียกแตกต่างกันพบว่าในแต่ละการศึกษามีวิธีในการแบ่งกลุ่มแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพแตกต่างกันจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษามีระดับแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพที่แตกต่างกัน รวมทั้งในการศึกษาของวิไลพร วงศ์ศีนี, โรจนี จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง ในเรื่องปัจจัยทำนายพฤฒพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังโดยรวมอยู่ในระดับสูง รวมทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนรวม และด้านความมั่นคงทั้งหมดอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 49.52 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยทำงานส่วนใหญ่มีรายได้จากการทำงานอยู่ที่ 10,000 บาทต่อเดือน และยังคงมีสังคมในการทำงานทำให้กลุ่มตัวอย่างยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ในด้านสุขภาพส่วนใหญ่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางยังไม่เกิดความเสื่อมทางด้านร่างกายเท่ากับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังทั้งหมดอยู่ในระดับที่สูง เช่นเดียวกับการศึกษานี้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณมีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและยังเป็นวัยทำงานที่มีรายได้ประจำทุกเดือนค่อนข้างสูง ยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ ยิ่งกว่านั้นยังเป็นผู้ที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจึงอาจส่งผลให้แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของกุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ ในเรื่องระดับและแนวโน้มความมีพฤฒิพลังของผู้สูงอายุไทย และการศึกษาของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล ในเรื่องวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย ที่มีกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะในด้านความมั่นคง

เมื่อพิจารณารายละเอียดตามข้อกระทงความในมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นมิติที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดพบว่าภายหลังเกษียณพยาบาลตัวอย่างส่วนมากจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 91.9) โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.6 คน ซึ่งหมายถึงว่าภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีครอบครัวเป็นผู้ดูแลเกื้อหนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามก็พบว่ามีส่วนหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 7.4) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550 ที่พบว่าขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยคือ 3.63 คน ทั้งในเขตเมืองและชนบท และพบว่ามีแนวโน้มผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานลดลง แต่มีการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตร ร้อยละ 55.2 อยู่ลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 18 และอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 8.6 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สุงอายุไทย, 2556) นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าปัจจุบันพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมี

Copyright by Mahidol University

เพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉลี่ย 5 – 6 คน ($\bar{X}$ = 5.9 คน) แต่ส่วนใหญ่จะมีเพื่อนสนิท 1 – 5 คน (ร้อยละ 72) อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีเพื่อนสนิทเลย (ร้อยละ 6.6) กระนั้นก็ตามถ้ามีความเดือดร้อนพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ยังมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ (ร้อยละ 90.4) โดยส่วนมากจะเป็น พี่ น้อง (ร้อยละ 57.2) และภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างก็ยังคาดอีกว่าตนจะมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนอยู่ (ร้อยละ 93.4) โดยจะเป็น พี่ น้อง (ร้อยละ 56.7) ที่เป็นบุคคลที่ช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนเช่นเดียวกับในปัจจุบัน ในส่วนของรายได้ภายหลังเกษียณพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มาจากเงินออม (ร้อยละ 85.5) ตามด้วยจากการทำงานเองและจากคู่สมรส (อย่างละร้อยละ 38.2) รวมทั้งมีจากบำบาญ (ร้อยละ 33.1) อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของไทย จากการสำรวจแหล่งรายได้หลักของประชากรสูงอายุ พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 พบว่ารายได้หลักของผู้สูงอายุมาจาก บุตร ร้อยละ 52.3 และ ร้อยละ 40.1 ตามลำดับ ตามด้วยการทำงาน ร้อยละ 28.9 และ ร้อยละ 35.1 ตามลำดับ ตามด้วยคู่สมรส ร้อยละ 6.1 ใน พ.ศ. 2550 และจากเบี้ยยังชีพจากทางราชการใน พ.ศ. 2554 ในส่วนของเงินออมพบมีเพียง ร้อยละ 2.9 และ ร้อยละ 2.6 ตามลำดับเท่านั้น (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สุงอายุไทย, 2556) แต่สำหรับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าภายหลังเกษียณเงินออมจะเป็นรายได้หลักของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ อันเนื่องจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณทำงานมานานโดยมีระยะเวลาทำงานเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. 2.4 ปี) และมีรายได้ที่แน่นอน ประกอบกับการได้รับการส่งเสริมการออมเพื่อใช้ภายหลังเกษียณทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเน้นการออมเงินไว้ใช้ภายหลังเกษียณ ซึ่งแสดงถึงว่าภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความมั่นคงทางการเงิน สามารถพึ่งพาตนเองทางการเงินได้โดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัว และยังพบอีกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคิดว่ารายได้ที่ได้รับมีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างสะดวกสบายภายหลังเกษียณแม้จะไม่มีเงินออมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.2) ข้อมูลนี้ใกล้เคียงกับการรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554 ด้านความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 57.8 และมีรายได้เพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 22.8 โดยมีผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอสูงร้อยละ 15.7 แต่มีเพียง ร้อยละ 3.7 ที่มีรายได้เกินเพียงพอ (วิภาวี เหมพรวิสาร และพุฒิกุล อัครชลานนท์, 2557) จากความพอเพียงของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพอีกภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 57.4) แต่ในกลุ่มที่คิดจะประกอบอาชีพภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 39.7) จะช่วยดูแลกิจการครอบครัว ค้าขาย สอนหนังสือ และมีบางท่านจะทำงานพยาบาลต่อหรืองานที่เกี่ยวกับ

Copyright by Mahidol University

สุขภาพ เป็นต้น ซึ่งข้อค้นพบนี้ใกล้เคียงกับการสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 ที่พบว่ามีผู้สูงอายุจะยังคงทำงานร้อยละ 39.4 โดยทำงานเป็นแรงงานในระบบ ร้อยละ 10.2 นอกนั้นเป็นแรงงานนอกระบบ ร้อยละ 89.8 ทั้งนี้ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะทำงานในด้านการเกษตรและการประมง ร้อยละ 61.5 รองลงมาเป็นพนักงานบริการและพนักงานในร้านค้า ร้อยละ 17.3 เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านความสามารถทางฝีมือและเครื่องจักรและธุรกิจการค้า ร้อยละ 8.4 อาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆในด้านการขาย ร้อยละ 6.1 เป็นผู้ปฏิบัติการโรงงาน ร้อยละ 2.6 ดำรงตำแหน่งข้าราชการอาวุโสและผู้จัดการ ร้อยละ 2.2 และผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่างๆ ร้อยละ 0.9 เป็นต้น (สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักเศรษฐกิจการแรงงานและกลุ่มงานเศรษฐกิจแรงงานมหภาค, 2557) การที่ผู้สูงอายุมีการทำงานที่มีรายได้ภายหลังเกษียณจะส่งผลต่อความมั่นคงทางการเงินยิ่งขึ้นและมีการเพิ่มขึ้นของเงินออม ยิ่งไปกว่านั้นยังจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้เกินเพียงพอต่อการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคงการมีคุณค่าของตนเองและยังแสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงจนสามารถประกอบอาชีพได้

ข้อค้นพบที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งของการศึกษานี้ คือ ส่วนใหญ่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 89.7) และมีเงินออม (ร้อยละ 96.3) ซึ่งนับว่าเป็นกลุ่มที่มีความมั่นคงในชีวิตมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปของประเทศด้วย จากการรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเงินออมมีเพียง ร้อยละ 68.7 (สุวิสาส์ เผ่าเหลืองทอง และปติ พุทธวิบูลย์, 2555) ความไม่สอดคล้องกันของข้อมูลนี้ย่อมแสดงถึงความมั่นคงทั้งในที่อยู่อาศัยและด้านการเงินของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง อย่างไรก็ตามมีส่วนหนึ่งที่ยังมีหนี้สินต้องรับผิดชอบ (ร้อยละ 36) แต่ส่วนใหญ่คาดว่าจะสามารถชำระหนี้สินให้หมดก่อนเกษียณ (ร้อยละ 73.5) นอกจากนั้นเนื่องจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเป็น/หรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อน ดังนั้นค่ารักษาพยาบาลเกือบทั้งหมดจึงสามารถใช้สิทธิข้าราชการบำนาญได้ (ร้อยละ 100) จึงกล่าวได้ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความมั่นคงอย่างมากในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลในอนาคต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยถูกกระทำความรุนแรงจากบุคคลใกล้ชิดและหรือบุคคลอื่นทั้งต่อร่างกาย จิตใจ ไม่ว่าจะเป็นทางพฤติกรรมหรือทางวาจาเลย (ร้อยละ 62.5) แต่ก็พบว่าเคยมีผู้ถูกกระทำความรุนแรงนานๆครั้งมากถึง ร้อยละ 35.3 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกกระทำความรุนแรงบ่อยครั้ง ร้อยละ 2.2 จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคมกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้สำรวจความรุนแรงในครอบครัวพบว่า พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวน 50,058 ราย ส่วนใหญ่เคยได้รับการกระทำความรุนแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น บังคับ ขู่เข็ญ (ร้อยละ 46.9) ฉุดกระชาก (ร้อย

Copyright© by Mahidol University

ละ 21.1) ทุบตี (ร้อยละ 11.7) เป็นต้น ซึ่งผู้ที่ทำร้ายร่างกายผู้สูงอายุมากที่สุดคือ บุตร (ร้อยละ 37) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 30.4) (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2550) และจากการศึกษาของมรรยาท รุจิวิทย์ และ ศิริพร ศรีวิชัย ในเรื่องความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ (2547) พบว่ามีผู้สูงอายุถูกกระทำความรุนแรง ร้อยละ 48.50 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.13 โดยช่วงอายุ 60 – 69 ปี ถูกกระทำความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 61.34 มีสถานภาพสมรสคู่ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ 51.03 และเป็นผู้มีรายได้ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน ร้อยละ 51.55 รวมทั้งมีภาวะสุขภาพเจ็บป่วยบ้างเล็กๆน้อยๆ ร้อยละ 39.70 และมีบทบาทช่วยงานบ้านเล็กๆน้อยๆ ร้อยละ 65.46 ดังนั้นพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจถูกกระทำความรุนแรงในอนาคตเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างได้คะแนนในมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตเท่ากับ 0.9 คะแนน (S.D. = 0.1 คะแนน) และจากรายละเอียดข้อกระทงความในมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตจึงแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความมั่นคงมากในมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพเมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.3 ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือค่อนข้างอ้วน โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยมากถึง 60.6 กิโลกรัม (S.D. = 9.5 กิโลกรัม) ในขณะที่มีส่วนสูงเฉลี่ยเพียง 157.8 เซนติเมตร (S.D. = 5 เซนติเมตร) อย่างไรก็ตามก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มน้ำหนักปกติยังเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด (ร้อยละ 36.1) จากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ย 54 กิโลกรัม มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.2 กิโลกรัม ซึ่งหมายถึง มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือค่อนข้างอ้วน แต่พบว่าส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มปกติมากที่สุด (ร้อยละ 40) เช่นเดียวกัน รองลงมาคือกลุ่มโรคอ้วน (ร้อยละ 23) ภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 18) ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 14) และภาวะโรคอ้วนอันตราย (ร้อยละ 6) (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ค่าดัชนีมวลกายเป็นค่าหนึ่งที่เป็นดัชนีในการทำนายภาวะสุขภาพ โดยค่าดัชนีมวลกายจะบอกถึงภาวะอ้วนหากมีค่าดัชนีมวลกายสูงจะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด ทั้งโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญทางชีวเคมีในร่างกาย ส่งผลให้สุขภาพอ่อนแอรวมทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมและจิตใจ (ปรียานุช แย้มวงษ์, 2553) และจากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และข้อเข่าเสื่อมส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในกลุ่มน้ำหนักเกินจนถึงโรคอ้วนอันตราย (ร้อยละ 61, ร้อยละ 56

Copyright© by Maniadi University

และร้อยละ 63 ตามลำดับ) (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานหรือค่อนข้างอ้วน ถึงแม้ว่ามีกลุ่มน้ำหนักปกติเป็นกลุ่มที่มากที่สุด จึงน่าจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพที่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคต

เมื่อพิจารณาถึงสุขภาพอนามัยทั่วไปก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างนอนหลับโดยเฉลี่ยวันละ 6.6 ชั่วโมง (S.D. = 1.2 ชั่วโมง) โดยส่วนมากจะนอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.5) ซึ่งน้อยว่าที่ควรจะเป็น ด้วยปกติผู้สูงอายุยังคงต้องการการนอนวันละ 8 ชั่วโมง เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ หากพักผ่อนไม่เพียงพอจะทำให้ระบบการเผาผลาญในร่างกายทำงานไม่ดี ฮอร์โมนทำงานผิดปกติ และส่งผลต่อด้านอารมณ์และจิตใจได้ (สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย, 2546)

ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่องการสูบบุหรี่และดื่มสุราของผู้สูงอายุพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 - พ.ศ. 2550 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราลดลง โดยการสูบบุหรี่จะค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่องจาก พ.ศ.2546 ร้อยละ 21.5 พ.ศ. 2549 ร้อยละ 19.2 และ พ.ศ. 2552 ร้อยละ 16.7 ส่วนการดื่มสุราในสามปีแรกลดลงเกือบหนึ่งในสี่ โดย พ.ศ. 2546 ดื่มสุรา ร้อยละ 23.2 และ พ.ศ. 2549 ร้อยละ 18.1 ในพ.ศ. 2552 ร้อยละ 17.8 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) และจากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี โดยส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83 และไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 84 ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติเป็นประจำในการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงกว่าเพศชาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากการศึกษานี้ก็เช่นกันที่พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยมีมากที่สุด (ร้อยละ 79.4) ยิ่งไปกว่านั้นเกือบทั้งหมดของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 98.5) ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียษตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงและเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ทราบว่าการมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพและภาพลักษณ์วิชาชีพ ทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่เคยสูบบุหรี่เลย

การออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบสำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะเป็นประโยชน์ในการป้องกันความเสื่อมและช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่าปัจจุบันพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ร้อยละ 43.4) แต่กลุ่มพยาบาลตัวอย่างก็คาดว่า

Copyright by Mahidol University

จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไปคือ จะมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันเพิ่มขึ้นมากที่สุดภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 41.9) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของโยธิน แสวงดีและคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2544 ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพียงหนึ่งในหก จากนั้นไม่ถึงสิบปีผู้สูงอายุออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็นหนึ่งในสาม โดยในปี พ.ศ. 2552 มีผู้สูงอายุออกกำลังกาย ร้อยละ 33 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) และจากรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 57 (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ข้อค้นพบเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายจึงอาจใช้เป็นดัชนีตัวหนึ่งในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างว่าอาจจะเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่แข็งแรงภายหลังเกษียณ รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอยังส่งผลให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมอันเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ กระนั้นก็ตามจากการศึกษาพบว่าในปัจจุบัน ร้อยละ 70.6 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่โดยมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.7) โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ (ร้อยละ 37.5) และโรคทางกระดูกและข้อ (ร้อยละ 21.9) ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน เช่น โรคทางกระดูกและข้อร่วมกับโรคภูมิแพ้ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โรคหัวใจและโรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ เป็นต้น ข้อค้นพบเหล่านี้ได้พบเช่นเดียวกันในรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 41.1 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.2 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.6 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 13 เป็นโรคร่วมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง กระนั้นก็ตามเมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเพื่อใช้ในการวัดสุขภาพโดยรวมก็พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ร้อยละ 54.4) ในขณะที่การประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเองของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีหรือดีมาก ร้อยละ 42.7 การที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีอาจเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพิ่งเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุตอนต้นแต่หากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองว่าสุขภาพดีก็อาจจะลดน้อยลงเช่นเดียวกับการประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเองของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 69 ปี ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีหรือดีมาก ร้อยละ 49.3 ในขณะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีหรือดีมาก ร้อย

Copyright by Mahidol University

ละ 26.4 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งอยู่ในทีมสุขภาพมีการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่เสมอจึงอาจส่งผลให้ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ สำหรับการประเมินสุขภาพจิตของตนเองของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สุงอายุไทย, 2556) ในขณะเดียวกันก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่ามีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 66.2) เนื่องมาจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานและมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต มีวัยวุฒิ มีการมองโลกที่กว้างตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีความสนใจในศาสนาซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตโดยตรงทำให้สามารถปรับตัวได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและสังคม ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หดหู่ และสามารถดำเนินชีวิตภายหลังเกษียณได้อย่างมีความสุข

โดยสรุปเมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าสุขภาพของตนจะเป็นอย่างไรหลังเกษียณ พบว่ากลุ่มพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าภาวะสุขภาพของตนเองจะไม่ค่อยแตกต่างจากปัจจุบัน แต่มีแนวโน้มว่าสุขภาพของตนจะดีขึ้น คือ คาดว่าตนเองจะมีสุขภาพดีภายหลังเกษียณ ร้อยละ 58.8 ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างไม่ต้องทำงานเป็นประจำต่อเนื่อง 8 ชั่วโมงและไม่ต้องเผชิญกับความเครียดในการทำงาน ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น มีเวลาในการนอนพักผ่อนเพิ่มขึ้นและมีเวลาในการออกกำลังอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยตรง รวมทั้งการได้ใช้เวลาในการทำงานอดิเรกที่ชอบ มีเวลาในการเรียนหรืออ่านสิ่งที่ตนเองสนใจเพิ่มขึ้น มีโอกาสใช้เวลาร่วมกับครอบครัวเพิ่มขึ้น สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีภายหลังเกษียณจากงานได้

สำหรับการวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในมิติด้านการมีส่วนรวมในกิจกรรมทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทนานๆครั้งและมีการสังสรรค์กันบ้างใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 31.6 และ ร้อยละ 30.6 ตามลำดับ) และภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าจะมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทมากขึ้นคือ คาดว่าจะมีการสังสรรค์กันบ้าง (ร้อยละ 36.8) รองลงมาคือ คาดว่าจะมีการสังสรรค์กันบ่อย (ร้อยละ 28.7) จากการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าภายหลังเกษียณจะมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทมากขึ้นอาจเนื่องมาจากภายหลังเกษียณไม่มีงานประจำที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้มีเวลามาพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทมากขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะเกษียณไปแล้วพยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มนี้จะยังคงรักษาสัมพันธภาพทางสังคมไว้อยู่ นอกจากนี้

Copyright by Mahidol University

หลังเกษียณกลุ่มตัวอย่างก็ยังคาดว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือทางวัฒนธรรมพอควร (ร้อยละ 66.9) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของมนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์และคณะ (2554) ในเรื่องการปรับตัวและการสนับสนุนด้านสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของปัญญภัทร ภัทรกัณฑากุล (2544) ในเรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบอีกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงมีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคมจากการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันการมีส่วนรวมในกิจกรรมทางสังคัมของผู้สูงอายุยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสถ่ายทอดศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ภูมิปัญญาและทักษะร่วมกับผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์ต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชน จากการสำรวจเรื่องความต้องการการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนรวมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 98.2) ตามด้วยกิจกรรมทางศาสนาและประเพณี (ร้อยละ 95.4) กิจกรรมทัศนศึกษา (ร้อยละ 88.0) กิจกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ (ร้อยละ 85.8) กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ (ร้อยละ 81.4) และการประชุมกรรมการหรือสมาชิก (ร้อยละ 77.9)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมอาชีพและรายได้ (ร้อยละ 57.8) (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) และจากการสำรวจการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน (ร้อยละ 68.9) โดยกิจกรรมที่มีการเข้าร่วมมากที่สุดคือ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ (ร้อยละ 32.4) ตามด้วยกลุ่มสูงอายุ (ร้อยละ 26.1) และกลุ่มอาชีพ กลุ่มสหกรณ์หรือกลุ่มออมทรัพย์ (อย่างละร้อยละ 11.2) (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สุงอายุไทย, 2556)

สำหรับในเวลาว่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ (ร้อยละ 86) โดยเป็นงานอดิเรกประเภท การท่องเที่ยว (ร้อยละ 61.5) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 59.8) และมีบางท่านมีการทำกิจกรรมบันเทิง เช่น ดูหนัง ร้องเพลง (ร้อยละ 49.6) เป็นต้น นอกจากนั้นยังพบอีกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสามารถในด้านต่างๆหลายด้าน (ร้อยละ 50) เช่น ด้านศิลปะงานฝีมือ (ร้อยละ 30.9) กับทั้งมีความสามารถในการทำอาหาร ทำ

Copyright by Mahidol University

ขนม (ร้อยละ 25) มีความสามารถในการเต้นรำ ร้องเพลง เป็นพิธีกร นักพูด เล่นดนตรี (ร้อยละ 20.6) เป็นต้น จากการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีงานอดิเรกทำและครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสามารถในด้านต่างๆ ซึ่งภายหลังเกษียณลักษณะเหล่านี้จะยังคงอยู่ทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีกิจกรรมทำแทนการทำงานประจำ และจะทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรับรู้ว่าตนเองยังมีความสามารถอยู่ ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อการนับถือตนเองรวมทั้งจะทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ยิ่งไปกว่านั้นการมีกิจกรรมทำภายหลังเกษียณจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ (สุภาวดี พุฒิหน่อย, 2547) จากการศึกษาของขนิษฐา ตลอดภพและคณะ (2556) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำเมื่อเกิดความเครียด ได้แก่ การดูทีวีหรือภาพยนต์ การทำงานอดิเรกที่ชอบ การทำบุญ ทำทาน เข้าวัด การนอนพักผ่อน การสวดมนต์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้จึงอาจใช้การทำงานอดิเรกเป็นอีกทางหนึ่งเพื่อบรรเทาความเครียดที่อาจเกิดขึ้นภายหลังเกษียณได้

ในส่วนของกิจกรรมภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคาดว่าจะมีส่วนช่วยดูแลครอบครัวในหลายด้าน ทั้งการดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน (ร้อยละ 94.3) การทำสวน ดูแลต้นไม้ (ร้อยละ 76.5) และการทำอาหาร (ร้อยละ 75) เป็นต้น จากการศึกษาของ กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ ในเรื่องระดับและแนวโน้มความมีพฤติพลังของผู้สูงอายุไทย (2553) พบว่าผู้สูงอายุมีส่วนช่วยในการเกื้อหนุนครอบครัว ได้แก่ การทำอาหาร การให้เงินบุตร การดูแลบ้าน เป็นต้น ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมากจากในปี พ.ศ. 2545 คือเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 94.2 ในปี พ.ศ. 2550 เช่นเดียวกันกับรายงานผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมเป็นประจำตามกิจกรรมที่ช่วยครอบครัว พ.ศ. 2554 โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปี ยังคงมีบทบาทสำคัญในการทำงานบ้าน เช่น เฝ้าบ้านหรือเฝ้าร้าน (ร้อยละ 58.9) ปัดกวาดหรือถูบ้าน (ร้อยละ 37) ทำอาหาร (ร้อยละ 35.9) ซื้ออาหารหรือกับข้าว (ร้อยละ 35) และซักรีดเสื้อผ้า (ร้อยละ 31.8) และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปแม้จะทำงานบ้านลดลงมากแต่กว่าร้อยละ 70 ยังคงช่วยเฝ้าบ้านได้ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) จากข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีบทบาทสำคัญในครอบครัว โดยช่วยแบ่งเบาภาระของคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองยังคงมีความสำคัญกับครอบครัว ลดความรู้สึกในการพึ่งพาครอบครัวเพียงอย่างเดียวรวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในส่วนของกิจกรรมชุมชนและสังคม พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่คาดว่าตนเองจะทำประโยชน์ให้กับสังคมในด้านการเผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ (ร้อยละ 63.8) และทำงานการกุศล (ร้อยละ 60.6) รวมทั้งสนใจในการศึกษาและ

Copyright© by Mahidol University

ปฏิบัติธรรม เป็นวิทยากรสอนการปฏิบัติธรรมตามสถานที่ต่างๆ (ร้อยละ 24.4) เป็นต้น การที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคาดว่าภายหลังเกษียณจะยังคงช่วยเหลือครอบครัวและจะทำประโยชน์ให้กับสังคม ซึ่งเป็นการแสดงถึงความต้องการที่จะยังคงมีกิจกรรมทางสังคม มีความต้องการที่จะพบปะกับบุคคลอื่นๆอยู่ รวมทั้งเป็นการแสดงศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ตามความรู้ความสามารถของตนในการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม และถึงแม้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทุกคนจะเรียนสำเร็จปริญญาตรีเป็นอย่างต่ำ แต่ก็พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 69.1) โดยส่วนใหญ่มีความสนใจในหลายๆด้านรวมกัน ซึ่งพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความสนใจในด้านการฝึกทักษะอาชีพ (ร้อยละ 52.1) และในด้านศาสนาโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเรียนพระอภิธรรม ศึกษาธรรมะ ฝึกเจริญสติ วิปัสสนากรรมฐาน (ร้อยละ 39.4) นอกจากนั้นยังมีในด้านศิลปะโดยกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการวาดภาพสีน้ำ แกะสลัก ปั้นดิน ทำงานจิ๋ว เป็นต้น (ร้อยละ 38.3) รวมทั้งมีผู้สนใจที่จะเรียนเพิ่มเติมในด้านคอมพิวเตอร์เพื่อให้ใช้งานได้ชำนาญให้ทันโลกออนไลน์ (ร้อยละ 33) และจากการศึกษาพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณส่วนใหญ่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีในการรับข้อมูลข่าวสารและโปรแกรมในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นที่กำลังเป็นที่นิยมในปัจจุบันได้ เช่น Internet (ร้อยละ 94.9) Line (ร้อยละ 89) และ Facebook (ร้อยละ 69.9) เป็นต้น

จากข้อค้นพบเหล่านี้นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจะเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคต ด้วยจากหลักการสำคัญของการเรียนรู้ตลอดชีวิต คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว และสามารถปรับตัวเข้ากับชุมชน สังคม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคมได้ รวมทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุปรับสภาพเศรษฐกิจได้อย่างเพียงพอและสามารถจัดการกับรายได้ให้พอเพียงตามอัตภาพ ตลอดจนได้เรียนรู้ทางศาสนา ศิลปะ และปรัญชา เพื่อความสงบในจิตใจและเพื่อการพัฒนาศักยภาพของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้สามารถทำประโยชน์แก่ผู้อื่นได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) จึงอาจกล่าวได้ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีลักษณะของผู้ที่ต้องการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งน่าจะทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตที่แข็งแรง สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ และยังคงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสังคมตลอดจนการทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมตามศักยภาพของตนเอง ซึ่งทำให้รู้สึกถึงความมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีในตนเอง รวมทั้งพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนหนึ่งมีความสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมในด้านการฝึกทักษะอาชีพ อันจะเป็นการลดการพึ่งพาของผู้สูงอายุต่อครอบครัวและสังคมได้ส่วนหนึ่ง กับทั้งจะส่งผลให้เกิดความมั่งคงในชีวิตทางการเงินของผู้สูงอายุอีกด้วย

Copyright by Mahidol University

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพรวมทั้งการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กับลักษณะทางประชากร ลักษณะงานและภาระงาน โดยพบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเมื่อพยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มตัวอย่างมีแผนกการทำงานที่แตกต่างกัน โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มแผนกการพยาบาลที่มีพยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ตามข้อเสนอเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลขั้นต่ำในแต่ละหน่วยงานบริการระดับตติยภูมิที่สภาการพยาบาลกำหนด มีคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่สูงกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในกลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากลักษณะงานของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสถาการพยาบาลกำหนด อันประกอบด้วย กุมารเวชศาสตร์, ห้องผ่าตัด, ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์, ระบบหัวใจและหลอดเลือด, อายุรศาสตร์และจิตเวช มีลักษณะงานที่ซับซ้อน รีบเร่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในแผนกการทำงานของพยาบาลกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง มีภาวะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤตที่จำเป็นต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพหลายสาขา จากการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่าตามสภาการพยาบาลกำหนด ต้องทำงานที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดรีบเร่งอยู่เสมอ รวมทั้งต้องทำงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดอายุงานเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. 2.4 ปี) ซึ่งบ้างครั้งอาจพบปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นในการทำงาน จึงก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์โดยความล้าเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับทั้งร่างกายและพฤติกรรม เช่น เมื่อร่างกายอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อ สุขภาพไม่แข็งแรง ก็ลดการทำกิจกรรมทั้งของตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมซึ่งถือเป็นผลกระทบจากความอ่อนล้าที่เกิดจากการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงลบเพียงเล็กน้อยกับจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ($r = -0.2$) อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากการศึกษาพบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมาพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานโดยเฉลี่ย 8.9 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 1.3 ชั่วโมง) โดยส่วนใหญ่จะทำงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.8) ตามด้วย 10 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 19.1) และ 9 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 12.5) ซึ่งถือได้ว่าจำนวนชั่วโมงในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างมาก

ข้อมูลที่ค้นพบดังกล่าวข้างต้นนำไปสู่การอภิปรายได้ว่าจากการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงในการทำงานที่ค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่นๆน้อยลง เช่น การพักผ่อน การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก รวมทั้งเวลาในการทำ

Copyright by Mahidol University

กิจกรรมร่วมกันกับครอบครัว เพื่อน หรือคนในสังคมลดน้อยลง จึงย่อมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพร่างกายและจิตใจของพยาบาล โดยจากการศึกษา Folkard, Tadeusz Marek และ Czeslaw Noworol (2007) ที่ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานในพยาบาล ICU พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 12 ชั่วโมง เป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีผลต่อการนอนและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งพบว่าพยาบาลที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีการเข้าสังคมและใช้เวลากับครอบครัวน้อยกว่า พยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง จึงอาจสรุปได้ว่าจากการมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างรวมทั้งจากลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด รีบเร่ง และต้องทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลา จะส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง รวมทั้งส่งผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพภายหลังเกษียณ ข้อมูลนี้ยิ่งได้รับการยืนยันเมื่อพิจารณาลงไปในรายละเอียดในส่วนของแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละมิติก็พบว่าเมื่อมีแผนกการทำงานที่แตกต่างกันของพยาบาลตัวอย่างจะมีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพที่แตกต่างกันในมิติสุขภาพ โดยเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป (ตามสภาการพยาบาลกำหนด) มีคะแนนเฉลี่ยมิติสุขภาพสูงกว่ากลุ่มแผนกการพยาบาลที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย 4 คนหรือน้อยกว่า (ตามสภาการพยาบาลกำหนด) นั้นคือลักษณะงานที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด รีบเร่ง และต้องทำงานปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอด จะส่งผลเสียทั้งต่อสุขภาพกายและจิตของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

ข้อค้นพบข้างต้นนี้ได้รับการสนับสนุนเช่นเดียวกันด้วยพบว่าแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่เหมาะสมกับกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความเหมาะสม โดยกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานมีความเหมาะสมมีคะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในมิติสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานมีความไม่เหมาะสม ทั้งนี้พึงอภิปรายได้ว่าการที่บุคคลรับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่เหมาะสมจะเกิดความคับข้องใจในการทำงาน เกิดความเครียดในการทำงานและไม่อยากทำงาน จากการศึกษาของภัณทิลา บุญปั้นในเรื่องปัจจัยเอื้อต่อการทำงาน และการรับรู้ภาระงานซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจลาออก ภายใต้บทบาทสื่อความผูกพันต่องานของข้าราชการระดับ 1 – 6 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา (2554) พบว่าการรับรู้ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจลาออกและส่งผ่านทางอ้อมต่อความผูกพันในงานนำไปสู่ความตั้งใจลาออกจากงาน สำหรับการศึกษาครั้งนี้จากการที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่

Copyright© by Mahidol University

เหมาะสม ทำให้ต้องอดทนทำงานด้วยความคับข้องใจ ต้องใช้ความพยายามทั้งทางร่างกายและจิตใจในการทำงาน ทำงานด้วยความเครียดเป็นเวลานาน (อายุงานเฉลี่ย 34.9 ปี) ด้วยสาเหตุบางอย่างที่ทำให้ไม่สามารถลาออกจากงานได้ ซึ่งจากการอดทนทำงานด้วยความเครียด ความคับข้องในการทำงานมาเป็นเวลานานจึงอาจส่งผลเสียทั้งต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานของตนมีความไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูเฟลิและแบคเคอร์ (2004) ที่พบว่าพนักงานที่รับรู้ว่าภาระงานของตนเองมีมากนำไปสู่ความเหนื่อยล้า และเกิดปัญหาสุขภาพ

อย่างไรก็ตามข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้กลับไม่พบความแตกต่างและความสัมพันธ์ของแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพในมิติการมีส่วนร่วมและมิติความมั่นคงในชีวิต กับลักษณะทางประชากร ลักษณะงานและภาระงาน ทั้งนี้เนื่องพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทุกคนสำเร็จการศึกษาปริญญาตรีเป็นอย่างต่ำ เป็นหรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อนทำให้สามารถใช้สิทธิข้าราชการบำนาญได้เหมือนกัน พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ใกล้เคียงกัน มีเงินออมและคาดว่ารายได้ภายหลังเกษียณมีความพอเพียง รวมทั้งมีลักษณะการดำเนินชีวิตและได้รับความรู้เรื่องการวางแผนชีวิตภายหลังเกษียณที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้บริบททางสังคมของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความใกล้เคียงกัน จึงทำให้ไม่เกิดความแตกต่างของแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพในมิติการมีส่วนร่วมและมิติความมั่นคงในชีวิตของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

5.1.6 อภิปรายผลแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression) พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะส่งผลทางลบต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลทางบวกต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ และกำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณมีค่า 0.145 ซึ่งแสดงว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ร้อยละ 14.5 โดยมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนายเท่ากับ 3.661

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุอย่างเป็นขั้นตอน (stepwise method) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มเติม โดยนำตัวแปรที่พบความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติเป็นรายคู่ (bivariate analysis) ซึ่งในเบื้องต้นพบว่า

Copyright by Mahidol University

แผนกการทำงานและการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ รวมทั้งอายุ จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และจำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพมาร่วมวิเคราะห์ และพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และแผนกในการทำงานรวมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ ร้อยละ 19.7 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณมีค่า 0.444 ($P < 0.05$) และกำลังสองของค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์พหุคูณมีค่า 0.197 ซึ่งทำให้ความสามารถในการทำนายแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.7 โดยมีความสัมพันธ์กันในเชิงเส้นตรงสามารถสร้างเป็นสมการณ์ทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ โดยความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวัน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) และแผนกในการทำงานจะส่งผลทางลบต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลทางบวกต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นที่สมการในการทำนายสามารถอธิบายความผันแปรของแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณได้เพียงร้อยละ 19.7 ด้วยตัวแปรเพียง 4 ตัวแปรข้างต้นเท่านั้น จึงทำให้ประเด็นการวิจัยนี้พึงต้องได้รับความสนใจในการศึกษาต่อไปด้วยการนำเอาตัวแปรอื่นๆมาร่วมศึกษา ซึ่งบางส่วนได้นำเสนอในการอภิปรายในส่วนต่อไป ดังเช่นตัวแปรต่อไปนี้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน (self – efficacy) การฟื้นคืนสภาพ (resilience) และสุขภาพจิต (mental health) เป็นต้น

จากผลการวิจัยที่พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงและมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ จะมีแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในระดับสูง โดยพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมความเครียดที่ต้องเผชิญอยู่เสมอ จึงนำไปสู่การมีสภาวะจิตใจที่ดี ร่าเริง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (Schiever and Carver, 2002 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ann Bowling และ Steve liffe (2011) ที่พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยา คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ความเข้มแข็งทางใจจนฟื้นคืนได้ (resilience) และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ

Copyright by Mahidol University

(กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดีจะเป็นผู้ที่มองโลกตามความเป็นจริง สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดีจะยังคงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและร่วมกิจกรรมที่เคยทำแม้จะอยู่ในวัยสูงอายุ

สำหรับข้อค้นพบที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Melamed, Samuel และคณะ (2006) ที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยโดยจะมีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) ซึ่งมีผลกระทบต่อการรักษาสมดุลร่างกายของต่อมไร้ท่อ มีผลในการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท กับทั้งมีผลต่อระบบการอักเสบและการการซ่อมแซ่มร่างกาย ทำให้เลือดเกิดการแข็งตัว นอกจากนี้ยังรบกวนระบบการนอนและยังส่งผลให้ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้นจากผลการวิจัยยังพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยพบว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความไม่เหมาะสมจะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hillhouse , Adler และ Walters ในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งพบว่ากลุ่มแพทย์ฝึกหัดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่รับรู้ภาระงานของตนมากนั้นจะสามารถใช้เป็นตัวแปรในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์ในการทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไชรอมและคณะในนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยพบว่าการรับรู้ภาระงานมีอิทธิพลทางตรงทิศทางบวกต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน (ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555) การวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่าการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนชั่วโมงการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Folkard, Tadeusz Marek และ Czeslaw Noworol (2007) ที่ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานในพยาบาล ICU พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีผลต่อการนอนและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งพบว่าพยาบาลที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีการเข้าสังคมและใช้เวลากับครอบครัวน้อยกว่าพยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง อันเนื่องมาจากการมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด รีบเร่งและต้องทำงานปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จึงก่อให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเครียดในการทำงานซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้ทุกวันจนนำไปสู่ความเหนื่อยในการทำงาน จนถึงการมองโลกในแง่ที่ไม่ดีนัก (Christina Maslach, Wilmar

Copyright by Mahidol University

B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) และอาจมีแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยที่ด้อยคุณภาพได้ และจากการที่ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานรู้สึกคับข้องใจ ไม่อยากไปทำงาน หมดกำลังใจในการทำงาน เกิดความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อผู้อื่นและต่องานที่รับผิดชอบรวมทั้งต่อตนเอง

ดังนั้นภายหลังเกษียณผู้สูงอายุที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะเกิดความรู้สึกไม่อยากทำงานอีก รวมทั้งมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลทั้งต่อความมั่นคงของรายได้และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายหลังเกษียณ โดยจากการศึกษาของอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ (2554) พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุยังคงทำงานต่อภายหลังเกษียณ เป็นการลดอัตราการพึ่งพาครอบครัวและสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่ารวมทั้งมีอิสระในตนเอง อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่คาดว่าภายหลังเกษียณจะยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมพอควร (ร้อยละ 66.9) โดยกิจกรรมที่เข้าร่วมส่วนใหญ่จะเป็นการเผยแพร่ให้ความรู้เรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ และการทำงานการกุศลรวมทั้งการศึกษาและปฏิบัติธรรม แม้ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 57.4) แต่ก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นคงอยู่ในระดับหนึ่ง เนื่องจากส่วนใหญ่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีเงินออม ไม่เป็นหนี้ และมีบ้านเป็นของตนเองรวมทั้งยังมีบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจำนวนชั่วโมงในการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันที่ยาวนาน และแผนกในการทำงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อนต้องเผชิญกับความเครียดเสมอจะส่งผลต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ โดยจะทำให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างสุขภาพไม่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีการแยกตัวออกจากสังคมไม่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงภายหลังเกษียณได้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า จึงไม่คิดที่จะทำงานหรือเรียนรู้สิ่งใหม่ๆอีกภายหลังเกษียณ และยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เปราะบางต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ในขณะที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีการมองโลกในแง่ดีจะเป็นผู้ที่มองโลกตามความเป็นจริง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและยังคงกิจกรรมทางสังคมที่เคยทำมาแม้อยู่ในวัยสูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้สูงอายุมีสุขกายและจิตที่ดี รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงทำงานโดยอาจจะเป็นงานที่มีรายได้หรือไม่มีรายได้ตามความรู้ความเชี่ยวชาญของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงในชีวิตของผู้สูงอายุ กับทั้งจะยังคงมีศักดิ์ศรีและมีอิสระในการดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นสุข

Copyright by Mahidol University

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยและผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ นำมาสู่ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต ดังต่อไปนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) จากการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าการทำงานมีส่วนสำคัญต่อแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพส่วนหนึ่ง โดยพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน จำนวนชั่วโมงในการทำงาน และแผนกในการทำงาน ร่วมทั้งการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ควรมีการปรับภาระงานให้เหมาะสมไม่มากและไม่น้อยเกินไป มีชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยาวนานจนเกินไปให้กับผู้ที่กำลังจะเกษียณอายุจากการจ้างงาน เพื่อให้ได้มีการเตรียมตัวที่จะดำเนินชีวิตอย่างแตกต่างจากที่เคยดำเนินมา นอกจากนี้ยังเพื่อให้พยาบาลรับรู้ว่าปริมาณงานที่ทำนั้นตนทำด้วยความรู้สึกภาคภูมิใจ รวมทั้งควรมีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีเพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการทำงาน แม้ว่าอาจรับรู้ว่าภาระงานนั้นมากก็ตาม

(2) ในขณะเดียวกันการส่งเสริมการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในวัยการทำงาน ด้วยจากข้อค้นพบในการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเกินมาตรฐาน คือ ค่อนข้างอ้วน รวมทั้งปัจจุบันมีการออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้แก่พยาบาล เช่น โครงการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียด เป็นต้น

(3) เนื่องจากข้อค้นของการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งไม่คิดที่จะประกอบอาชีพที่มีรายได้ภายหลังเกษียณอีก การกระทำเช่นนี้อาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ลดลงอย่างกระทันหันหรืออาจรู้สึกมีคุณค่าน้อยลง เนื่องจากตนเคยทำงานอันเป็นรายได้ให้ครอบครัว ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพที่มีรายได้ภายหลังเกษียณที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ความสามารถ และความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณแต่ละราย เพราะนอกจากจะเป็นการทำให้ผู้สูงอายุยังคงการมีส่วนร่วมทางสังคมและก่อให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตแล้ว ผู้สูงอายุยังจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ รวมทั้งลดการพึ่งพาครอบครัวและสังคมได้ด้วย

Copyright by Mahidol University

(4) ควรมีการในความสนใจพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างบางกลุ่มที่จากข้อค้นพบในการศึกษานี้แม้จะมีจำนวนเล็กน้อย เช่น กลุ่มภายหลังเกษียณที่อาศัยอยู่คนเดียว กลุ่มที่ไม่มีบุคคลที่จะสามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อน กลุ่มที่ถูกกระทำความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ไม่ว่าจะเป็นทางพฤติกรรมหรือวาจา เป็นต้น เพื่อหาทางป้องกันหรือให้ความช่วยเหลือซึ่งนับเป็นการหาทางส่งเสริมให้เป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคตในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) มาตรวัดส่วนหนึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้มาตรวัดจากต่างประเทศ ซึ่งมาตรวัดที่นำมาใช้บางส่วนของมาตรวัดอาจไม่เหมาะสมในรายละเอียดทางสังคมไทยรวมทั้งอาจไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่าง และมาตรวัดบางส่วนอาจไม่เหมาะสมกับตำแหน่งการทำงานปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจมีการพัฒนามาตรวัดขึ้นมาเพื่อใช้เฉพาะสำหรับคนไทยในวัยก่อนเกษียณอายุในกลุ่มอาชีพต่างๆในอนาคต

(2) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาย ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาติดตามพยาบาลวัยก่อนเกษียณว่าภายหลังเกษียณแล้วจะยังคงมีการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเช่นเดิมอยู่หรือไม่อย่างไร ซึ่งหากพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณภายหลังเกษียณไม่ได้มีการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แล้วปัจจัยอะไรที่ทำให้การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้เพื่อที่จะได้แก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นและส่งเสริมให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพต่อไปในอนาคต

(3) ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งอาจมีลักษณะบางประการที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ จึงทำให้ยังขาดข้อมูลในส่วนผู้ที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับอื่นๆและยังขาดข้อมูลในส่วนของอาชีพอื่นๆ ดังนั้นเพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้นจึงควรที่จะได้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับอื่นๆและในกลุ่มวัยก่อนเกษียณอาชีพอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยสูงอายุกลุ่มต่างๆที่กำลังเพิ่มขึ้นในอนาคต

(4) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเพียงจำนวน 136 คน และพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี จำนวนชั่วโมงการทำงาน และแผนกการทำงานสามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้เพียงร้อยละ 19.7 ดังนั้นถ้าในการศึกษาครั้งต่อไปมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นอาจจะทำให้ปัจจัย 4 ตัวข้างต้นมีความสามารถในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้งใน

Copyright© by Mahidol University

การศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 4 ตัวแปรเท่านั้น หากมีการศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มร่วมด้วย เช่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน (self – efficacy) การฟื้นคืนสภาพ (resilience) และสุขภาพจิต (mental health) เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้สามารถสร้างแบบจำลองที่มีความสามารถในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้นได้

(5) การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะส่วนใหญ่เป็นมาตรและคำถามปลายปิด ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมรายละเอียดในมิติทางสังคมด้านอื่นๆ เพื่อให้ได้รายละเอียดในส่วนต่างๆจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้งเฉพาะจึงควรได้มีการวิจัยเกี่ยวกับแนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาในเชิงคุณภาพต่อไป

Copyright by Mahidol University

แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล (THE TREND OF 'BEING ACTIVE AGEING PERSONS' AFTER RETIREMENT: A DELINEATED MODEL OF OPTIMISM, BURNOUT, AND WORKLOADS AMONG NURSES)

ปรีญานงค์ ดงหงษ์ 5436954 SHMS/M

ศศ.ม. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วีณา ศิริสุข, Dr. P.H., มัลลิกา มัติโก, Ph.D., วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, M.D., MM (CLIN EPI)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศต่างๆทั่วโลกกำลังเผชิญกับภาวะการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางกระบวนการวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่นเดียวกันกับประเทศไทยซึ่งมีการพัฒนาทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการประสบความสำเร็จด้านการวางแผนครอบครัว ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจนขณะนี้กำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรสูงอายุ" นั้นคือ ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเอง ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ยิ่งไปกว่านั้นแนวโน้มของปัญหาภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มสูงขึ้น กับทั้งส่งผลกระทบต่อ

Copyright by Mahidol University

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเอง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2549) ดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้พยายามผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) เพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุทั่วโลกและใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น (WHO, 2002) การสูงวัยอย่างมีคุณภาพมีองค์ประกอบหลัก 3 มิติคือ (1) มิติสุขภาพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ด้วยช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงความเป็นอิสระและสามารถพึ่งพาตนเองได้ (2) มิติการมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่องทั้งในกิจกรรมครอบครัว ชุมชน และสังคม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจในตนเอง และ (3) มิติความมั่นคงในชีวิต โดยจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต และลดความไม่เท่าเทียมกันของผู้สูงอายุในสังคม องค์ประกอบทั้ง 3 มิตินี้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับวัย ทำให้ลดอัตราการพึ่งพาในวัยสูงอายุลง และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีศักยภาพมากขึ้น (WHO, 2002)

เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควรที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุในอนาคต แต่ขณะนี้ยังมีจำนวนพยาบาลน้อยกว่าที่ควรจะเป็นทำให้พยาบาลไทยต้องทำงานหนัก ส่งผลให้ภาระงาน (workload) ของพยาบาลมีเพิ่มขึ้นและจากลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่เสมอๆ ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอยู่ตลอดเวลา จึงอาจพบปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่นในการทำงานเสมอๆ ประกอบกับลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องเข้าทำงานเป็นกะย่อมทำให้พยาบาลรู้สึกเครียด อ่อนเพลียและเบื่อหน่าย ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาให้ลดลงได้ ก็จะก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายขึ้นซึ่งจะมีอาการแสดงของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม อย่างไรก็ตามหากพยาบาลมีบุคลิกภาพที่มองโลกในแง่ดีจะมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา มีสติในการควบคุมสถานการณ์และเชื่อว่าสุดท้ายปัญหาต่างๆจะผ่านพ้นไป จึงทำให้พยาบาลที่มองโลกในแง่ดีทำงานได้อย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปัญจภร หอมฤทัยกมล, 2552)

ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะลดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล นอกจากนั้นปัจจัยนี้จะส่งผลให้พยาบาลมีสุขภาพดี ช่วยให้เป็นผู้มีความความมั่นคงทางอารมณ์สามารถเผชิญกับภาวะตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ กับทั้งการมองโลกในแง่ดีนับเป็นอุปนิสัยที่ค่อนข้างจะคงตัวแต่ก็เป็นสิ่งที่สามารถสร้างเสริมขึ้นมาได้ และพยาบาลที่มองโลกในแง่ดีเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุก็ยังคงมีลักษณะการมองโลกในแง่ดีอยู่ และยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่มองโลกในแง่ดี จะเป็นผู้มีจิตใจร่าเริง ไม่ซึมเศร้า สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุได้ ซึ่งจะส่งผลให้กลายเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์ มีความสุขในการดำเนินชีวิต

Copyright© by Mahidol University

เห็นคุณค่าของตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาในชีวิตได้ (Miller, et al.,1986 อ้างใน เสาวณีย์ พงผึ้ง, 2542) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมุ่งเพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การเป็นผู้มองโลกในแง่ดี และภาระงานของพยาบาลที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณ กับทั้งยังมุ่งจะเสนอแบบจำลองในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ อันจะเป็นประโยชน์อย่างมากด้วยอาจนำไปสู่การดำเนินการเพื่อการเตรียมความพร้อมของพยาบาลซึ่งถือเป็นประชากรกลุ่มสำคัญกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งในงานสุขภาพและในสังคมที่กำลังจะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

(1) เพื่อศึกษาแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(2) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

(3) เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี ลักษณะงานและภาระงานเป็นตัวแปรในการทำนาย

ขอบเขตของวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยและเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนเพื่อผลิตบุคลากรทางด้านการแพทย์ กับทั้งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพวัยก่อนเกษียณที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้จึงอาจมีความเฉพาะเจาะจงอันจำกัดในการขยายขอบเขตของผลการวิจัยนี้ไปยังพยาบาลวิชาชีพวัยก่อนเกษียณที่ทำงานประจำในโรงพยาบาลอื่นๆ

Copyright by Mahidol University

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่องแนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล มีขอบเขตการศึกษาตามแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) แนวคิดเกี่ยวกับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ

(2) แนวคิดเกี่ยวกับภาระงาน ความเหนื่อยหน่าย

(3) แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถธิบาย (explanatory research) โดยเจาะจงกรอบประชากรเฉพาะพยาบาลประจำที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 191 คน ซึ่งได้ส่งแบบสอบถามไปยังทุกท่าน อย่างไรก็ตามได้รับแบบสอบถามกลับและสมบูรณ์จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.2 ของกรอบประชากร (population frame)

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประเภทการจ้างงาน ระยะเวลาการทำงาน โดยเป็นทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระงาน ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงาน จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยต่อวัน จำนวนชั่วโมงในการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวัน การรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ และการมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ปฏิบัติประจำ (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) โดยเป็นทั้งคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 3 มาตรวัดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยนำมาจากแบบวัดความเหนื่อยหน่ายของ Maslach และ Jackson (MBI) (1986) ที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการสังคม มาตรนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ สำหรับการศึกษานี้ได้ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coeffcient) ได้ค่าเท่ากับ 0.83

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 4 มาตรวัดการมองโลกในแง่ดี มาตรวัดนี้ได้พัฒนามาจากแบบวัดรูปแบบอธิบายสาเหตุแห่งพฤติกรรมของ Seligman (SASQ) (1990) และการศึกษานี้มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับมาตรนี้ (Cronbach's Alpha Coeffcient) เท่ากับ 0.69

ส่วนที่ 5 มาตรวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพตามกรอบแนวคิด Active Ageing ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) มาตรนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งการวัดออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมิติความมั่นคงในชีวิต มาตรชุดนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coeffcient) เท่ากับ 0.62

โดยการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแล้วผู้วิจัยได้ลงรหัส (coding) แล้วทำการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดในการวิจัย ด้วยการใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ SPSS /PC^{+} (statistic package for the social sciences) โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้

โดยข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณ ลักษณะงานและภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี รวมทั้งแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง จะนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และ วิเคราะห์หาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพระหว่างกลุ่มที่มีลักษณะทางประชากร ลักษณะงานและภาระงานที่แตกต่างกันด้วย t-test รวมทั้งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับทางลักษณะประชากร ลักษณะงานและภาระงานด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สุดท้ายนำเสนอสมการพยากรณ์แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้น (Stepwise Multiple Regression)

Copyright by Mahidol University

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี (S.D. 1.77 ปี) เป็นพยาบาลที่มีอายุ 60^{+} ปี (บางท่านมีอายุย่างเข้า 61 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 22.1) ส่วนด้านสถานภาพสมรส พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคงสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53. 7) โดยพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้วส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 78.04) ซึ่งประมาณเกือบครึ่งหนึ่งจะมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 47.56) สำหรับการศึกษาของพยาบาลประจำวัยก่อนเกษียณตัวอย่างพบว่าทุกคนสำเร็จการศึกระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยมีพยาบาลตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาสูงสุดเพียงในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 69.1 ขณะเดียวกันยังมีผู้สนใจศึกษาในระดับปริญญาตรีในสาขาอื่นๆและปริญญาในระดับที่สูงขึ้นไปอีก

ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีตำแหน่งการทำงานในระดับผู้บริหารทางการพยาบาล (ร้อยละ 51.5) ตามด้วยตำแหน่งการให้บริการทางการพยาบาล (ร้อยละ 48.5) นอกจากนี้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้ยังมีตำแหน่งอื่นๆ นอกเหนือจากตำแหน่งในการทำงานประจำ เช่น กรรมการสมาคมพยาบาลโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย เลขาธิการกรรมการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาล ประธานชมรมเปตองของโรงพยาบาล เป็นต้น พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้โดยเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. 2.4 ปี) โดยมีอายุงาน 32 ปี และ 34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 16.9 เท่ากัน) เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงในการทำงานใน 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานโดยเฉลี่ย 8.9 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. 1.3 ชั่วโมง) โดยส่วนใหญ่จะทำงานวันละ 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.8) ประชุมโดยเฉลี่ย 2.5 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. 2.4 ชั่วโมง) โดยส่วนมากจะใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมงต่อวัน และพยาบาลกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำ (ร้อยละ 70.6) เช่น จัดตารางเวรในการขึ้นปฏิบัติงานของบุคคลากรในหน่วยงาน จัดบุคคลากรไปอบรมต่างๆ กับทั้งรับผิดชอบเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพต่างๆ เป็นต้น โดยพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างกลุ่มนี้คิดว่าตนเองมีงานที่ต้องรับผิดชอบในปริมาณงานเหมาะสม ร้อยละ 60.3 แต่ที่คิดว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีปริมาณมากเกินไปมี ร้อยละ 35.3

Copyright by Mahidol University

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

พยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระดับปานกลางมีสูงถึงร้อยละ 72.8 ตามด้วยความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระดับสูง คือ ร้อยละ 14.0 ซึ่งใกล้เคียงความเหนื่อยหน่ายในการทำงานระดับต่ำ คือ ร้อยละ 13.2 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง เมื่อทำการเปรียบเทียบความเหนื่อยหน่ายระหว่างด้านทั้ง 3 ด้าน พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณกลุ่มตัวอย่างมีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่นๆ โดยจะรู้สึกว่าหมดแรงเมื่อสิ้นเวลาการทำงานในแต่ละวันและรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและรู้ว่าต้องเผชิญกับสภาพการทำงานเช่นเดิมอีก กับทั้งรู้สึกเครียดสับสนวุ่นวายกับงาน ตามด้วยด้านความรู้สึกว่าบุคคลประสบความสำเร็จ ซึ่งรู้สึกว่างานของตนเองมีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อชีวิตผู้อื่นมาก รู้สึกมีความสุขภายหลังให้การพยาบาลผู้รับบริการ และรู้สึกว่าสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการได้ พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อยที่สุด คือ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้สึกว่าความใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคนลดลงหรือให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลงกว่าเดิม หรือรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้รับบริการในปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้น

การมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 66.9 ตามด้วยกลุ่มที่มีระดับการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำและระดับสูงซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 16.9 และ ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการมองโลกในแง่ดีแต่ละมิติโดยภาพรวมพบว่า ในมิติสาเหตุ พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคิดว่าสาเหตุของการเกิดสถานการณ์ต่างๆมาจากตนเองค่อนข้างมาก เช่น ในสถานการณ์ที่เพื่อนกล่าวชมรูปร่างหน้าตาของตน โดยสาเหตุเกิดจากการที่ตนดูแลสุขภาพของตนเองอย่างดี การแต่งหน้าที่ดี การเป็นคนที่ยิ้มแย้มแจ่มใส มีมนุษยสัมพันธ์ดี เป็นต้น เช่นเดียวกับมิติความสม่ำเสมอในการเกิดสถานการณ์ต่างๆที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเชื่อว่าการเกิดสถานการณ์นั้นเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างมากและเชื่อว่ามีการแผ่ขยายไปสู่สถานการณ์อื่นค่อนข้างมาก

แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพด้านสุขภาพพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.3 ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือค่อนข้างอ้วน โดยมีน้ำหนักเฉลี่ยมากถึง 60.6 กิโลกรัม

Copyright by Mahidol University

ในขณะที่มีส่วนสูงเฉลี่ยเพียง 157.8 เซนติเมตร อย่างไรก็ตามก็ยังมีกลุ่มน้ำหนักระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 36.8) เมื่อพิจารณาถึงสุขภาพอนามัยทั่วไปก็พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างนอนหลับโดยเฉลี่ยวันละ 6.6 ชั่วโมง โดยส่วนมากจะนอนหลับวันละ 6 ชั่วโมง (ร้อยละ 37.5) และไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยซึ่งมีมากที่สุด (ร้อยละ 79.4) รวมทั้งไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 98.5) ปัจจุบันพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างออกกำลังกายบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอมากที่สุด (ร้อยละ 43.4) อย่างไรก็ตามกลุ่มพยาบาลตัวอย่างคาดว่าจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไปภายหลังเกษียณ คือ จะมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 30 นาที อาทิตย์ละ 3 วันเพิ่มขึ้นมากที่สุดถึงร้อยละ 41.9 นอกจากนั้นยังพบอีกว่าในปัจจุบัน ร้อยละ 70.6 ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเจ็บป่วยโดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.7) โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ (ร้อยละ 37.5) โรคทางกระดูกและข้อ (ร้อยละ 21.9) เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน เมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างประเมินสุขภาพกายของตนเองในปัจจุบันก็พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ร้อยละ 54.4) เช่นเดียวกันกับการประเมินสุขภาพจิตที่พบว่า ส่วนใหญ่ประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่ามีสุขภาพจิตดี (ร้อยละ 66.2) โดยสรุปเมื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าสุขภาพของตนจะเป็นอย่างไรหลังเกษียณ พบว่าส่วนใหญ่คาดว่าภาวะสุขภาพของตนจะไม่ค่อยแตกต่างจากปัจจุบัน แต่มีแนวโน้มว่าสุขภาพของตนจะดีขึ้น คือ คาดว่าตนเองจะมีสุขภาพดีภายหลังเกษียณ ร้อยละ 58.8

สำหรับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทนานๆครั้งและมีการสังสรรค์กันบ้างโดยมีจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 31.6 และ ร้อยละ 30.6 ตามลำดับ) และภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างคาดว่าจะมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนสนิทมากขึ้น คือ คาดว่าจะมีการสังสรรค์กันบ้าง (ร้อยละ 36.8) นอกจากนี้หลังเกษียณกลุ่มตัวอย่างก็ยังคาดว่าจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือทางวัฒนธรรมพอควร (ร้อยละ 66.9) ในเวลาว่างพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนมากจะทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ (ร้อยละ 86) โดยเป็นงานอดิเรกประเภท การท่องเที่ยว (ร้อยละ 61.5) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 59.8) และทำกิจกรรมบันเทิงต่างๆ (ร้อยละ 49.6) นอกจากนั้นยังพบอีกว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสามารถพิเศษในด้านต่างๆ หลายด้าน (ร้อยละ 50) เช่น ด้านศิลปะงานฝีมือ (ร้อยละ 30.9) กับทั้งมีความสามารถในการทำอาหาร ทำขนม (ร้อยละ 25) มีความสามารถในการเต้นรำ ร้องเพลง เล่นดนตรี นักพูด (ร้อยละ 20.6) ในส่วนของกิจกรรมภายหลังเกษียณพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างยังคาดว่าจะมีส่วน

Copyright by Mahidol University

ช่วยดูแลครอบครัวในหลายด้าน เช่น ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน (ร้อยละ 93.4) การทำสวน ดูแลต้นไม้ (ร้อยละ 76.5) การทำอาหาร (ร้อยละ 75) เป็นต้น ในส่วนของกิจกรรมชุมชนและสังคมส่วนใหญ่คาดว่าตนเองจะทำประโยชน์ให้กับสังคมในด้านการเผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ (ร้อยละ 63.8) และการทำงานการกุศล (ร้อยละ 60.6) ร่วมทั้งสนใจในการศึกษาและปฏิบัติธรรม เป็นวิทยากรสอนการปฏิบัติธรรมตามสถานที่ต่างๆ (ร้อยละ 24.4) ในทางกลับกันก็พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างสนใจที่จะเรียนรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 69.1) ซึ่งส่วนใหญ่มีความสนใจในหลายๆด้านรวมกัน โดยพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความสนใจในด้านการฝึกทักษะอาชีพ การเรียนภาษาต่างๆ และการฝึกใช้เทคโนโลยีในการสื่อสาร

สำหรับการวัดแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ในส่วนหลักประกันความมั่นคงในชีวิต พบว่าภายหลังเกษียณพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 91.9) โดยมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.6 คน ปัจจุบันมีเพื่อนสนิทที่สามารถพูดคุย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉลี่ย 5 – 6 คน (ร้อยละ 72) และส่วนใหญ่มีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อมีความเดือดร้อน (ร้อยละ 90.4) รวมทั้งภายหลังเกษียณก็คาดว่าตนยังมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือเมื่อเดือดร้อนอยู่ (ร้อยละ 93.4) โดยจะเป็น พี่น้อง เป็นส่วนใหญ่ ในส่วนของรายได้หลังเกษียณพบว่ารายได้ของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่จะมาจากเงินออม (ร้อยละ 85.5) โดยพยาบาลตัวอย่างคิดว่ารายได้ที่ได้รับมีความพอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างสะดวกสบายภายหลังเกษียณแต่จะไม่มีเงินออมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.2) และก็พบว่าเกินกว่าครึ่งหนึ่งของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพอีกภายหลังเกษียณ (ร้อยละ 57.4) ส่วนใหญ่มีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 89.7) และมีเงินออม (ร้อยละ 96.3) แต่มีส่วนหนึ่งที่มีหนี้สินต้องรับผิดชอบ (ร้อยละ 36) แต่กลุ่มตัวอย่างก็คาดว่าจะสามารถชำระหนี้สินให้หมดก่อนเกษียณมากถึง ร้อยละ 73.5 เนื่องจากพยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็น/หรือเคยเป็นข้าราชการมาก่อนค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจึงสามารถใช้สิทธิข้าราชการบำนาญได้ (ร้อยละ 100) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเคยถูกกระทำความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ไม่ว่าจะเป็นทางพฤติกรรม วาจา นานๆครั้งมากถึง ร้อยละ 35.3 แต่ไม่เคยถูกกระทำความรุนแรงเลย ร้อยละ 62.5

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.1 ตามด้วยระดับดีมาก ร้อยละ 16.9 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 14

Copyright by Mahidol University

ความสัมพันธ์ระหว่างความหน่ายเหนื่อยในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี และแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพกับลักษณะทางประชากร และลักษณะภาระงาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ก็พบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบเล็กน้อยกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($r = -0.31$) ($P < 0.001$) ในขณะที่การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกเล็กน้อยกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ($r = 0.31$) ($P < 0.001$) แต่กลับพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ในขณะที่อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$ และ 0.04 ตามลำดับ) สำหรับชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ยต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.02$ และ 0.01 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบว่าจำนวนชั่วโมงการประชุมโดยเฉลี่ยต่อวันก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) นอกจากนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มที่รับรู้ปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบว่าไม่เหมาะสมมีคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนรับผิดชอบมีความเหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t - value = 2.1$, $p = 0.04$) และยังพบอีกว่าแผนกการทำงานที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป(ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด) มีคะแนนแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพสูงกว่าแผนกการทำงานที่พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วยน้อยกว่า 4 คนลงมา (ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t - value = 2.0$, $p = 0.04$)

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง พบว่า ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การมองโลกในแง่ดี จำนวนชั่วโมงการทำงานโดยเฉลี่ย และแผนกการทำงานเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.023$, 0.005, 0.026 และ 0.044 ตามลำดับ) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพได้ร้อยละ 19.7

Copyright by Mahidol University

อภิปรายผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.8) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.7) รองลงมามีสถานภาพโสด (ร้อยละ 39.7) ซึ่งผู้ที่สมรสมีจำนวนบุตรเฉลี่ย 1.40 คน (S.D. = 0.91 คน) โดยส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คน (ร้อยละ 47.6) ซึ่งมีสอดคล้องกับสถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบันที่ชาวไทยมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 1.5 คน อันเนื่องมาจากอัตราส่วนของคู่สมรสที่ไม่มีบุตรเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันอัตราการสมรสของคนไทยลดลงส่วนอัตราการหย่าร้างก็เพิ่มขึ้น (พสุ เดชะรินทร์, 2556) สำหรับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่าร้อยละ 69.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดเพียงปริญญาตรี มีกลุ่มตัวอย่างที่เรียนต่อปริญญาโทและปริญญาเอก ร้อยละ 29.1 และ 1.5 ตามลำดับ การที่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีระดับการศึกษาสูงสุดถึงระดับปริญญาโท และเอก จำนวนมากกว่าการศึกษาอื่น เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้คือพยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งทำงานอยู่ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยและตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจึงเข้าถึงการศึกษาต่อได้ง่ายกว่าพยาบาลที่ทำงานที่อื่น กับทั้งประสบการณ์ในการทำงานมีมากกว่าจึงมีโอกาสได้ผ่านการศึกษาต่อและจบการศึกษาสูงสุดถึงปริญญาโทและเอกมากกว่าพยาบาลจากผลการศึกษาอื่นๆ

ลักษณะงานและภาระงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากข้อค้นพบที่ว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้โดยเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D. = 2.4 ปี) ย่อมแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้น่าจะมีความพึงพอใจในการทำงานจึงมีความภักดีไม่ลาออกหรือเปลี่ยนไปทำงานที่อื่น แต่พบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างจำนวนมากมีงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำ (ร้อยละ 70.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จิรวัฒน์กุล (2555) ที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนกว่า 3,000 คน พบว่ามากกว่าร้อยละ 83 ของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐทำงานหนักเฉลี่ย 16 ชั่วโมงต่อวัน โดยปริมาณงานที่ทำยังเกินกว่างานทางด้านวิชาชีพ โดยมีเนื้องานมากถึงกว่าร้อยละ 45 เป็นงานที่ไม่เกี่ยวกับการพยาบาล

Copyright by Mahidol University

ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.8) และพบว่ามีความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงกว่าด้านอื่นๆ ตามด้วยด้านความรู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จไม่มากเท่าที่ควร แต่พยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างมีความรู้สึกลดความเป็นบุคคลน้อยที่สุด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา เทือกสุบรรณและคณะ(2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่พบความความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ

การมองโลกในแง่ดีของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่งมีการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.9) ผลการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองและผลการปฏิบัติงานของวิศวกร กรณีศึกษากลุ่มบริษัทแห่งหนึ่ง ของสุวรรณา ม่วงงาม (2550) ที่พบว่าวิศวกรมากกว่าครึ่งมีคะแนนการมองโลกในแง่ดีอยู่ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและแง่ร้าย (ร้อยละ 52.5) แต่จากการศึกษาของศิวิมล คำนวล ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค และความสุข กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง (2552) กลับพบว่าพนักงานส่วนใหญ่มีระดับการมองโลกในแง่ดีในระดับสูง (ร้อยละ 53.89) จากการที่ระดับการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการใช้เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มระดับคะแนนมีความแตกต่างกัน นอกจากนั้นยังอาจเป็นเพราะลักษณะงานที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและวิศวกรมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่ค่อนข้างสูง จึงทำให้พยาบาลและวิศวกรเกิดความเครียดซึ่งมีผลต่อระดับการมองโลกในแง่ดี รวมทั้งมาตรวัดการมองโลกในแง่ดีที่นำมาใช้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนอเมริกัน (แคทรียา มณีรัตน์, 2552) จึงทำให้สถานการณ์สมมุติบางข้อไม่เหมาะสมที่จะนำมาถามพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง และสถานการณ์สมมุติบางข้อไม่เคยเกิดขึ้นจริงกับพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง จึงอาจทำให้คำตอบที่ได้รับแตกต่างกันได้ อันอาจจะมีผลต่อระดับการมองโลกในแง่ดี

Copyright by Mahidol University

แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 69.1) โดยมีคะแนนมิติหลักประกันความมั่นคงในชีวิตมีค่ามากที่สุด ส่วนมิติสุขภาพและมิติด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมีคะแนนเท่ากัน จากการศึกษาของวิไลพร วงศ์ศีนี, โรจนี จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง ในเรื่องปัจจัยทำนายพฤฒพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤฒพลังทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนรวม และด้านความมั่นคงอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89.45, ร้อยละ 83.42 และร้อยละ 93.22 ตามลำดับ) แต่จากการศึกษาเรื่องวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย ของสุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล (2557) ผลการศึกษาพบว่าวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.8) โดยพบว่าด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 67.3) ตามด้วยด้านความมั่นคงระดับสูง (ร้อยละ 47.1) และด้านการมีส่วนรวม (ร้อยละ 44.6) เมื่อพิจารณาระดับแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในแต่ละการศึกษา (ที่มีชื่อเรียกแตกต่างกัน) พบว่าในแต่ละการศึกษามีวิธีในการแบ่งกลุ่มแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพแตกต่างกันจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษามีระดับแนวโน้มการสูงวัยอย่างมีคุณภาพที่แตกต่างกัน รวมทั้งในการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤฒพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังโดยรวมอยู่ในระดับสูง รวมทั้งด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนรวม และด้านความมั่นคงทั้งหมดอยู่ในระดับอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างนี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 49.52 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่ง เป็นวัยทำงานส่วนใหญ่มีรายได้จากการทำงานอยู่ที่ 10,000 บาทต่อเดือน และยังคงมีสังคมในการทำงานทำให้กลุ่มตัวอย่างยังเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สำหรับด้านสุขภาพส่วนใหญ่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางยังไม่เกิดความเสื่อมทางด้านร่างกายเท่ากับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยผู้สูงอายุตอนต้น ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤฒพลังทั้งหมดอยู่ในระดับที่สูง ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวัยก่อนเกษียณมีอายุเฉลี่ย 57.61 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังเป็นวัยทำงานที่มีรายได้ประจำทุกเดือนค่อนสูง ยังคงมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอยู่ ยิ่งกว่านั้นยังเป็นผู้ที่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพจึงอาจส่งผลให้แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเรื่องวุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย ที่มีกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะในด้านความมั่นคง

จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณตัวอย่างที่มีการมองโลกในแง่ดีสูงและมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานต่ำ จะมีแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในระดับสูง โดยพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้

Copyright by Mahidol University

อาจเป็นเพราะผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมความเครียดที่ต้องเผชิญอยู่เสมอ จึงนำไปสู่การมีสภาวะจิตใจที่ดี ร่าเริง ซึ่งส่งผลต่อเนื่องทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (Schiever and Carver, 2002 อ้างใน สิริพร วงษ์โทน, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ann Bowling และ Steve liffe (2011) ที่พบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาหลายตัว รวมทั้งการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมีผลต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และพบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

สำหรับข้อค้นพบที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Melamed, Samuel และคณะ (2006) ที่ว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และความเหนื่อยหน่ายจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยโดยจะมีผลทำให้เกิดกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) นอกจากนี้ยังรบกวนระบบการนอนและยังส่งผลให้ผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้นจากผลการวิจัยยังพบว่าความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยพบว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความไม่เหมาะสมจะมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่ากลุ่มที่รับรู้ว่าปริมาณงานที่ตนเองรับผิดชอบมีความเหมาะสม ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์ (2555) ในการทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไชรอมและคณะในนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน โดยพบว่าการรับรู้ภาระงานมีอิทธิพลทางตรงทิศทางบวกต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่าการมีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนชั่วโมงการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Folkard, Tadeusz Marek และ Czeslaw Noworol (2007) ที่ศึกษาจำนวนชั่วโมงการทำงานในพยาบาล ICU พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีผลต่อการนอนและเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วย ICU ที่ทำงาน 8 ชั่วโมง รวมทั้งพบว่าพยาบาลที่ทำงาน 12 ชั่วโมง มีการเข้าสังคมและใช้เวลากับครอบครัวน้อยกว่า พยาบาลที่ทำงาน 8 ชั่วโมง อันเนื่องมาจากการมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด รีบเร่งและต้องทำงานปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอด จึงก่อให้เกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความเครียดในการทำงานซึ่งพยาบาลต้องเผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้ทุกวันจนนำไปสู่ความเหนื่อยในการทำงาน จนถึงการมองโลกในแง่ที่ไม่

Copyright by Mahidol University

ดีนัก (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001) และอาจมีแนวโน้มในการเป็นผู้สูงวัยที่ด้อยคุณภาพได้ โดยภายหลังเกษียณผู้สูงอายุที่มีความเหนื่อยหน่ายในการทำงานจะเกิดความรู้สึกไม่อยากทำงานอีก รวมทั้งมีพฤติกรรมแยกตัวเองออกจากสังคม ซึ่งจะส่งผลทั้งต่อความมั่นคงของรายได้และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายหลังเกษียณ โดยจากการศึกษาของอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ (2554) พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุยังคงทำงานต่อภายหลังเกษียณ เป็นการลดอัตราการพึ่งพาครอบครัวและสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่ารวมทั้งมีอิสระในตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) เพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณซึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคตเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ควรมีการปรับภาระงานให้เหมาะสมไม่มากและไม่น้อยเกินไป มีชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยาวนานจนเกินไปให้กับผู้ที่กำลังจะเกษียณอายุจากการจ้างงาน เพื่อให้ได้มีการเตรียมตัวที่จะดำเนินชีวิตอย่างแตกต่างจากที่เคยดำเนินมา นอกจากนี้ยังเพื่อให้พยาบาลรับรู้ว่าปริมาณงานที่ทำนั้นตนทำด้วยความรู้สึกภาคภูมิใจ ยิ่งไปกว่านี้ควรมีการจัดโครงการเพื่อส่งเสริมการมองโลกในแง่ดีเพื่อให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจในการทำงาน แม้ว่าอาจรับรู้ว่าภาระงานนั้นมากก็ตาม

(2) ในขณะเดียวกันการส่งเสริมการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ ควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ในวัยการทำงาน เช่น โครงการควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียด รวมทั้งส่งเสริมให้มีการประกอบอาชีพที่มีรายได้ภายหลังเกษียณ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

(1) มาตรวัดส่วนหนึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้มาตรวัดจากต่างประเทศ ซึ่งมาตรวัดที่นำมาใช้บางส่วนของมาตรวัดอาจไม่เหมาะสมในรายละเอียดทางสังคมไทยกับทั้งอาจไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่าง และมาตรวัดบางส่วนอาจไม่เหมาะสมกับตำแหน่งการทำงานปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจมีการพัฒนามาตรวัดขึ้นมาเพื่อใช้เฉพาะสำหรับคนไทยในวัยก่อนเกษียณอายุในกลุ่มอาชีพต่างๆในอนาคต

Copyright by Mahidol University

(2) ควรมีการศึกษาติดตามพยาบาลวัยก่อนเกษียณว่าภายหลังเกษียณแล้วจะยังคงมีการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเช่นเดิมอยู่หรือไม่อย่างไร หากพบว่าพยาบาลวัยก่อนเกษียณภายหลัง

เกษียณไม่ได้มีการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง แล้วปัจจัยอะไรที่ทำให้การดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เพื่อที่จะได้แก้ไขปัญหาที่จะเกิดขึ้นและส่งเสริมให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพต่อไปในอนาคต

(3) เพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้นจึงควรที่จะทำการศึกษาในกลุ่มวัยก่อนเกษียณอาชีพอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรกลุ่มต่างๆที่กำลังเพิ่มขึ้นในอนาคต

(4) การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นมาตรคำถามเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมรายละเอียดในมิติทางสังคมด้านอื่นๆ เพื่อให้ได้รายละเอียดในส่วนต่างๆจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมอย่างลึกซึ้งเฉพาะเพิ่มขึ้นจึงควรได้มีการวิจัยในเชิงคุณภาพต่อไป

Copyright by Mahidol University

THE TREND OF 'BEING ACTIVE AGEING PERSONS' AFTER RETIREMENT: A DELINEATED MODEL OF OPTIMISM, BURNOUT, AND WORKLOADS AMONG NURSES

PREYANONG DONGHONG 5436954 SHMS/M

M.A. (MEDICAL AND HEALTH SOCIAL SCIENCES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : VEENA SIRISOOK, Dr. P.H,
MULLIKA MUTTIKO, Ph.D., VARALAK SRINONPRASERT, M.D., MM (CLIN EPI)

EXTENDED SUMMARY

Statement of the Problem

Nowadays, ageing population is globally increasing because of advances in science and technology, especially in medical and public health. Similarly, Thailand has both economic and social development resulting in healthy and longevity promotion for Thai population. Moreover, the success of family planning has decreased the birth rate. This trend changes demographic structure by leading toward to "Ageing Society". Ageing society consists of increasing proportion of elderly whereas the proportion of children and adolescences decrease (Ministry of Social Development and Human Security, 2008). Ageing society has direct impacts on entire populations, social development, economic development, employment, as well as health and social resource management in the future (Ministry of Social Development and Human Security, 2008). Furthermore, problems of physical infirmity and elderly supporting are increasing, affecting quality of life (Kespichayawattana and Wivatvanit, 2549). Health Organization therefore has supported the concept of active ageing to globally improve living quality of elderly and to be a guideline for supporting ageing society (WHO, 2002). The active ageing concept consists of 3

Copyright by Mahidol University

dimensions: health, participation, and security. “Health” is the fundamental of being active ageing by means of maintaining elderly well-being. “Participation” promotes elder participation in family and social activities in order to increase their self-pride, respect, and dignity. “Security” concerns with the safety for both physical and social environment, including social inequality of the elderly. These concepts are correlated with improving living quality, reducing dependency, and finally supporting elderly active lifestyle (WHO, 2002).

Since high population of registered nurses will become an elderly in the future. In practicality, there is a few numbers of registered nurses in Thailand. As a consequence, workload and confliction increase. Work shifting also creates high depress, exhaustion, and chronic fatigue. However, optimistic nurses enable to cope with problems and control the situation. They believe that all problems can be solved. Thus, they can achieve high performance and maintain mental health (Homrutaikamol, 2552).

For this reason, optimism is considered as a major factor reducing burnout, maintaining good health, and emotional stability. Optimistic nurses can adapt to changes when get older with less feeling of depress. This causes a healthy elderly who proud of themselves, accept reality, and ability to confront with problems (Miller et al., 1986, cited in Pongpieng, 2542). This research aimed to understand relationships between being active ageing persons, burnout, optimism, and workloads among nurses before retirement. A delineated model was developed for prediction the trend of being active ageing persons. As a result, the model was a useful tool to accomplish high professional nursing which would be an important group in healthcare services and preparation for ageing society.

Objectives

The specific objectives are:

(1) To study the trend of being active ageing persons among nurses before retirement.

Copyright by Mahidol University

(2) To study burnout, optimism, and workloads among nurses before retirement.

(3) To predict the trend of being active ageing persons of the nurses before retirement by using burnout, optimism, and workloads as prediction variables.

Scope of the study

This research aimed to study the relationship between workloads, burnout, and optimism of the nurses before retirement working at a tertiary hospital in Bangkok which was a university hospital for producing medical profession, under Ministry of Education. Thus, nurses before retirement who worked at the tertiary hospital might have specification in the scope of this study thus, the findings might have some limitation on external validity and be less applicable to nurses before retirement working at other hospitals, such as province hospitals or private hospitals.

Literature Review

The trend of 'being active ageing persons' after retirement: a delineated model of optimism, burnout, and workloads among nurses has scope of study as follows:

(1) The concepts of being active ageing persons

(2) The concepts of workloads and burnout

(3) The concepts of optimism

Methodology

This research was an explanatory research focusing on the 191 nurses with the age more than 55 year olds from a tertiary hospital in Bangkok. A questionnaire was distributed to all participants. However, 136 questionnaires were received, accounted for 71.2% of the population frame.

Copyright by Mahidol University

For the data collection tools, there were 5 main parts as follows:

Part 1: Personal data - consisted of gender, age, marital status, educational background, type of employment, and working duration (questions were both close-ended and open-ended types).

Part 2: Workload data – consisted of working details, working department, working position, number of working hours per day, number of conference hours per day, workloads, and other works beyond regular working routine (in the past month). Similar to part 1 questions, there were both close-ended and open-ended types.

Part 3: Burnout from working – this inventory based on Maslach and Jackson (MBI) (1986) which invented for burnout measurement in the area of social service working groups. There were 22 questions for obtaining results. The reliability analysis showed 0.83 Cronbach's Alpha Coefficient.

Part 4: Optimism –This measurement was developed from Seligman Attributional Style Questionnaire (SASQ) (1990). The Cronbach's Alpha Coefficient was 0.69

Part 5: Being active ageing person – The researcher constructed this measurement scale by following the concepts of 'Active Ageing' from World Health Organization (WHO, 2002). The scale contained 25 questions by categorization into 3 dimensions: health, participation, and security. The reliability result showed 0.62 Cronbach's Alpha Coeffcient.

This research was approved by committee of The Human Research Protection Unit (HRPU), Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Data Analysis

From the complete questionnaires, data were coded. After data verification, the coding data were analyzed using SPSS/PC+ (statistic package for the social sciences).

Data of nurse sample characteristics before retirement, working and workload conditions, burnout, optimism, including trend of being active ageing persons were described as descriptive statistics, such as frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation. Differences of means of burnout, optimism, and

Copyright by Mahidol University

trend of being active ageing persons between different sample groups were analyzed by applying t-tests. In addition, analysis of relationships between burnout, optimism, and trend of being active ageing persons were calculated using correlation coefficients. Lastly, Stepwise Multiple Regression was conducted to an obtain equation for predicting trend of being active ageing persons.

Results

Characteristics of the respondents

From the data analysis, almost all of the nurses were women (97.8%) with average age of 57.61 years (S.D. 1.77 years). The nurses with the highest age (more than 60 years) accounted for 22.1%. For marital status, the results showed more than half of them were married (53.7%), and most of them had children (78.04%). On average, they had 2 children (47.56%). All of them completed Bachelor Degree in Nursing Science (69.1%) while the rest were interested in continuing Bachelor Degree in other fields or continuing upper education levels.

Working Conditions Workloads of the Nurses before Retirement

From the analysis, haft of the nurses had position in nursing administration level (51.5%), followed by practitioner level (48.5%). Furthermore, they had other positions, such as director of Thai Oncology Nurses Society and assistant managing director of alumni association. They had average working experience of 34.9 years (S.D. 2.4 years) with the highest working experience of 32 and 34 years (both accounted for 16.9%). When consider working hours in the past month, the result showed that they had average working hours of 8.9 hours per day (S.D. 1.3 hours) with average of 8 hours for working (58.8%) and 2.5 hours for conference (S.D. 2.4 hours). They also had other works beyond regular working routine (70.6%), for example, arranging working schedule for staffs in the hospital and works relating to quality improvement within the organization. 60.3% of the nurses thought that they had appropriate workloads. On the contrary, 35.3% thought they had overloading work.

Copyright by Mahidol University

Burnout of the Nurses before Retirement

From the analysis, the nurses had medium level of burnout of 72.8% whereas high level and low level were 14% and 13.2%, respectively. Comparing burnout in 3 different dimensions, the results showed the emotional exhaustion was the highest level of burnout comparing with the others, especially after working and exhaustion feeling in the morning. Besides, working condition created high tension, followed by feeling of people in which they thought this career was important by helping people, feeling satisfied after taking care of people, and having sympathy.

Optimism of the Nurses before Retirement

The measurement of optimism showed the highest result was in medium level (66.9%), followed by low and high level (16.9% and 16.2%, respectively). When consider optimism in each dimension, researcher found that the nurses thought every outcome was solely caused by their action and responsibility (causal dimension). For instance, compliments from friends that they always got in shape. In this case, they thought because of eating nutritious foods, taking regular exercise. In short, this is an attribution of being optimistic contribute to a good shape. This was similar to constancy dimension. They also believed that every situation had constantly high potential of occurrence, as well as believed that one situation potentially has influence on other situations.

The Trend of Being Active Ageing Persons of the Nurses

From data analysis, the average BMI of the nurses was 24.3 which can be interpreted as overweight. The average weight was 60.6 kg with the average height of 157.8 cm. Nevertheless, 36.8% of them had normal weight. They had average sleeping hour of 6.6 hours per day (37.5%), did no drink alcohols (79.4%), and did not smoking (98.5%). Although they had recently taken irregular exercise (43.4%) before retirement, the respondents expected that they work change their exercise behavior after retirement by increasing exercise frequency to 30 minutes for 3 days a week (41.9%). There were 70.6% of them who got chronic illness (41.7% for hypertension, 37.5% for back and muscle pain, and 21.9% for arthritis) and some reported having various chronic diseases by accessing their own health, it also showed that half of

Copyright by Mahidol University

them had good health (54.4%). Moreover, for mental health self-assessment, it also showed 66.2% of them were in a good and acceptable level. In conclusion, some predicted their health after retirement to be no significant changes but most of them (58.8%) thought they would be healthier after retirement. For dimension of participation, the result showed that the nurses rarely met friends and some of them sometimes hanged out with friends (31.6% and 30.6%, respectively). However, they expected to have meeting with friends more frequently after retirement (36.8%), including participate in social or cultural activities (66.9%). When they had free time, their hobbies mostly were travelling (61.5%) and exercising (59.8. They also had special skills (50%), such as doing handicrafts (30.9%), cooking (25%), and playing music (20.6%). After retirement, they expected to have more responsibility for taking care of family and house: cleaning house (93.4%), gardening (76.5%), cooking (75%), etc. For social activities, they were expected to educate people (63.8%), to donate and take part in charity (60.6%), to practice the dharma (24.4%). On the other hand, half of them were interested in additional learning (69.1%) in various fields (e.g. occupational training, language training, communicational technology training).

Regarding security dimension of the nurses before retirement, the results showed that they tended to stay with family (91.9%) with average family number of 3.6 people. At present, they had average closed friends of 5-6 people (72%) and ensured that their friends would help them when confronting problems (90.4%). After retirement, they still expected their friends to help them (93.4%), especially their siblings. Before retirement, they received income mainly from savings (85.5%) and thought it was enough to sustain their life but without increase any savings (63.2%). Moreover, most of them had never thought of finding new occupation after retirement (57.4%). From the report, they had their own house (89.7%) and savings (96.3%). However, some of them were in debts (36%). They expected to clear the debts before retirement (73.5%) because of receiving pensions after retirement (100%). They were sometimes a victim of violence, both physical and mental (35.3%), but around 62.5% claimed of never receive any violence.

To conclude, the nurses before retirement tended to have a good level for being active ageing persons (69.1%), followed by excellence level (16.9%) and lastly medium level (14%).

Copyright by Mahidol University

Relationships between Burnout, Optimism, and the Trend of being Active Ageing Persons with Sample Characteristics and Workloads

From data analysis, there was a slightly negative relationship between burnout and the trend of being active ageing persons (r= -0.31) (P < 0.001) while optimism and the trend of being active ageing persons showed a slightly positive relationship (r = 0.31) (P < 0.001). Furthermore, the relationship between age and burnout was slightly negative; the relationship between age and optimism gave a positive result with statistical significance (p = 0.02 and 0.04 respectively). Average working hours per day had positive relationship with burnout but showed statistically significant by negative relationship with the trend of being active ageing persons (p = 0.02 and 0.01 respectively). Additionally, average conference hours per day also showed positive relationship with optimism (p = 0.001). The nurses who thought they had inappropriate workloads had higher scores of burnout than the ones who thought their workloads were appropriate with statistically significance (t – value = 2.1, p = 0.04). The analyses also revealed that working condition that one nurse taking care of more than 5 patients (according to Thailand Nursing and Midwifery Council regulation) received higher scores of being active ageing persons than working condition that one for nurse taking care of less than 4 patients with statistical significance (t – value = 2.0, p = 0.04).

A stepwise multiple regression was applied to analyze factors predicting the trend of being active ageing persons of the nurses. The results showed burnout, optimism, average working hours/day and working condition are predicting factors for being active ageing persons with statistical significance (p = 0.023, 0.005, 0.026 and 0.044 respectively). These predicting factors were applied to predict the trend of being active ageing persons with account for 19.7% of the total explanation variance.

Discussion of the Results

Copyright by Mahidol University

Sample Characteristics of the Nurses before Retirement

The results showed almost all of the nurses were female (97.8%) with status of married (53.7%) and unmarried (39.7%). Married nurses had average

children of 1.4 people (S.D. = 0.91 people). Majority had 2 children (47.6%) which were consistent with average number of children for Thai people (1.5 people). This was due to increasing of proportion of family with no child and increasing of proportion of divorce whereas proportion of marriage was decreasing (Decharin, 2556). Their educational background showed 69.1% completed Bachelor Degree, 29.1% continued Master Degree, and 1.5% continued Doctoral Degree. Main reasons for having higher educational levels might be due to the working experience and work place (university hospital in Bangkok) that should increase opportunity for continuing their education.

Working Conditions and Workloads of the Nurses before Retirement

From the study, researcher found that the nurses had satisfaction and loyalty for the hospital because of their average 34.9 years of working experience (S.D. = 2.4 years). Nonetheless, they had other works beyond regular working routine (70.6%). This was consistent with research of Siriporn Chirawatkul (2555). Her research studied 3,000 nurses from both public and private hospitals and found that more than 83% of them from public hospitals had 16 average working hours (totally more than 45% were from other works beyond regular working routine).

Burnout of the Nurses before Retirement

Data analysis showed more than half of the nurses had medium levels of burnout (72.8%). The highest burnout was emotional exhaustion, followed by feeling of decreased occupational accomplishment, and depersonalization. The results showed to be consistent with the research of Boontida Theucksuban et al.(2551). They studied influential factors for burnout of nurses at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. They found overall burnout result was in medium level (Emotional exhaustion and decreased occupational accomplishment were in medium level while depersonalization was in low level).

Copyright by Mahidol University

Optimism of the Nurses before Retirement

For optimism, data analysis showed more than half of the respondent were medium levels (66.9%). The result related to the study of the relationships between optimism, self-efficacy, and working efficiency of engineers within a company of Suwanna Muang-ngam (2550). It showed half of the engineers had the highest scores of optimism within medium levels (52.5%). However, this result contradicted to *Siwimon* Khamnuan's research: the study of relationships between optimism, adversity quotient, and happiness: case study of employees in private company (2552) which found high levels of optimism (53.89%) among the employees from different samples. Differences in categorization for optimism levels between samples and studies might be the main reason of inconsistent findings. Another possibilities were the difference in working conditions (both nurses and engineers should have high working responsibility) affecting optimism levels and measurement (*Maneerat,* 2552). These possibilities might affect the research results.

The Trend of Being Active Ageing Persons of the Nurses before Retirement

The analysis showed almost all of the nurses had high potential to be active ageing persons (69.1%). The highest mean score was from security dimension, and there were the same mean score from health and participation dimensions. The results of the study of WilaipornWongseenee, Rojanee Chintanawat and Kanokporn Sukamwang for predicting active ageing factors of citizens in Chiang Mai (2556) found that the sample had high active ageing scores (89.45% for health, 83.42% for participation, and 93.22% for security dimension). Another research about active ageing of Thai elderly of Subhachak Saengprachaksakula (2557) found active ageing of Thai elderly was in medium level (48.8%). The highest level was from health, followed by security and participation dimensions (67.3%, 47.1%, and 44.6% respectively). When compared between the trends of being active ageing persons of these studies and this present study, researcher found that in each study had different methods for categorization. Consequently, the results of these studies were different. Moreover, average age of each studied sample had different range. For example, in Chiang Mai case, the average age of the sample was 49.52 years with average income

Copyright by Mahidol University

of 10,000 baht per month, and it had frequent social participation, and had no physical declination problem. Hence, the overall score of active ageing was high. In this research, the nurses had average age of 57.61 years with average high income, had social participation, as well as maintained healthy lifestyle. Therefore, the trend of being active ageing persons was potentially higher than the study of active ageing of Thai elderly which consisted of sample aged more than 60 years old, especially in security dimension.

The analysis also showed that the nurses who were optimistic and had low level burnout tended to be in a high level of being active ageing persons. Optimism has directly positive relationship with being active ageing persons because optimistic persons always have positive thinking and self-emotional control leading to mentally balance, happy, and active (Schieverand Carver, 2002, cited in Wongtone, 2554). Results of the study were consistent with research of Ann Bowling and Steve Liffe (2011) in which optimism were the factors predicting life quality of ageing people by affecting health and lifestyle. Besides, mental state of ageing people was correlated with ability for doing daily routine and keeping family relationship (Ministry of Social Development and Human Security, 2010).

For the other results, it showed burnout had negative relationship with the trend of being active ageing persons. The result was congruent with research of Melamed, Samuel et al. (2006) by stating that burnout had direct effect on diseases, such as coronary artery disease, metabolic syndrome, or sleeping disorder. Burnout also related to perception of workload quantity. For instance, people received inappropriate workloads tended to have increasing burnout than those who received appropriate workloads which consistent these findings were the study of Darika Piturongkapitak (2555).The study tested bifactor model of burnout in working. and physical therapy in both public and private hospitals. It showed direct positive relations between perception of workloads and burnout; working hours and burnout. The research of Folkard, Tadeusz Marek, and Czeslaw Noworol (2007) showed similar results by studying working hours of nurses in ICU. They found 12 working hours gave negative health impact (e.g. sleeping disorder and burnout) more than 8 working hours. Nurses who work 12 hours per day spent less time socializing and talking with family members. They were mentally exhausted, became pessimistic, and

Copyright by Mahidol University

eventually could not achieve goal of being active ageing persons (Christina Maslach, Wilmar B. Schaufeli and Michael P. Leiter, 2001).These nurses might confront burnout and refused to work again after retirement, as well as behavioral disorders resulting in instability of their income and social participation after retirement. From the other research by Apichat Jumratrittirong and Orapin Pituckmahaket (2554), they found ageing people who had physically and mentally balance were predicted to continue working after retirement in order to reduce family and social supports and to increase their self-pride and self-respect.

Recommendations on the application of research findings

(1) To promote the trend of being active ageing persons among nurses, the amount of workloads and working hours should be adjusted appropriately. Moreover, promotion of optimism activities is recommended so they can maintain good mental health and increase working efficiency.

(2) To promote the trend of being active ageing persons, all nurses should be well-trained by some intervention programs before retirement, such as weight control program, exercising, stress control program, as well as other occupation promoting after retirement.

Recommendations for further research

(1) Regarding the measurement instruments of some variables are originated from other country (USA) which is sometimes inappropriate for this research (e.g. different of some specific details and age of collected sample). Measurement specifically designed for Thai people is recommended.

(2) Follow-up study should be conducted in order to ensure they are active ageing persons after retirement. Possible factors that change the results should also be investigated

Copyright by Mahidol University

(3) Conducting the research in different fields or occupations is required to fulfill the concepts of being active ageing persons in the future.

(4) Qualitative research should be conducted together with quantitative research to complete the concepts of being active ageing persons in other related dimensions.

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กนกภรณ์ ใจแก้ว. 2551. ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงาน และการเผชิญปัญหา กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

การสำรวจสุขภาพจิตกับประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554. (2554). สำนักงานสถิติแห่งชาติ. http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/olderMental54.pdf

กฤษดา แสวงดี. (2553). พยาบาลที่โลกลืม: ร.พ.วิกฤตปีดวอร์ด, 3 มีนาคม 2556. http://www.oknation.net/blog/print.php?id=563115

กุศล สุนทรธาดาและกมลชนก ขำสุวรรณ, 2553. ระดับและแนวโน้มความมีพฤฒิพลังของผู้สูงอายุไทย (Thai Active Ageing). การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. วัชรินทร์ พี.พี.

เกรียงสุข เฟื่องฟูพงศ์. 2554. การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความผูกผันในงาน:กรณีศึกษาพนักงานบริษัทผลิตและจำหน่ายเครื่องสำอางและยารักษาโรคแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยลัยธรรมศาสตร์.

ขนิษฐา ตลอดภพ, วรรณภา ประทุมโทน, อังคณา เรือนก้อน และเริงนภรณ์ โม้พวง. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ต.บ้านคลอง อ.เมือง จ.พิษณุโลก.

วารสารวิชาการและวิจัย มทร.พระนคร ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 5, น.174-179

แคทรียา มณีรัตน์. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ และความตั้งใจคงอยู่ในงาน กรณีศึกษา:บริษัทสำรวจและผลิตปิโตรเลียมชั้นนำแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยลัยธรรมศาสตร์.

Copyright© by Mahidol University

จิราพร เกศพิชญาวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ. (2549). โครงการพฤฒพลัง:กรณีศึกษาจากผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับในสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จำนวนบุคลากร. (2555) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ

ดาริกา ปิตุรงคพิทักษ์, 2555. การทดสอบแบบจำลองสองปัจจัยของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของไชรอมและคณะ ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ธราธร รัตนนฤมิตศร, วรดุลย์ ตุลารักษ์, เจนพิชา ชีวะอิสระกุล, และเสมอไหน เพ็งจันทร์. (2554). โครงการศึกษาวิจัยประเด็นนโยบายเชิงลึกด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนและสังคมไทยภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมและการเปลี่ยนแปลงในโลกยุคใหม่หลังวิกฤตเศรษฐกิจ. สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจ ศศินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลอนง ศรีธัญรัตน์. 2534. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนาวรัตน์ อิ่มใจ. 2552. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค การสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน:กรณีศึกษาบุคลากรสังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยลัยธรรมศาสตร์.

นงนุช สุนทรชวกานต์, 2552 คอลัมน์ เศรษฐ"ธรรมศาสตร์ ตลาดวิชา การสร้างโอกาสการทำงาน ของผู้สูงอายุไทย คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประชาชาติธุรกิจ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2552 ปีที่ 32 ฉบับที่ 4168

บุญธิดา เทือกสุบรรณ, เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ และอรอนงค์ วิชัยคำ. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารสภาการพยาบาล,23 (4), น.114-124

เบญจมาศ หล่อสุวรรณกุล. 2554. ปัจจัยคัดสรร ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ และการรับรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพในห้องผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2546. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2546 "การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง", 19-21 พฤศจิกายน 2546 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2550. 119 ปี ศิริราช 2550 สาระสุขภาพผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ยูเนี่ยน ครีเอชั่นจำกัด

ปัญจภร หอมฤทัยกมล. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค และการรับรู้ความสำเร็จในอาชีพ: กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. ศิลปศาตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัญญภัทร ภัทรกัณฑากุล. 2544. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปราโมทย์ ประสาทกุล, ศุทธิดา ชวนวัน และกาญจนา เทียนลาย. (2555). ผู้สูงอายุ: คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียานุช แย้มวงษ์. (2553). โรคอ้วน. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, from http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=572

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 – 2564. (2552). คณะกรรมผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เทพเพ็ญวานิสย์.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. (2554). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2555-2559. (2555). สภาการพยาบาล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

พัชราวรรณ ศรีศิปนันทน์, 2546. การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2546 "การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง", 19-21 พฤศจิกายน 2546 สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553. (2553). กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์

พิชญ์วรา พันธุ์พิทย์แพทย์. (2554). การเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Aging). Health to you, 2(19), 6-8.

Copyright by Mahidol University

พิชญาภัค โชคพัฒนสกุล. (2555). ค้นพบความสุขแท้ในชีวิต เพียงแค่รู้วิธีมองโลกในมุมต่าง, 18 มกราคม 2556. http://www.lib.cru.in.th/e-magazine/Magazine

พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา. 2537. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.

พสุ เดชะรินทร์. 2556. เมื่อคนไทยต้องจูงใจให้มีลูกเพิ่มขึ้น, กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2556, หน้า 10 from http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/496927

ภัณทิลา บุญปั้น. 2554. ปัจจัยเอื้อต่อการทำงาน และการรับรู้ภาระงานซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจลาออก ภายใต้บทบาทสื่อความผูกพันต่องานของข้าราชการระดับ 1 – 6 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยลัยธรรมศาสตร์.

มรรยาท รุจิวิทย์ และศิริพร ศรีวิชัย. (2547). ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,12 (1), น.21-30

มานิต นพอมรบดี. (2552, มกราคม 19). วิกฤตพยาบาล แห่ลาออกปีละ 3 พันคน เด็กจบใหม่ไหลไปภาคเอกชน เหตุเครียด-ภาระหนัก. ASTVผู้จัดการออนไลน์. http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9520000005964

มนพัทธ์ อารัมภ์วิโรจน์, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, นิตยา สุววณเพชร และยมนา ชนะนิล. (2544). การปรับตัวและการสนับสนุนด้านสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร,26 (3), น.196-206

เล็ก สมบัติ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และธนิกานต์ ศักดาพร. 2554. ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณประโยชน์กับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในประเทศไทย, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วรางคณา รัชตะวรรณ. 2554. การศึกษาและพัฒนาการมองโลกในแง่ดีของนักเรียนวัยรุ่นโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม. ปริญญาศึกษาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิจิตร ศรีสุพรรณและกฤษดา แสวงดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารการพยาบาล, 27(1), 5-12.

วิภาวี เหมพรวิสาร และพุฒิกุล อัครชลานนท์. (2557). การสร้างความมั่นคงทางการเงินหลังเกษียณให้คนไทย. สำนักงานคณะกรรมการกำกับหลักทรัพและตลาดหลักทรัพย์

วิไลพร วงศ์ศินี, โรจนี จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง. (2556) ปัจจัยทำนานพฤติพลังของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 40(4), น.91-99

Copyright by Mahidol University

ศิวิมล คำนวล. 2552. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค และความสุข:กรณีศึกษาพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิรินา เมืองแสน. 2555. คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2555). ตัวจริง ข้างเตียง. กรุงเทพธุรกิจ from http://www.bangkokbiznews.com/_mobile/xhtml/news/detail/07/482011/ ศูนย์โลกสัมพันธ์ไทย สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). ประเทศไทยบน เส้นทางสู่สังคมผู้สูงอายุ, 3 มีนาคม 2556. http://www.thaiworld.org/thn/thailand_monitor/answera2.php?question_id=1188

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. (2553). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพ. ที พี คิว จำกัด

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2554). อนาคตสังคมสูงอายุไทยยังน่าห่วง. 3 มีนาคม 2556. http://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/09/pr004.pdf

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. (2555). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพ. ที พี คิว จำกัด

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555. (2556). วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สุงอายุไทย. นนทบุรี. เอส เอส พลัส มีเดีย จำกัด

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. (2546). ผู้สูงอายุกับการนอนหลับ, 31 ก.ค. – 1 ส.ค. 2546 การอบรมวิชาการประจำปี from http://budhosp. tripod.com /insomnia.htm

สายสัมพันธ์ จำปาทอง. 2554. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง คุณภาพชีวิตในการทำงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สิระยา สัมมาวาจ. 2532. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาธิบดี. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริพร วงษ์โทน. 2554. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาด้านบวก ความผูกพันต่อองค์การและผลการปฏิบัติงาน:กรณีศึกษาธนาคารพาณิชย์แห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Copyright© by Mahidol University

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2547. การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง “ผู้สูงอายุ:ขุมทรัพย์ทางปัญญา”, 4-6 สิงหาคม 2547 สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์ร่วมกับสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยและสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

สุภจักษ์ แสงประจักษ์สกุล. (2557). วุฒิวัยของผู้สูงอายุไทย. วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 17(11). น.231-248

สุภาวดี พุฒิหน่อย. (2547). กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ. from https://www. gotoknow.org/posts/551185

สุวรรณา ม่วงงาม. 2550. ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี การรับรู้ความสามารถของตนเองและผลการปฏิบัติงานของวิศวกร:กรณีศึกษากลุ่มบริษัทแห่งหนึ่ง. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยลัยธรรมศาสตร์.

สุวิสาส์ เผ่าเหลืองทองและปติ พุทธวิบูลย์. (2555). ทำอย่างไรให้กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการและกองทุนสำรองเลี้ยงชีพตอบโจทย์การออมระยะยาวของคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ?. สถาบันวิจัยเพื่อตลาด, (2), 11 – 19.

สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน สำนักเศรษฐกิจการแรงงาน และกลุ่มงานเศรษฐกิจแรงงานมหภาค. (2557). ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านแรงงานผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2556 และแผนปฏิบัติการด้านแรงงานผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2557.

สำนักส่งเสริมและพิทักผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). เรื่องความต้องการการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2554). คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการขับเคลื่อนมาตรฐาน การส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิ ผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติ

เสาวณีย์ พงผึ้ง. 2542. ผลของการฝึกสมาธิ (วิปัสสนากัมมัฏฐาน) ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเหตุ. (2554). การรณรงค์สร้างคุณค่ารอบด้านของคนวัยเกษียณ : ทางออกของสังคมผู้สูงอายุ. ประชากรและการพัฒนา, 31(6), น.1-2

Copyright by Mahidol University

อารีรัตน์ ชวาลา. 2551. คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกชัย เพียรศรีวัชรา. 2556. เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาและทางออก ใครต้องทำอย่างไร. 2 เมษายน 2556 ณ ห้องประชุมชั้น 3 ที่ทำการพรรคภูมิใจไทย http://www.bhumjaithai.com/55/news_detail.asp?id=924

Bowling Ann and Steve Iliffe. (2011). Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. Health and Quality of Life

Outcomes. From http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-9-13.pdf

Christopher Peterson, Amy Semmel, Carl von Baeyer, Lyn Y. Abramson, Gerald I. Metalsky & Martin E. P. Seliman. (1983). The Attributional Style Questionnaire. Cognitive Therapy and Research, 6(3), 287-300

Maslach Christina, Michael P. Leiter (1997) . *The true about burnout : How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey – Bass Inc.

Maslach Christina, Wilmar B. Schaufeli & Michael P. Leiter. (2001). *Job burnout*. Annual Reviews, 397-422.

Folkard, Tadeusz Marek and Czeslaw Noworol (2007). Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12- and 8-h shifts. Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations, 10 (3), from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678379608256804#.VJ4PRsgA ***Frunzi, G. L.; & Savini, P. E. (1997). Supervision. (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: A Simon & Schuster Company***

José M. Bertolote & Alexandra Fleischmann. (2002). Staff burnout. The global occupational health network, (2), 5-6.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.

Melamed, Samuel, Shirom, Arie, Toker, Sharon, Berliner, shlomo, Shapira and Itzhak. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin, 132(3) pp.327-

Copyright by Mahidol University

353, from http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2006-06233-001

World Health Organization . (2002) .Active ageing a policy frame work 10 November 2011, from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก
แบบสอบถาม

11 กุมภาพันธ์ 2557

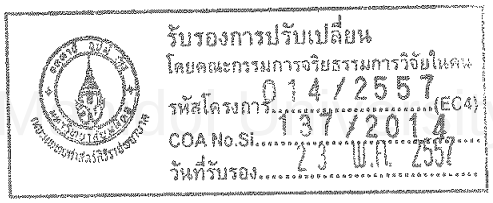
เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์จะทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพภายหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลก ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล" โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกเป็นปัจจัยในการศึกษา คำตอบของท่านจะไม่ได้รับการเปิดเผยเป็นรายบุคคลในที่ใดๆ ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้าขอความกรุณาให้ท่านปิดผนึกซองภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วและจะขอรับแบบสอบถามคืนเมื่อครบ 2 สัปดาห์ ขอความกรุณาท่านได้โปรดส่งแบบสอบถามคืน ที่หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่าน ดิฉันหวังในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างยิ่งและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์)



Copyright by Mahidol University

1

หมายเลข ___

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

โปรดเขียนเครื่องหมายถูก (/) ลงใน ( ) และเติมข้อความลงในช่องว่าง..... ซึ่งตรงกับความเป็นจริงของท่านในปัจจุบัน

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ประเภทการจ้างงาน

   ( ) ข้าราชการ ( ) พนักงานมหาวิทยาลัย
4. ระดับการศึกษา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

   ( ) ปริญญาตรี

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   ( ) ปริญญาโท

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   ( ) ปริญญาเอก

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....

   สาขาที่จบ..... พ.ศ. .....
5. จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งนี้.....ปี
6. สถานภาพสมรส

   ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หย่า แยก ( ) หม้าย
7. ในกรณีท่านมีสถานภาพสมรสคู่ หย่า แยก หม้าย ท่านมีบุตรหรือไม่ หากมีท่านมีบุตรกี่คน

   ( ) ไม่มี ( ) มี ..... คน

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.SI 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright by Mahidol University

8. ในกรณีที่ท่านมีบุตร ปัจจุบันบุตรของท่านที่ยังมีชีวิตอยู่เป็นเพศชายและ/หรือเพศหญิงจำนวนกี่คน (สามารถตอบได้ทั้ง 2 ข้อ)

( ) ชาย ..... คน ( ) หญิง ..... คน

9. ท่านมีงานอดิเรกทำหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี

10. ในกรณีที่ท่านมีงานอดิเรกทำ ประเภทงานอดิเรกของท่านคืออะไร (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) เก็บสะสมสิ่งของต่างๆ คือ .....

( ) งานศิลปหัตถกรรมต่างๆ คือ .....

( ) การออกกำลังกาย คือ .....

( ) กิจกรรมบันเทิง คือ .....

( ) การอ่านและเขียนหนังสือ คือ .....

( ) ท่องเที่ยว คือ .....

( ) ร่วมกิจกรรมทางสังคม คือ .....

( ) ร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร คือ .....

11. โปรดเขียนบรรยายเกี่ยวกับความสามารถพิเศษของท่าน

.....

.....

.....

12. โปรดเขียนบรรยายเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านคาดหวังว่าจะทำภายหลังเกษียณอายุ

.....

.....

.....

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright © Mahidol University

ส่วนที่ 2 : ภาระงาน

1. ตำแหน่งหน้าที่ทางการพยาบาลของท่านในปัจจุบัน

   ( ) ผู้ให้บริการทางการพยาบาลโดยตรง

   แผนกงานการพยาบาล.....

   ( ) ผู้บริหารทางการพยาบาล ตำแหน่งหน้าที่.....

   แผนกงานการพยาบาล.....จำนวนหอผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล.....

   ( ) อื่นๆ ตำแหน่งหน้าที่.....

2. จำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยต่อวันที่ปฏิบัติงาน (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ..... ชั่วโมง
3. จำนวนเวรโดยเฉลี่ยที่ปฏิบัติงานใน 1 เดือนที่ผ่านมา ..... เวร
4. จำนวนเตียงผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล (ถ้าท่านไม่ใช่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ให้บริการทางการพยาบาลโดยตรงให้ข้ามข้อนี้ไป) ..... เตียง
5. จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่ต้องให้การบริการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ถ้าท่านไม่ใช่พยาบาลที่ให้บริการทางการพยาบาลโดยตรงให้ข้ามข้อนี้ไป) ..... คน
6. จำนวนอัตรากำลังพยาบาลโดยเฉลี่ยต่อวันในแผนกที่ปฏิบัติงาน (ถ้าท่านไม่ใช่พยาบาลที่ให้บริการทางการพยาบาลโดยตรงให้ข้ามข้อนี้ไป) ..... คน
7. จำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยต่อวันในการประชุม (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา) ..... ชั่วโมง
8. โปรดระบุงานที่ต้องรับผิดชอบนอกเหนือจากงานที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

   .....

   .....

   .....

9. ท่านคิดว่าปริมาณงานที่ท่านต้องรับผิดชอบโดยเฉลี่ยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยรวมทั้งงานที่ปฏิบัติเป็นประจำและงานที่รับผิดชอบนอกเหนือจากงานประจำมีปริมาณมากน้อยเพียงไร

   ( ) น้อยมาก ( ) น้อย ( ) เหมาะสม

   ( ) มากเกินไป ( ) มากเกินไปอย่างมาก

Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มิ.ย. 2557

ส่วนที่ 3 : ความเหนื่อยหน่าย

โปรดเขียนเครื่องหมายถูก (/) ลงใน ( ) ที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

ไม่เคยรู้สึก หมายถึง ท่านไม่เคยรู้สึกเช่นนั้นเลย

ปีละ 2 – 3 ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2 – 3 ครั้ง

เดือนละ 1 ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง

เดือนละ 2- 3 ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2 -3 ครั้ง

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง

ทุกวัน หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ไม่เคยรู้สึก	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ 1 ครั้ง	สัปดาห์ 2-3 ครั้ง	ทุกๆ วัน
1.ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวเนื่องมาจากการทำงาน							
2.ข้าพเจ้ารู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นเวลาการทำงานในแต่ละวัน							
3.ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อตื่นนอนตอนเช้าและรู้ว่าต้องเผชิญกับสภาพการทำงานเช่นเดิมอีกวัน							
4.ข้าพเจ้าสามารถเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการได้							

Copyright by Chiang Mai University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ไม่เคยรู้สึก	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ 1 ครั้ง	สัปดาห์ 2-3 ครั้ง	ทุกๆ วัน
5.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้รับบริการบางคนเหมือนวัตถุที่ไม่มีชีวิตจิตใจ							
6.ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดเมื่อต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้คนตลอดวัน							
7.ข้าพเจ้าสามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8.ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดและสับสนวุ่นวายกับงาน							
9.ข้าพเจ้ารู้สึกว่างานของข้าพเจ้ามีประโยชน์และมีอิทธิพลต่อชีวิตผู้อื่น							
10.ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนที่มีจิตใจแข็งกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นกว่าเดิม							
11.ข้าพเจ้าให้ความสำคัญกับการปฏิบัติการพยาบาลน้อยลงกว่าเดิม							
12.ข้าพเจ้ารู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการทำงาน							
13.ข้าพเจ้ากำลังรู้สึกว่ากำลังทำงานที่หนักมากเกินไป							
14.ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดมากที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยและทำงานร่วมกับผู้อื่น							

Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 ม.ค. 2557

6

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ไม่เคยรู้สึก	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ 1 ครั้ง	สัปดาห์ 2-3 ครั้ง	ทุกๆ วัน
15. ข้าพเจ้าใส่ใจต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการบางคนลดลง							
16.ข้าพเจ้ารู้สึกขาดที่พึ่ง เมื่อมีปัญหาในการทำงาน							
17.ข้าพเจ้าสามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ผ่อนคลายให้กับผู้รับบริการได้ง่าย							
18.ข้าพเจ้ารู้สึกมีความสุขหรือรู้สึกดีภายหลังให้การพยาบาลผู้รับบริการได้ง่าย							
19.ข้าพเจ้าสร้างสรรค์สิ่งที่มีคุณค่ามากมายในการปฏิบัติการพยาบาล							
20.ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่ายกับงาน							
21.ข้าพเจ้าสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ขณะปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น							
22.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้รับคำตำหนิจากผู้รับบริการในปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้น							

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 37/2014
วันที่รับรอง 23 ม.ค. 2557

Copyright by Mahidol University

ส่วนที่ 3 : การมองโลก

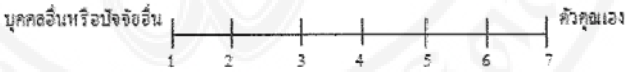
โปรดอ่านสถานการณ์ที่กำหนดไว้ โดยจินตนาการว่าสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นกับท่านจริงๆ แล้วเขียนคำตอบซึ่งเป็นสิ่งที่ท่านเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของแต่ละสถานการณ์และทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลข 1 – 7 ที่ตรงกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ล่ะข้อ โดยตัวเลข 1 – 7 มีความหมายดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 คุณพบเพื่อนของคุณและเพื่อนได้กล่าวชมเชยรูปร่างหน้าตาของคุณ

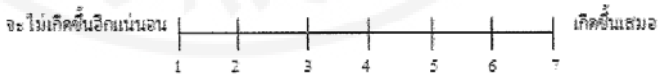
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เพื่อนของคุณกล่าวชมเชยรูปร่างหน้าตาของคุณ

   .....

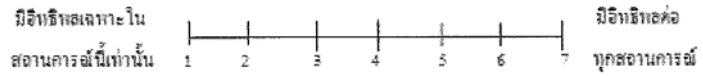
2. สาเหตุที่เพื่อนของคุณชมคุณเป็นเพราะตัวคุณเองหรือเป็นเพราะบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณพบกับเพื่อนคุณอีก สถานการณ์ที่เพื่อนของคุณจะกล่าวชมคุณจะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนๆหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



สถานการณ์ที่ 2 บางครั้งคุณล้มเหลวในการทำงาน

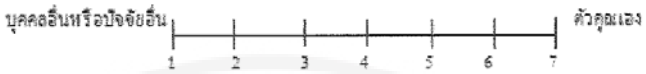
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้คุณล้มเหลวในการทำงาน

   .....

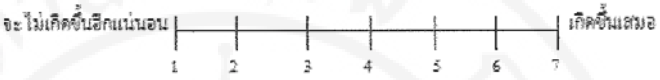
รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright © by Mahidol University

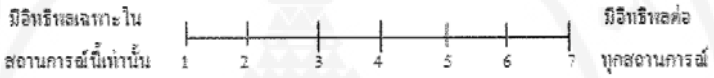
2. สาเหตุที่คุณล้มเหลวในการทำงานเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตหากคุณต้องทำงาน สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะเมื่อคุณทำงานหรือมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย

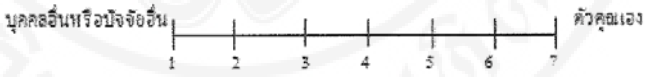


สถานการณ์ที่ 3 คุณกลายเป็นคนร่ำรวย

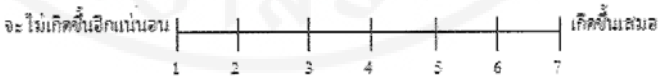
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

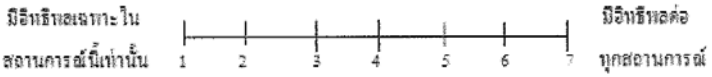
2. สาเหตุที่คุณกลายเป็นคนร่ำรวยขึ้นมา เป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตสาเหตุในข้อ 1 ที่ทำให้คุณร่ำรวยจะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะเรื่องเงินหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



สถานการณ์ที่ 4 เพื่อนมีปัญหาแล้วมาขอความช่วยเหลือ แต่คุณไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ

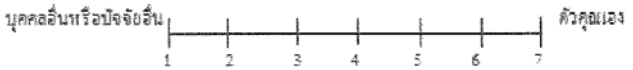
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

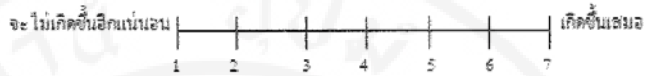
Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.SI 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

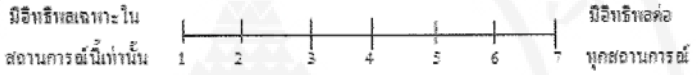
2. สาเหตุที่คุณไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเพื่อนคุณเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตหากเพื่อนคุณมีปัญหา เหตุการณ์ในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะเมื่อเพื่อนมาปรึกษาปัญหากับคุณหรือมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย

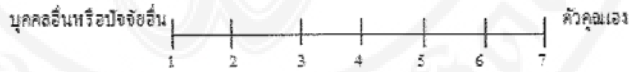


สถานการณ์ที่ 5 คุณพูดในที่ประชุม แต่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับคุณ

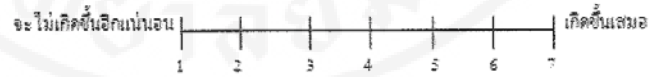
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

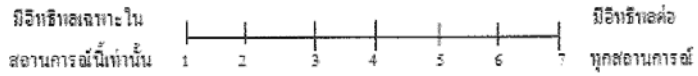
2. สาเหตุที่ผู้ฟังมีปฏิกิริยาทางลบกับคุณ เป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณต้องออกไปพูดในที่ประชุมอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการพูดในที่ประชุมหรืออิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



สถานการณ์ที่ 6 คุณทำโครงการหนึ่งแล้วได้รับคำชมเชยเป็นอย่างมาก

1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

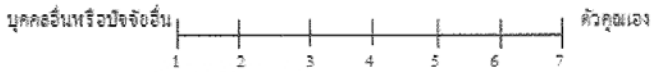
.....

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มค 2557

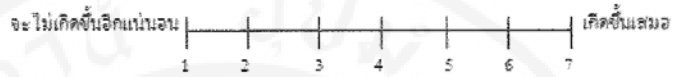
Copyright by Mahidol University

10

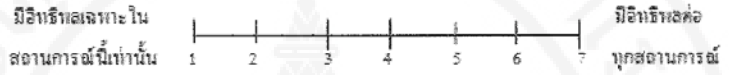
2. สาเหตุที่คุณได้รับคำชมเชยเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณต้องทำโครงการอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการทำโครงการหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย

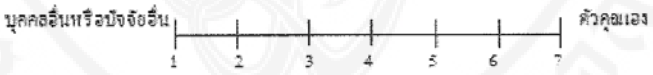


สถานการณ์ที่ 7 คุณแอบเพื่อนที่แสดงท่าทีไม่เป็นมิตรกับคุณ

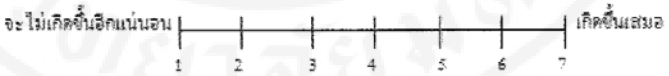
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

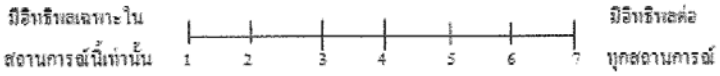
2. สาเหตุที่เพื่อนคุณแสดงท่าทีไม่เป็นมิตรเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณต้องเจอกับพื่อนคุณอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือมีผลกระทบต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



สถานการณ์ที่ 8 คุณไม่สามารถทำงานทั้งหมดให้สำเร็จตามที่คนอื่นคาดหวัง

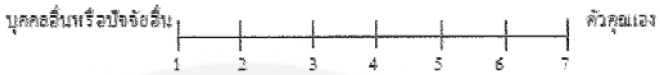
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

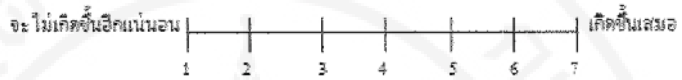
รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright © by Chiang Mai University

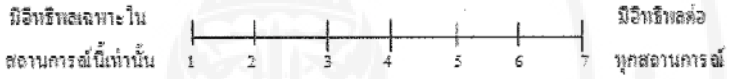
2. สาเหตุที่คุณไม่สามารถทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้เป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณต้องทำงานที่คนอื่นตั้งความหวังไว้กับคุณอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการทำงานที่คนอื่นตั้งความหวังไว้กับคุณหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย

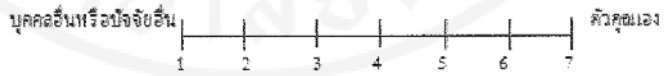


สถานการณ์ที่ 9 คู่สมรสหรือคนรักของคุณ แสดงความรักต่อคุณมากขึ้น

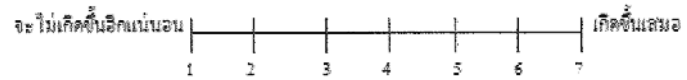
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

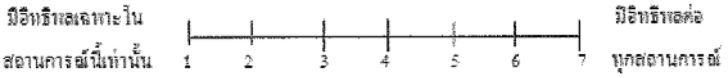
2. สาเหตุที่คู่สมรสหรือคนรักของคุณแสดงความรักต่อคุณมากขึ้นเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ความสัมพันธ์ในอนาคตของคุณและคู่สมรสหรือคนรักของคุณ จะเกิดจากสาเหตุในข้อ 1 อีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะคู่สมรสหรือคนรักปฏิบัติต่อคุณหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

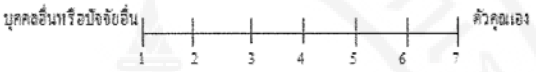
12

สถานการณ์ที่ 10 คุณอาสาทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการอย่างมาก และคุณได้รับเลือก

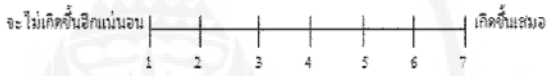
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

2. สาเหตุที่คุณได้ตำแหน่งนั้นเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณอาสาทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



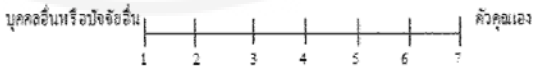
4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการอาสาทำงานในตำแหน่งที่คุณต้องการหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆ ในชีวิตของคุณด้วย

สถานการณ์ที่ 11 คุณนัดเที่ยวกับเพศตรงข้าม แต่ผลการนัดพบครั้งนี้ไม่น่าพึงพอใจ

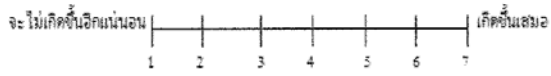
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

.....

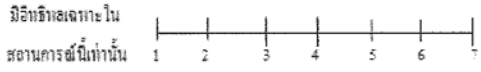
2. สาเหตุที่การนัดพบดังกล่าวดำเนินไปไม่ดีเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตเมื่อคุณมีการนัดพบอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะกับการนัดพบหรือมีอิทธิผลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

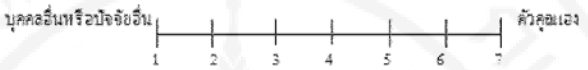
Copyright by Chiang Mai University

สถานการณ์ที่ 12 คุณได้เงินเดือนขึ้น

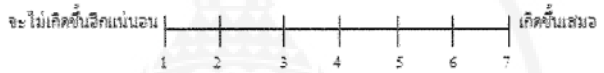
1. คุณคิดหรือเชื่อว่าอะไรน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดสถานการณ์นี้

   .....

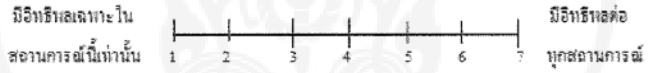
2. สาเหตุที่คุณได้เงินเดือนขึ้นเป็นเพราะตัวคุณเองหรือบุคคลอื่นหรือปัจจัยอื่น



3. ในอนาคตหากเมื่อคุณได้เงินขึ้นอีก สาเหตุในข้อ 1 จะเกิดขึ้นอีกหรือไม่



4. สาเหตุในข้อ 1 มีผลเฉพาะการขึ้นเงินเดือนหรือมีอิทธิพลต่อด้านอื่นๆในชีวิตของคุณด้วย



ส่วนที่ 5 : แนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ

1. ปัจจุบันท่านหนักกี่กิโลกรัม ..... กิโลกรัม
2. ปัจจุบันท่านสูงกี่เซนติเมตร ..... เซนติเมตร
3. ปัจจุบันท่านนอนหลับโดยเฉลี่ยวันล่ะกี่ชั่วโมง ..... ชั่วโมง
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

   ( ) ดื่มเป็นประจำทุกวัน ( ) ดื่มบ่อย ( ) ดื่มบ้าง

   ( ) ดื่มนานๆครั้ง ( ) ไม่ดื่มเลย
5. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

   ( ) สูบเป็นประจำทุกวัน ( ) สูบบ่อย ( ) สูบบ้าง

   ( ) สูบนานๆครั้ง ( ) ไม่สูบเลย
6. การออกกำลังกาย

   ( ) ไม่ได้ออกกำลังกายเลย ( ) นานๆครั้ง ( ) ออกบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

   ( ) ออกสม่ำเสมอครั้งล่ะประมาณ 30 นาที อาทิตย์ล่ะไม่เกิน 2 วัน

   ( ) ออกสม่ำเสมอครั้งล่ะประมาณ 30 นาที อาทิตย์ล่ะ 3 วันขึ้นไป

Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 ม.ค. 2557

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือมีการเจ็บป่วยหรือไม่ อะไรบ้าง

( ) ไม่มี

( ) มี คือ o โรคหัวใจ o เบาหวาน o โรคไต o โรคมะเร็ง o ความดันโลหิตสูง o โรคปวดหลังและกล้ามเนื้อบริเวณต่างๆ o โรคทางกระดูกและข้อ o โรคเกี่ยวกับตา o อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ภาวะสุขภาพกายของท่านในปัจจุบัน

( ) ไม่ดีมากๆ ( ) ไม่ดี ( ) ปานกลาง ( ) ดี ( ) ดีมาก

9. ภาวะสุขภาพจิตของท่านในปัจจุบัน

( ) ไม่ดีมากๆ ( ) ไม่ดี ( ) ปานกลาง ( ) ดี ( ) ดีมาก

10. หลังเกษียณท่านคาดว่าสุขภาพของท่านจะเป็นอย่างไร

( ) ไม่ดีมากๆ ( ) ไม่ดี ( ) ปานกลาง ( ) ดี ( ) ดีมาก

11. หลังเกษียณท่านยังจะสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่

( ) ไม่สามารถออกกำลังกายได้ออกเลย ( ) นานๆครั้ง ( ) ออกบ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ

( ) ออกสม่ำเสมอครั้งล่ะประมาณ 30 นาที อาทิตย์ล่ะไม่เกิน 2 วัน

( ) ออกสม่ำเสมอครั้งล่ะประมาณ 30 นาที อาทิตย์ล่ะ 3 วันขึ้นไป

12. ในปัจจุบันท่านมีเพื่อนสนิทกี่คน ..... คน

13. ปัจจุบันท่านได้พบปะสังสรรค์พบเพื่อนสนิทของท่านบ่อยเพียงไหร่

( ) ไม่ได้สังสรรค์กันเลย ( ) สังสรรค์กันนานๆครั้ง ( ) สังสรรค์กันบ้าง

( ) สังสรรค์กันบ่อย ( ) สังสรรค์กันบ่อยมากๆ

14. หลังเกษียณท่านคาดว่าท่านยังจะได้พบปะสังสรรค์พบเพื่อนสนิทของท่านบ่อยเพียงไหร่

( ) ไม่ได้สังสรรค์กันเลย ( ) สังสรรค์กันนานๆครั้ง ( ) สังสรรค์กันบ้าง

( ) สังสรรค์กันบ่อย ( ) สังสรรค์กันบ่อยมากๆ

15. ในอนาคตเมื่อท่านเกษียณท่านจะอาศัยอยู่ร่วมกับใคร จำนวนกี่คน

( ) ครอบครัว ..... คน ( ) เพื่อน ..... คน ( ) อยู่คนเดียว

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright © Mahidol University

16. หลังเกษียณท่านคาดว่าจะเข้าร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม – วัฒนธรรมมากน้อยเพียงไร

( ) คาดว่าไม่เข้าร่วมเลย ( ) คาดว่าเข้าร่วมน้อยมาก

( ) คาดว่าเข้าร่วมพอควร ( ) คาดว่าเข้าร่วมมาก

17. ท่านคาดว่าภายหลังเกษียณท่านยังคงสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวด้านใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ทำอาหาร ( ) ดูแลความสะอาดเรียบร้อยของบ้าน ( ) ดูแลเลี้ยงดูหลาน

( ) จ่ายตลาด ซื้อสิ่งของเครื่องใช้เข้าบ้าน ( ) ทำสวน ดูแลต้นไม้

( ) อื่น โปรดระบุ .....

18. ท่านคาดว่าภายหลังเกษียณท่านยังคงสามารถทำประโยชน์ให้แก่ชุมชน สังคม ด้านใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ทำงานการกุศล ( ) เผยแพร่ให้ความรู้ในเรื่องที่ตนเองเชี่ยวชาญหรือสนใจ

( ) แนะนำการปฏิบัติตามหลักศาสนา ( ) เป็นผู้นำ สมาชิกของกลุ่มหรือชมรมต่างๆ

( ) อื่น โปรดระบุ .....

19. หลังเกษียณอายุท่านคิดว่าจะไปศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมในทางด้านใด (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ไม่มีคิดว่าจะเรียนเพิ่ม

( ) ด้านภาษา คือ.....

( ) ด้านคอมพิวเตอร์ คือ .....

( ) ด้านศาสนา คือ .....

( ) ด้านศิลปะ คือ .....

( ) ด้านการฝึกทักษะอาชีพ คือ .....

( ) อื่นๆ คือ .....

20. ท่านคิดว่าหลังเกษียณรายได้ของท่านจะมาจากแหล่งใดบ้าง (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) ทำงานเอง ( ) คู่สมรส ( ) บุตร ( ) เงินออม

( ) อื่นๆ .....

21. ภายหลังเกษียณท่านคิดว่าท่านจะมีรายได้พอเพียงต่อการดำเนินชีวิตอย่างสะดวกสบายหรือไม่

( ) ไม่พอเพียงอาจต้องยืมจากผู้อื่น ( ) พอเพียงแต่ไม่มีเงินออมพอขึ้น

( ) พอเพียงและมีเงินออมเพิ่มขึ้นและ/หรือพอเพียงจนสามารถให้ผู้อื่นได้

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 มี.ค. 2557

Copyright by Mahidol University

22. ปัจจุบันท่านมีเงินเก็บออมหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี

23. ปัจจุบันท่านมีหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบหรือไม่

( ) ไม่มี ( ) มี โปรดระบุ .....

24. ในกรณีที่ท่านมีหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบท่านคิดก่อนที่ท่านเกษียณท่านจะสามารถชำระหนี้สินของท่านหมดหรือไม่

( ) ชำระหมด ( ) ชำระไม่หมด

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 23 ม.ค. 2557

25. ปัจจุบันบ้านที่พักอาศัยท่านเป็นเจ้าของเองหรือไม่

( ) เป็นเจ้าของ ( ) ไม่เป็นเจ้าของ

26. ภายหลังเกษียณท่านจะได้ค่ารักษาพยาบาลมาจากแหล่งใด

( ) สิทธิข้าราชการ ( ) ประกันสังคม ( ) ประกันชีวิต ( ) บัตรทอง

( ) อื่นๆ .....

27. ภายหลังเกษียณท่านคิดจะประกอบอาชีพที่มีรายได้หรือไม่ และหากคิดท่านจะประกอบอาชีพอะไร

( ) ไม่คิดที่จะประกอบอาชีพ

( ) คิดที่จะประกอบอาชีพ คือ .....

28. ปัจจุบันท่านเคยถูกบุคคลใกล้ชิดและ/หรือบุคคลอื่นทำความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจของท่านไม่ว่าจะเป็นทางพฤติกรรม วาจา บ่อยเพียงใด

( ) ไม่เคยเลย ( ) เคยนานๆครั้ง ( ) เคยบ่อยครั้ง

29. ปัจจุบันท่านมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือท่านเมื่อเดือดร้อนหรือไม่

( ) มี โปรดระบุ .....

( ) ไม่มี

30. ภายหลังเกษียณท่านคิดว่าท่านยังจะมีบุคคลที่สามารถช่วยเหลือท่านเมื่อเดือดร้อนหรือไม่

( ) มี โปรดระบุ .....

( ) ไม่มี

31. ปัจจุบันท่านสามารถใช้สิ่งเหล่านี้ได้หรือไม่ (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) Internet ( ) Facebook ( ) Twitter ( ) Instagram

( ) Line ( ) Whatsapp ( ) Skype ( ) Tango

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร
(Participant Information Sheet) **(กลุ่มตรวจสอบคุณภาพแบบวัด)**

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย *แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล*
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย *นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์*
สถานที่วิจัย *ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ*
สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ
โทร. 087-8687401
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย *ไม่มี*
ระยะเวลาในการวิจัย *2 ปี*
ที่มาของโครงการวิจัย

ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเอง ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควรที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการเป็นผู้มองโลกในแง่ดีของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณ เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในอนาคตของพยาบาลเมื่อเกษียณว่าได้หรือไม่เพียงใด

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย *เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยคือ การทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ โดยใช้ภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการศึกษา*

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก *ท่านเป็นพยาบาลประจำที่มีอายุ 54 ปี ที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในสังกัดฝ่ายการ*

Copyright by Mahidol University

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 25 มี.ค. 2557

พยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ ซึ่งมาจากแผนกที่แตกต่างกัน ตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกัน โดยเป็นกลุ่มพยาบาลอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มพยาบาลที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมการวิจัยมากที่สุด

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ *43 คน*

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1) *ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามโดยผ่านทางเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25 – 30 นาที โดยผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์*
2) *ติดตามแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยกำหนดการรวบรวมแบบสอบถามโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่าน*

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่มีการกระทำใดกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ สกุลของผู้ตอบ จึงมีความเสี่ยงน้อยนอกจากอาจทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25 – 30 นาที ท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ใดๆของท่านในปัจจุบันและอนาคต หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์ เบอร์โทร 087-8687401 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยนี้อาจไม่เกิดประโยชน์โดยตรงต่อท่าน แต่จะช่วยให้แบบวัดที่จะนำไปใช้ในการวิจัยมีความเที่ยงตรงเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อให้ทราบถึงภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ รวมทั้งได้ทราบถึงระดับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลกลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการมองโลกในแง่ดี ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยช่วยลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจและประทับใจให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมภาพพจน์ที่ดีแก่วิชาชีพ โดยข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้ทราบแนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณ เป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคตและอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยเรื่องการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในด้านอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายใด ๆ

Copyright by Mahidol University

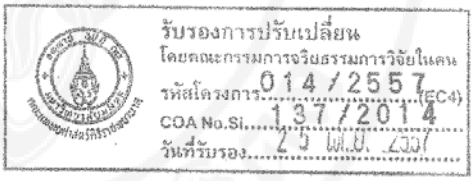
รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 25 มี.ค. 2557

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162



Copyright by Mahidol University

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700

โทร +66 2419 2667-72
โทรสาร +66 2411 0162

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข Si 137/2014

ชื่อโครงการภาษาไทย : แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ: แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล

รหัสโครงการ : 014/2557(EC4)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์ / ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย /อาสาสมัคร
4. แบบสอบถาม
5. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 11 มีนาคม 2557

วันหมดอายุ : 10 มีนาคม 2558

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม ..... 17 มี.ค. 2557 .....

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจารุพิมพ์ สูงสว่าง) วันที่

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม ..... 18 มี.ค. 2557 .....

(ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร) วันที่

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Copyright by Mahidol University

น่าอพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2342 / 3,000 เล่ม / พ.ค.56 / M / 2667 / MM. 10023253

2 WAN LANG Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700

Tel. +66 2419 2667-72
Fax. +66 2411 0162

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. Si 137/2014

Protocol Title : A trend of being active ageing after being retirement : a delinated model among optimism, burnout and workloads among nurses.

Protocol number : 014/2557(EC4)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Preyanong Donghong / Nursing Department Siriraj Hospital
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Approval includes :

1. SIRB submission form
2. Proposal
3. Participant Information Sheet
4. Questionnaire
5. Principle Investigator's curriculum vitae

Approval date : March 11, 2014

Expired date : March 10, 2015

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

Jarupim Soongswang ..... 17 MAR 2014 .....

(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.) date

Chairperson

Udom K ..... 18 MAR 2014 .....

(Clin. Prof. Udom Kachintorn, M.D.) date

Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Copyright by Mahidol University

แผ่นเพิ่มพิมพ์โรงพยาบาลศิริราช 2341 / 3,000 แผ่น / ม.ค.56 / M / 2667 / Mat. 10023252

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร

(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษา หารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย *แนวโน้มที่จะเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณภาพหลังเกษียณอายุ : แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ความเหนื่อยหน่าย และภาระงานของพยาบาล*

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย *นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์*

สถานที่วิจัย *ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพ*

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

โทร. 087-8687401

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย *ไม่มี*

ระยะเวลาในการวิจัย *2 ปี*

ที่มาของโครงการวิจัย

ประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุของไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆมากมาย ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเอง ต่อกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นๆ ต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่มีจำนวนมากพอสมควรที่จะกลายไปเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อเข้าใจถึงความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกันระหว่างภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการเป็นผู้มองโลกในแง่ดีของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ที่อยู่ในวัยก่อนเกษียณ เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพในอนาคตของพยาบาลเมื่อเกษียณว่าได้หรือไม่เพียงใด

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย *เพื่อทำนายแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณโดยใช้ภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยในการศึกษา*

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก *ท่านเป็นพยาบาลประจำที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ในทุกแผนกการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป*

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ *175 คน*

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 25 มี.ค. 2557

Copyright by Mahidol University

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้คือ

1) *ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามโดยผ่านทางเจ้าหน้าที่ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25 – 30 นาที โดยผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 2 สัปดาห์*
2) *ติดตามแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยกำหนดการรวบรวมแบบสอบถามโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยส่งแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าหอผู้ป่วยของท่าน*

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่มีการกระทำใดกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และการตอบแบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อ สกุลของผู้ตอบ จึงมีความเสี่ยงน้อยนอกจากอาจทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25 – 30 นาที ท่านสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติหน้าที่ใดๆของท่านในปัจจุบันและอนาคต หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์ เบอร์โทร 087-8687401 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยนี้อาจไม่เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย แต่จะช่วยให้ทราบถึงภาระงาน ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและแนวโน้มการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของพยาบาลวัยก่อนเกษียณ รวมทั้งได้ทราบถึงระดับการมองโลกในแง่ดีของพยาบาลกลุ่มนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการมองโลกในแง่ดี ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยช่วยลดการเกิดความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลทำงานอย่างมีความสุข ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจและประทับใจให้กับผู้มารับบริการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมภาพพจน์ที่ดีแก่วิชาชีพ โดยข้อมูลที่ได้อาจช่วยให้ทราบแนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลวัยก่อนเกษียณ เป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพในอนาคตและอาจใช้เป็นแนวทางสำหรับศึกษาวิจัยเรื่องการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในด้านอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีค่าตอบแทนและค่าใช้จ่ายใด ๆ

รับรองการปรับเปลี่ยน
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
รหัสโครงการ 014/2557 (EC4)
COA No.Si 137/2014
วันที่รับรอง 25 มี.ค. 2557

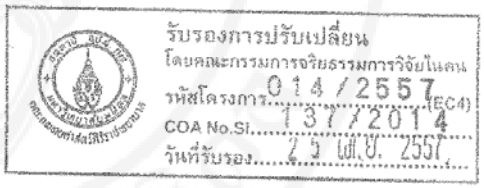
Copyright by Mahidol University

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้ ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร.0 2419 2667-72 โทรสาร 0 2411 0162



Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวปรีญานงค์ ดงหงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	8 กรกฎาคม พ.ศ. 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2549 – 2552 : พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2554 – 2558 : สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2552 – ปัจจุบัน : โรงพยาบาลศิริราช, มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงศึกษาธิการ ตำแหน่ง : พยาบาล
ที่อยู่	14 หมู่ 4 ต.สามเมือง กิ่ง อ.สีดา จ.นครราชสีมา 30430

Copyright by Mahidol University