

การศึกษาท่าทีต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

A Study of Attitudes Toward the Loss of a Loved
One among Older Adults in Bangkok

ธัชพล อัครัง

Thatchathon Attarung

คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
Faculty of Humanities, Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Email: thatchathon.at@mcu.ac.th

พระครูภัทรธรรมบัณฑิต, ประสิทธิ์ แก้วศรี,
ตติลา จำปาวลัย, วรธิดา จารุจินดา

PhraKhru PhattharadhammaBundit, Prasit Kaewsri,
Tatila Jampawal, Variththa Charuchinda

คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
Faculty of Humanities, Mahachulalongkornrajavidyalaya University
Email: ekkapatr.abhi@mcu.ac.th, prasiyana@hotmail.com,
tatila.j@gmail.com, variththa789@gmail.com

ตอบรับบทความ (Received) : 25 ธันวาคม 2568

เริ่มแก้ไขบทความ (Revised) : 26 กุมภาพันธ์ 2569

รับบทความตีพิมพ์ (Accepted) : 17 เมษายน 2569

เผยแพร่ออนไลน์ (Available Online) : 20 มิถุนายน 2569



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์กับท่าที่ต่อการสูญเสีย และ 3) พัฒนาแนวทางการรับมือต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ตามแนวคิดของ John W. Creswell โดยบูรณาการการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณร่วมกับกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาและหลักพระพุทธศาสนา กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคือผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักภายใน 5 ปี จำนวน 150 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามท่าที่ต่อการสูญเสีย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการสังเคราะห์แบบพหุวิธี

ผลการวิจัยพบว่า 1) ท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.74) โดยมีมิติด้านความคิดและการให้ความหมาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.92$) รองลงมาคือ มิติด้านอารมณ์และความรู้สึก ($\bar{X} = 3.85$) และมิติด้านพฤติกรรมและการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.58$) 2) ปัจจัยประชากรศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์กับท่าที่ต่อการสูญเสียในระดับสูง ได้แก่ บุคคลที่สูญเสีย ($r = 0.49$) และระยะเวลาหลังการสูญเสีย ($r = -0.46$) ขณะที่แหล่งสนับสนุนหลัก ($r = -0.45$) ลักษณะการอยู่อาศัย ($r = 0.37$) และลักษณะการสูญเสีย ($r = 0.34$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนเพศ ($r = 0.25$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ 3) แนวทางการรับมือต่อการสูญเสียที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดูแลแบบบูรณาการ 4 แนวทาง ได้แก่ การดูแลแบบเฉพาะบุคคล การดูแลตามช่วงเวลา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลแบบเครือข่าย โดยผสมองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับหลักพระพุทธศาสนา เพื่อส่งเสริมการยอมรับความสูญเสียและการเติบโตหลังความโศกเศร้าอย่างยั่งยืน



คำสำคัญ: การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความโศกเศร้า ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร การดูแลแบบบูรณาการ พระพุทธศาสนา

Abstract

This study aimed to: (1) examine attitudes toward the loss of a loved one among older adults in Bangkok; (2) analyze the relationships between demographic factors and attitudes toward loss; and (3) develop coping approaches for bereavement among older adults. The study employed a mixed-methods design following the framework of Creswell, integrating qualitative and quantitative approaches with psychological perspectives and Buddhist principles.

The quantitative sample comprised 150 older adults aged 60 years and above who had experienced the loss of a loved one within the past five years, selected through stratified random sampling. The research instrument was an attitudes-toward-loss questionnaire with a reliability coefficient of 0.96. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's correlation coefficient). Qualitative data were derived from documentary research and academic seminars and analyzed using content analysis and methodological triangulation.

The findings indicated that: (1) overall attitudes toward the loss of a loved one among older adults in Bangkok were at a high level ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.74). Among the three dimensions, the cognitive and meaning-making dimension had the highest mean score ($\bar{X} = 3.92$), followed by the emotional dimension ($\bar{X} = 3.85$), while the behavioral and adjustment



dimension was at a moderate level ($\bar{X} = 3.58$). (2) Demographic factors showing strong correlations with attitudes toward loss included the type of person lost ($r = 0.49$) and time since the loss ($r = -0.46$). Moderate correlations were found for primary source of support ($r = -0.45$), living arrangements ($r = 0.37$), and nature of the loss ($r = 0.34$), whereas gender ($r = 0.25$) showed a weak correlation. (3) The developed coping framework comprises four integrated care approaches: individualized care, time-based care, holistic care, and network-based care. These approaches integrate modern scientific knowledge with Buddhist principles to promote acceptance of loss and sustainable post-bereavement growth.

Keywords: Bereavement, Grief, Older Adults, Bangkok, Integrated Care, Buddhism



1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นประสบการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ในหลายมิติ ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียประมาณร้อยละ 10–15 มีภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง และพบอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ที่ประสบการณ์สูญเสียสูงถึงร้อยละ 47 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ประสบการณ์สูญเสียซึ่งมีเพียงร้อยละ 8¹ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสมีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางจิตเวชประมาณร้อยละ 24 ในช่วง 2 เดือนแรกหลังการสูญเสีย และยังคงอยู่ที่ร้อยละ 16 แม้เวลาผ่านไป 13 เดือน² ความรุนแรงและระยะเวลาของความเศร้าโศกดังกล่าวอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคิดทำร้ายตนเอง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการพึ่งพิงทางสังคมแม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาความสูญเสียและความเศร้าโศกในบริบทตะวันตก แต่ยังไม่พบช่องว่างขององค์ความรู้ในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะการศึกษาทำห้ต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากทั้งสังคมตะวันตกและพื้นที่ชนบทอย่างมีนัยสำคัญ

กรุงเทพมหานครในฐานะเมืองหลวงและศูนย์กลางของประเทศกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสู่ “สังคมสูงอายุระดับลึก” อย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2567 กรุงเทพมหานครมีประชากรทั้งหมดประมาณ 5.51 ล้านคน และมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1.19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.61 ของประชากรทั้งหมด³ ลักษณะเฉพาะของกรุงเทพมหานครในฐานะมหานครขนาดใหญ่ทำให้ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่น ทั้งจากโครงสร้าง

1. Zisook, S., and Shear, K., “Grief and bereavement: What psychiatrists need to know”. *World Psychiatry*, Vol. 8 No. 2 (2009), 67–74.
2. Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., et al., “Depression of bereavement”, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 30 No. 3 (1989), 218–224.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, *สถิติประชากรกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567*, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567.



ครอบครัวที่เปลี่ยนจากครอบครัวขยายสู่ครอบครัวเดี่ยว การอยู่อาศัยตามลำพัง การลดลงของเครือข่ายการดูแลตามธรรมชาติ ตลอดจนแรงกดดันด้านเศรษฐกิจและค่าครองชีพที่สูง ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุในบริบทเมืองต้องเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความโดดเดี่ยวจึงมิได้เป็นเพียงประสบการณ์ส่วนบุคคล หากยังเชื่อมโยงกับข้อจำกัดด้านการพึ่งพิงทางสังคมและระบบการดูแลที่ยังไม่ตอบสนองต่อมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณอย่างเพียงพอ โดยบริการด้านสุขภาพและสังคมในปัจจุบันยังมุ่งเน้นการดูแลด้านกายภาพเป็นหลัก ขณะที่มิติด้านอารมณ์ การให้ความหมายต่อชีวิต และการปรับตัวต่อความสูญเสียยังได้รับความสนใจอย่างจำกัด สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจเท่าที่ต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุในบริบทเมืองอย่างรอบด้าน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองร่วมสมัย

บทความวิจัยนี้จึงมุ่งนำเสนอผลการศึกษาเท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมทั้งลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์กับเท่าที่ต่อการสูญเสีย ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบองค์รวมที่ประกอบด้วยการดูแลแบบเฉพาะบุคคล การดูแลตามช่วงเวลา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลแบบเครือข่าย ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุในบริบทเมืองใหญ่ของประเทศไทย รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลสำหรับการพัฒนางานวิจัยและการปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สังคมสงเคราะห์ และสาธารณสุขชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมสูงอายุของประเทศ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์และเท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในกรุงเทพมหานคร



3. เพื่อพัฒนาแนวทางการรับมือต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

3. การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดทฤษฎี

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสูญเสียและความโศกเศร้า

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นประสบการณ์สากลที่ส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทุกวัยและทุกวัฒนธรรม โดยในทางจิตวิทยา Kübler-Ross ได้นำเสนอทฤษฎีขั้นตอนของความโศกเศร้า (Five Stages of Grief)⁴ ได้แก่ การปฏิเสธ ความโกรธ การต่อรอง ความซึมเศร้า และการยอมรับ ซึ่งช่วยอธิบายปฏิกิริยาทางอารมณ์และความคิดของผู้สูญเสียในลักษณะเชิงลำดับ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยร่วมสมัยชี้ให้เห็นว่ากระบวนการโศกเศร้าไม่ได้ดำเนินไปอย่างเป็นเส้นตรงเสมอไป

Stroebe และ Schut จึงพัฒนาแบบจำลองกระบวนการคู่ในการรับมือกับการสูญเสีย (Dual Process Model of Coping with Bereavement)⁵ โดยเสนอว่าผู้สูญเสียจะเคลื่อนไหวไปมาระหว่างการเผชิญความสูญเสียโดยตรง (Loss-oriented coping) และการฟื้นฟูชีวิตหรือบทบาทใหม่ (Restoration-oriented coping) แบบจำลองนี้สะท้อนธรรมชาติของการรับมือความสูญเสียในฐานะกระบวนการพลวัต ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องปรับตัวทั้งทางอารมณ์ ความคิด และการดำเนินชีวิต

3.2 แนวคิดทางพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับความสูญเสียและการคลายทุกข์

ในบริบทพระพุทธศาสนา ความสูญเสียถูกอธิบายผ่านกรอบความเข้าใจเรื่องธรรมชาติของชีวิตตามหลักไตรลักษณ์ ได้แก่ อนิจจัง (ความไม่เที่ยง) ทุกขัง (ความเป็นทุกข์) และอนัตตา (ความไม่ใช่ตัวตน) ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบความสูญเสียสามารถมองเห็นความตายและการพลัดพรากเป็นส่วนหนึ่งของความจริงของสังขาร⁶ ความ

4. Kübler-Ross, E., *On death and dying*, (New York: Macmillan, 1969), 55.

5. Stroebe, M. and Schut, H., "The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description", *Death Studies*, Vol. 23 No. 3 (1999), 197.

6. พระพรหมคุณาภรณ์, *พุทธธรรม*, (กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2554), 125.



โศกเศร้าในมุมมองพุทธศาสนาไม่ได้ถูกปฏิเสธ แต่ถูกทำความเข้าใจในฐานะ “เวทนา” ที่เกิดขึ้นตามเหตุปัจจัย

หลักอริยสัจ 4 ให้กรอบในการทำความเข้าใจทุกข์จากความสูญเสีย ตั้งแต่การตระหนักรู้ทุกข์ (ทุกข์) การเข้าใจเหตุแห่งทุกข์คือความยึดมั่นถือมั่น (สมุทัย) การเห็นความเป็นไปได้ของการคลายทุกข์ (นิโรธ) และแนวทางการปฏิบัติเพื่อบรรเทาความทุกข์ (มรรค) งานของ Analayo⁷ และ Bhikkhu Bodhi⁸ ชี้ให้เห็นว่าการเจริญสติ โดยเฉพาะเวทนานุปัสสนา ช่วยให้บุคคลสามารถอยู่กับความโศกเศร้าอย่างรู้เท่าทันโดยไม่ถูกครอบงำ นอกจากนี้ หลักเมตตาภาวนาและขันติยังมีบทบาทสำคัญในการเยียวยาจิตใจและเสริมสร้างพลังใจในช่วงการสูญเสีย

3.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการสูญเสียในผู้สูงอายุ

งานวิจัยในบริบทตะวันตกพบว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า โดย Zisook และ Shear รายงานว่าประมาณร้อยละ 10–15 ของผู้สูญเสียเกิดภาวะโศกเศร้าเรื้อรัง⁹ และ Jacobs et al. พบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรงสูงถึงร้อยละ 24 ในช่วง 2 เดือนแรกหลังการสูญเสีย¹⁰ ขณะที่ Bonanno et al. ชี้ว่า การปรับตัวหลังความสูญเสียขึ้นอยู่กับลักษณะการสูญเสีย ระยะเวลา การสนับสนุนทางสังคม และความยืดหยุ่นทางจิตใจ¹¹

-
7. Analayo, *Satipaṭṭhāna: The Direct Path to Realization*, (Birmingham: Windhorse Publications, 2003), 150.
 8. Bhikkhu Bodhi, *The Noble Eightfold Path: Way to the End of Suffering*, (Kandy: Buddhist Publication Society, 2011), 45.
 9. Zisook, S., and Shear, K., “Grief and bereavement: What psychiatrists need to know”, *World Psychiatry*, Vol. 8 No. 2 (2009), 67.
 10. Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., et al., “Depression of bereavement”, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 30 No. 3 (1989), 218.
 11. Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., et al., “Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss”, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 83 No. 5 (2002), 1150–1164.

ในประเทศไทย งานวิจัยด้านผู้สูงอายุส่วนใหญ่เน้นคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และ บทบาทครอบครัว¹² ขณะที่การศึกษาที่เชื่อมโยงการสูญเสียกับกรอบคิดทางพระพุทธศาสนาเชิงปรัชญายังมีจำนวนน้อย และมักเน้นการอธิบายเชิงแนวคิดมากกว่าการพัฒนาโมเดลการดูแลที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในบริบทเมืองใหญ่อย่างกรุงเทพมหานคร

3.4 ช่องว่างของความรู้ (Knowledge Gap)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบช่องว่างสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1. ช่องว่างทางวัฒนธรรมและศาสนา งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้กรอบทฤษฎีตะวันตก โดยยังขาดการบูรณาการหลักพุทธธรรมในฐานะกลไกการให้ความหมายและการคลายทุกข์ 2. ช่องว่างทางพื้นที่ศึกษา ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีบริบทชีวิตที่แตกต่างจากชนบท ทั้งด้านโครงสร้างครอบครัวและเครือข่ายการสนับสนุน 3. ช่องว่างเชิงระเบียบวิธี ยังขาดงานวิจัยที่บูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณกับการทำความเข้าใจเชิงลึกทางจิตใจและจิตวิญญาณ

3.5 สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า ความสูญเสียส่งผลต่อผู้สูงอายุในหลายมิติ ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการโศกเศร้าของ Kübler-Ross และ Dual Process Model ของ Stroebe และ Schut มาใช้เป็นกรอบอธิบายกระบวนการทางจิตวิทยา ควบคู่กับการบูรณาการหลักพุทธธรรม ได้แก่ ไตรลักษณ์ อริยสัจ 4 และการเจริญสติ เพื่ออธิบายการให้ความหมายและการคลายทุกข์ในบริบทสังคมไทย องค์ความรู้ดังกล่าวถูกนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนาโมเดลการดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทเมืองไทยอย่างเป็นระบบ

12. กัลยา วานิชย์บัญชา, *การวิจัยทางการศึกษา*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563), 150., สุรางค์ ไคว่ตระกูล, *จิตวิทยาการให้คำปรึกษา*, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564), 85.



4. วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods Research) โดยบูรณาการ การวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตามรูปแบบ Sequential Explanatory Design ตามแนวคิดของ John W. Creswell¹³ ร่วมกับกรอบแนวคิดทางพระพุทธศาสนา พื้นที่ วิจัย คือ กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 3 กลุ่มเขต ได้แก่ เขตชั้นใน เขตชั้นกลาง และเขต ชั้นนอก การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย (1) การวิจัยเอกสารเพื่อสังเคราะห์แนวคิด และหลักธรรมที่เกี่ยวข้องกับความสูญเสีย (2) การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และ (3) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุโดย ใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาบูรณาการกับผลการวิจัยเชิง ปริมาณและหลักพระพุทธศาสนา เพื่ออธิบายท่าทีต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน

4.1 ประชากร

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวนประมาณ 1.19 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21.61 ของประชากรทั้งหมดใน กรุงเทพมหานคร¹⁴

4.2 กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและมี ประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักภายใน 5 ปี จำนวน 150 คน ใช้วิธีการ คัดเลือกแบบสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามเขต พื้นที่การปกครองของกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งกรุงเทพมหานครออกเป็น 3 กลุ่ม เขตตามลักษณะพื้นที่และสภาพสังคม สุ่มเลือกเขตจากแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 2 เขต รวม 6 เขต จากนั้นใช้การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย

13. Creswell, J. W., & Creswell, J. D., *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, 5th ed., (California: SAGE Publications, 2018).

14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, *สถิติประชากรกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567*, กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติ แห่งชาติ, 2567.

ประสานงานกับชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข วัด และศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อคัดกรองผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ โดยเก็บข้อมูลเขตละ 25 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power โดยกำหนด Test family คือ t-test ระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect Size) 0.8 ตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)¹⁵ ซึ่งจัดอยู่ในระดับสูง ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 12 คน แต่เพื่อความครอบคลุมจึงปรับเพิ่มเป็น 150 คน

4.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาหรือพักอาศัยในกรุงเทพมหานคร 3) มีประสบการณ์การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง บิดา/มารดา หรือเพื่อนสนิท) ภายใน 5 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

4.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะสมองเสื่อมหรือปัญหาด้านความจำอย่างรุนแรง 2) มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง 3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูล

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มี 3 ชนิด ได้แก่

1) แบบวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis Form) ใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเอกสาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบวิเคราะห์เนื้อหาถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับทำห้ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุ จากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิทั้งในและต่างประเทศ โดยมุ่งสกัดประเด็นสำคัญ แนวโน้ม และกรอบแนวคิด เพื่อนำไปใช้เป็นฐานในการพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ และการสร้างแบบสอบถามเชิงปริมาณ

15. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed., (NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988).



2) เครื่องมือสำหรับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ (Qualitative Data Collection Instruments) การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพจัดเป็นเทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือประกอบด้วย (1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (Semi-structured Guiding Questions) เพื่อกระตุ้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ และกระบวนการรับมือต่อความสูญเสียของผู้สูงอายุในบริบทสังคมไทย (2) แบบสังเกตการณ์ (Observation Form) สำหรับบันทึกปฏิสัมพันธ์ บรรยากาศ และประเด็นเชิงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ และ (3) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของข้อค้นพบ (Feasibility and Appropriateness Assessment Form) เพื่อใช้ประกอบการสังเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และคำนวณ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0.67–1.00 แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ด้วย การวิเคราะห์เชิงอุปนัย (Inductive Analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการสังเคราะห์แบบพหุวิธี (Multi-method Synthesis) เพื่อสกัดธีมหลักและประเด็นสำคัญของการวิจัย

3) แบบสอบถาม พัฒนาจากผลการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเครื่องมือที่ 1 และ 2 สร้างตามแนวคิดของ Kübler-Ross เกี่ยวกับขั้นตอนความโศกเศร้า¹⁶ และ ทฤษฎีแบบจำลองกระบวนการคู่ในการรับมือกับการสูญเสีย (Dual Process Model of Coping with Bereavement) ของ Stroebe & Schut ผสมผสานกับบริบทวัฒนธรรมไทยและหลักพุทธธรรม¹⁷ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อความ ครอบคลุมเพศ ลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่สูญเสีย ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

16. Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*, (New York: Macmillan, 1969), 51.

17. Stroebe, M., and Schut, H., "The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description", *Death Studies*, Vol. 23 No. 3 (1999), 197.

ส่วนที่ 2 ท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1: ด้านอารมณ์และความรู้สึก (ความเศร้าโศก ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว) มิติที่ 2: ด้านความคิดและการให้ความหมาย (การปฏิเสธ การต่อรอง การค้นหาความหมาย การเปลี่ยนมุมมอง การนึกถึงความทรงจำ) มิติที่ 3: ด้านพฤติกรรมและการปรับตัว (การถอนตัวทางสังคม การแสวงหาการสนับสนุน การสร้างพิธีกรรม การปรับตัวสู่วิถีชีวิตใหม่ การเติบโตหลังความโศกเศร้า)

4.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.80–1.00 และ ค่าดัชนีความตรงเชิงโครงสร้าง (CVI) เท่ากับ 0.93 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.96 (เกณฑ์ที่เหมาะสม ≥ 0.85) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเหมาะสมในการใช้เป็นเครื่องมือวิจัย ใช้ศึกษาท่าที่ต่อการสูญเสียและความสัมพันธ์กับปัจจัยประชากรศาสตร์

4.7 การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและการดูแลจิตใจผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลผ่านทั้งช่องทางออนไลน์ (Google Form ผ่าน Line, Facebook, Social Media) และแบบกระดาษในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สะดวกใช้เทคโนโลยี โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (หมายเลขใบรับรอง: ว.779/2567 วันที่ 29 พฤศจิกายน 2567)

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การจัดระเบียบข้อมูล (Data Organizing) 2) การวิเคราะห์

หาแบบแผนหรือประเด็นร่วม (Pattern Finding) และ 3) การหาข้อสรุปและการตีความ (Conclusion and Interpretation) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านวิธีวิจัย (Method Triangulation) และด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation)

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายลักษณะทางประชากรศาสตร์และท่าทีต่อการสูญเสีย สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

การผสมผสานข้อมูล (Data Integration) นำผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณมาวิเคราะห์ร่วมกัน เปรียบเทียบความสอดคล้องหรือความแตกต่าง เพื่อสร้างภาพรวมที่ครอบคลุมและพัฒนาแนวทางการรับมือต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่สอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

5. ผลการวิจัย

1. พบว่าท่าทีต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นกระบวนการทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับการจากไปของบุคคลสำคัญในชีวิต การสูญเสียมีหลายรูปแบบทั้งการสูญเสียภายนอก (สูญเสียตัวบุคคล) การสูญเสียภายใน (สูญเสียความสามารถ) และการสูญเสียระยะสั้น (การแยกจากกันชั่วคราว) องค์ประกอบท่าทีต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก พบว่ามี 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติด้านอารมณ์และความรู้สึก ประกอบด้วย ความเศร้าโศก ความโกรธ ความรู้สึกผิด ความวิตกกังวล และความว่างเปล่า 2) มิติด้านความคิดและการให้ความหมาย ประกอบด้วย การปฏิเสธความจริง การต่อรอง การค้นหาความหมาย การเปลี่ยนมุมมอง และการนึกถึงความทรงจำ 3) มิติด้านพฤติกรรมและการปรับตัว ประกอบด้วย การถอนตัว การแสวงหาการสนับสนุน การสร้างพิธีกรรม การปรับตัวสู่วิถีชีวิตใหม่ และการเติบโตหลังความโศกเศร้า



ตารางที่ 1 แสดงค่าผลการวิเคราะห์ท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

มิติ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
มิติที่ 1: ด้านอารมณ์และความรู้สึก	3.85	0.78	ระดับสูง
มิติที่ 2: ด้านความคิดและการให้ความหมาย	3.92	0.64	ระดับสูง
มิติที่ 3: ด้านพฤติกรรมและการปรับตัว	3.58	0.92	ระดับปานกลาง
ภาพรวมทั้ง 3 มิติ	3.78	0.74	ระดับสูง

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($X = 3.78$, $S.D. = 0.74$) เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า มิติด้านความคิดและการให้ความหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ มิติด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ขณะที่มิติด้านพฤติกรรมและการปรับตัวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์กับท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยประชากรศาสตร์ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับท่าที่ต่อการสูญเสียในภาพรวม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ได้แก่ บุคคลที่ผู้สูงอายุสูญเสีย ($r = 0.49$) และระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย ($r = -0.46$) ขณะที่ปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุนหลัก ($r = -0.45$) ลักษณะการอยู่อาศัย ($r = 0.37$) และลักษณะการสูญเสีย ($r = 0.34$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนเพศ ($r = 0.25$) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสียและแหล่งสนับสนุนหลักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับท่าที่ต่อการสูญเสีย แสดงให้เห็นว่าเมื่อระยะเวลาหลังการสูญเสียผ่านไปนานขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม จะช่วยลดระดับท่าที่ต่อการสูญเสียลงได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายมิติ พบว่า ปัจจัยบุคคลที่สูญเสียมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับท่าที่ต่อการสูญเสียในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก ($r = 0.58$) ขณะที่ปัจจัยระยะเวลาที่เกิดการสูญเสียมีความสัมพันธ์เชิงลบในทุกมิติ และมีความสัมพันธ์

สูงสุดในด้านอารมณ์และความรู้สึก ($r = -0.61$) ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า ปัจจัยด้านลักษณะการอยู่อาศัยบางมิติไม่ปรากฏความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับท่าที่ต่อการสูญเสียในภาพรวม สะท้อนให้เห็นว่าท่าที่ต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากลักษณะและบริบทของการสูญเสีย รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มากกว่าปัจจัยด้านชีวภาพหรือโครงสร้างการอยู่อาศัยเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 2 ผลค่าการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation Analysis) ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์กับท่าที่ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยประชากรศาสตร์	มิติที่ 1 ด้านอารมณ์ และความรู้สึก	มิติที่ 2 ด้านความคิดและ การให้ความหมาย	มิติที่ 3 ด้านพฤติกรรม และการปรับตัว	ภาพรวม
เพศ	0.35*	0.22	0.18	0.25*
ลักษณะการอยู่อาศัย	0.42**	0.31*	0.38*	0.37*
บุคคลที่สูญเสีย	0.58**	0.47**	0.43**	0.49**
ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย	-0.61**	-0.45**	-0.32*	-0.46**
ลักษณะการสูญเสีย	0.40**	0.29*	0.33*	0.34*
แหล่งสนับสนุนหลัก	-0.47**	-0.35*	-0.52**	-0.45**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยประชากรศาสตร์ ด้านลักษณะการอยู่อาศัย บุคคลที่สูญเสีย ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย และแหล่งสนับสนุน ความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบในระดับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับท่าที่ต่อการสูญเสียในภาพรวมและทุกรายมิติ ส่วนปัจจัยด้านเพศ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับท่าที่ต่อการสูญเสียทั้งในภาพรวมและมิติด้านอารมณ์และความรู้สึก

3. จากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการรับมือการสูญเสียของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครในลักษณะ การดูแลแบบบูรณาการ ที่ผสมผสานระหว่างหลักวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับ



หลักพระพุทธศาสนาอย่างเป็นระบบ โดยมีฐานคิดสำคัญอยู่บนความเข้าใจธรรมชาติของความสูญเสียตามหลัก ไตรลักษณ์ (อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) และกระบวนการปรับตัวของมนุษย์ทั้งด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม แนวทางดังกล่าวประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่

1) การดูแลแบบเฉพาะบุคคล (Personalized Care) โดยปรับรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญ เช่น ประเภทบุคคลที่สูญเสีย ระยะเวลาหลังการสูญเสีย และแหล่งสนับสนุนทางสังคม พร้อมประยุกต์หลักพุทธธรรม ได้แก่ เวทนานุปัสสนา (การมีสติรู้เท่าทันความรู้สึกสุข ทุกข์ หรือเฉย ๆ) เมตตาภาวนา (การเจริญจิตด้วยความปรารถนาดีต่อตนเองและผู้อื่น) และ ขันติ (ความอดทนอดกลั้นต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับและจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม

2) การดูแลตามช่วงเวลา (Time-based Care) โดยจัดระดับการดูแลตามระยะเวลาหลังการสูญเสีย ให้การดูแลอย่างเข้มข้นในช่วง 2 เดือนแรกซึ่งเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีความเปราะบางทางอารมณ์สูง และค่อย ๆ ลดระดับการดูแลลงตามกระบวนการฟื้นตัว สอดคล้องกับหลัก อัมปมาทะ (ความไม่ประมาท) และการเข้าใจเหตุปัจจัยของชีวิตตามหลัก ปฏิจสุมุปาท (ความเกิดขึ้นโดยอาศัยเหตุปัจจัย)

3) การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) โดยบูรณาการการดูแลใน 3 มิติ ได้แก่ ด้านอารมณ์และความรู้สึก ด้านความคิดและการให้ความหมาย และด้านพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต โดยไม่แยกส่วนระหว่างการดูแลทางจิตใจและจิตวิญญาณ ใช้หลัก อริยสัจ 4 (ความจริงเกี่ยวกับทุกข์ เหตุแห่งทุกข์ ความดับทุกข์ และหนทางสู่ความดับทุกข์) เป็นกรอบในการทำความเข้าใจและคลี่คลายความทุกข์จากการสูญเสีย

4) การดูแลแบบเครือข่าย (Network-based Care) โดยสร้างระบบสนับสนุนหลายระดับ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน วัด และระบบบริการสุขภาพ อาศัยหลัก สังคหัตถ์ 4 (หลักการสงเคราะห์เกื้อกูลกันในสังคม) และ มิตรแท้ 4 (ลักษณะของมิตรที่เกื้อกูลต่อชีวิต) เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ ลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมการเติบโตภายหลังความโศกเศร้า (Post-bereavement Growth) แนวทางการรับมือแบบบูรณาการนี้ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมไทย



และสะท้อนบทบาทของพระพุทธศาสนาในฐานะกลไกสำคัญในการเยียวยาทางจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อีกทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการ สุขภาพ สังคม และชุมชนของประเทศไทยในปัจจุบัน

6. อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ท่าทีต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) มิติอารมณ์และความรู้สึก 2) มิติความคิดและการให้ความหมาย และ 3) มิติพฤติกรรมและการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Kübler-Ross และ Dual Process Model ของ Stroebe & Schut อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้ขยายความเข้าใจโดยนำเสนอมิติเฉพาะที่สะท้อนบริบทวัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะการสร้างพิธีกรรมไว้อาลัยที่เชื่อมโยงกับพุทธศาสนา สอดคล้องกับ Lalor et al.¹⁸ ที่พบว่าปัจจัยทางวัฒนธรรมและศาสนามีบทบาทสำคัญในสังคมเอเชีย จากการวิเคราะห์ระดับคะแนน พบว่ามิติความคิดและการให้ความหมายมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.92$) รองลงมา คือ มิติอารมณ์และความรู้สึก ($M = 3.85$) และมิติพฤติกรรมและการปรับตัวต่ำสุด ($M = 3.58$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยใช้กระบวนการทางความคิดในการรับมือกับความสูญเสียมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับ Suwankhong & Liamputtong¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุในบริบทพุทธศาสนามักใช้การให้ความหมายและการยอมรับตามหลักอนิจจังเป็นกลไกหลัก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรศาสตร์และท่าทีต่อการสูญเสีย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดคือ ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย รองลงมาคือประเภทบุคคลที่สูญเสีย ลักษณะการสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม และเพศ สอดคล้องกับ Gençöz et al.²⁰ ที่พบว่าช่วง 2–6 เดือนแรกเป็นช่วงวิกฤต การสูญเสียคู่สมรส (ร้อยละ 43.33)

18. Lalor, J. G., Devane, D., and Begley, C. M., "Cultural influences on grief and bereavement: A systematic review", *Omega: Journal of Death and Dying*, Vol. 85 No. 2 (2022), 401.

19. Suwankhong, D., and Liamputtong, P., "Grief, loss and coping among the Muslim elderly in southern Thailand following widowhood: A qualitative study", *Omega: Journal of Death and Dying*, Vol. 83 No. 4 (2021), 654.

20. Gençöz, F., Aydın, G., and Ergün-Başak, B., "Grief trajectories and their predictors among older widows: A longitudinal study", *Death Studies*, Vol. 44 No. 9 (2020), 561–571.

มีผลกระทบรุนแรงที่สุด สอดคล้องกับ Infurna et al.²¹ เนื่องจากคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่มีครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น การสูญเสียที่คาดการณ์ได้จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 61.33) ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ดีกว่า สอดคล้องกับ Anticipatory Grief Model ของ Coelho & Barbosa²² ในบริบทไทย การดูแลผู้ป่วยเป็นการสร้างบุญและทำหน้าที่ตามหลักกตัญญูทดแทนที่ ช่วยลดความรู้สึกผิดหลังการสูญเสีย การสนับสนุนจากครอบครัว (ร้อยละ 42.00) เป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญ สอดคล้องกับ Bergman et al.²³ จากผลการหาความสัมพันธ์ดังตารางที่ 1 พบว่า ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ บุคคลที่สูญเสีย ระยะเวลาที่เกิดการสูญเสีย แตกต่างจาก Pai & Carr²⁴ ในบริบทตะวันตก อาจเกิดจากผู้สูงอายุไทยแม้อยู่คนเดียวทางกายภาพ แต่ยังมีเชื่อมโยงทางอารมณ์กับครอบครัว และชุมชนผ่านวัด ชุมชน และกิจกรรมต่างๆ

แนวทางการดูแล การวิจัยนำไปสู่การพัฒนา 4 แนวทางหลัก คือ (1) การดูแลแบบเฉพาะบุคคลที่คำนึงถึงประเภทบุคคลที่สูญเสียและแหล่งสนับสนุน สอดคล้องกับ Personalized Medicine²⁵ (2) การดูแลตามช่วงเวลาที่เหมาะสมใน 2 เดือนแรก สอดคล้องกับแนวคิด “หน้าต่างวิกฤต”²⁶ (3) การดูแลแบบองค์รวมที่บูรณาการกาย

21. Infurna, F. J., Gerstorf, D., and Zarit, S. H., “Spousal loss and health in late life: Moving beyond emotional trauma to a broader understanding of risk and resilience”, *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol. 78 No. 1 (2023), 3.
22. Coelho, A., and Barbosa, A., “Anticipatory grief in palliative care: Prevalence and psychosocial correlates”, *Palliative and Supportive Care*, Vol. 18 No. 6 (2020), 667.
23. Bergman, E. J., Haley, W. E., and Small, B. J., “The role of social support in adjusting to widowhood among older adults”, *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 77 No. 3 (2022), 456–467.
24. Pai, M., and Carr, D., “Living arrangements and bereavement outcomes among older widowed persons”, *The Journals of Gerontology: Series B*, Vol. 76 No. 7 (2021), 1464.
25. Fried, E. I., and Robinaugh, D. J., “Systems all the way down: Embracing complexity in mental health research”, *BMC Medicine*, Vol. 18 No. 1 (2020), 1.
26. Aoun, S. M., Rumbold, B., Howting, D., et al., “Bereavement support for families following the death of a family member: A comparative study”, *Palliative Medicine*, Vol. 34 No. 4 (2020), 525.



จิต และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ Biopsychosocial-Spiritual Model²⁷ โดยเฉพาะ มิติจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงหลักไตรลักษณ์และการปล่อยวาง และ (4) การดูแลแบบ เครือข่ายหลายระดับ สอดคล้องกับ Social Ecological Model²⁸ ซึ่งเหมาะสมกับ บริบทกรุงเทพฯ ที่มีความหลากหลายของทรัพยากร แนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับ Meaning Reconstruction in Bereavement ของ Neimeyer et al.²⁹ ที่เน้นการ สร้างความหมายใหม่เป็นกุญแจสำคัญในการฟื้นตัว

7. องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

โมเดลการรับมือความสูญเสียของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้ เป็นโมเดล เชิงบูรณาการที่อธิบายการรับมือความสูญเสียในฐานะกระบวนการพลวัตทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยตั้งอยู่บนการผสมผสานกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาสมัยใหม่ กับหลักพระพุทธศาสนา โดยเฉพาะความเข้าใจธรรมชาติของความสูญเสียตาม หลักไตรลักษณ์ โมเดลเสนอว่าท่าทีต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากปัจจัย ประชาการศาสตร์เพียงอย่างเดียว แต่ได้รับอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญจากบุคคลที่สูญเสีย ระยะเวลาหลังการสูญเสีย และระดับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การตอบสนองต่อความสูญเสียประกอบด้วยสาม มิติหลัก ได้แก่ มิติด้านอารมณ์และความรู้สึก มิติด้านความคิดและการให้ความหมาย และมิติด้านพฤติกรรมและการปรับตัว โดยมิติด้านอารมณ์และความคิดมีความเข้ม ในระดับสูง ขณะที่มิติด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนความจำเป็นของ กลไกการดูแลที่ช่วยเชื่อมการรับรู้ภายในสู่การปรับตัวในชีวิตจริง โมเดลจึงเสนอการ

-
27. Beng, T. S., Chin, L. E., Guan, N. C., et al., "The experiences of suffering and dealing with loss: A qualitative study in palliative care patients", *BMC Palliative Care*, Vol. 20 No. 1 (2021), 1.
 28. Morris, S. E., Moment, A., and Thomas, J. D., "Social ecological influences on bereavement outcomes: A narrative review", *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, Vol. 18 No. 1 (2022), 41.
 29. Neimeyer, R. A., Klass, D., and Dennis, M. R., "Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program", *Death Studies*, Vol. 47 No.- 1 (2023), 1.

ดูแลแบบบูรณาการที่ครอบคลุมการดูแลเฉพาะบุคคล การดูแลตามช่วงเวลา การดูแลแบบองค์รวม และการดูแลแบบเครือข่าย โดยอาศัยหลักพุทธธรรมเป็นกรอบในการเยียวยาและเสริมสร้างความเข้าใจความทุกข์ ในภาพรวม โมเดลนี้ชี้ให้เห็นว่าการรับมือความสูญเสียของผู้สูงอายุต้องอาศัยการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตและวัฒนธรรมไทย เพื่อส่งเสริมการยอมรับความสูญเสียอย่างมีสติ การปรับตัวอย่างสมดุล และการเติบโตหลังความโศกเศร้าอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 โมเดลการรับมือความสูญเสียของผู้สูงอายุ: ผสานจิตวิทยาและวิถีพุทธ

8. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 ด้านระบบบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์หน่วยงานด้านสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ในกรุงเทพมหานครควรพัฒนาระบบคัดกรองและติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะความโศกเศร้าที่ซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ที่สูญเสียคู่สมรส อยู่ในช่วง 0-2 เดือนหลังการสูญเสีย และมีการสนับสนุนทางสังคมจำกัด พร้อมทั้งบูรณาการ



ข้อมูลระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาล และสำนักงานเขต เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบบูรณาการองค์การที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์ผู้สูงอายุ วัด และชมรมผู้สูงอายุ ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร โดยบูรณาการความรู้ด้านจิตวิทยาความโศกเศร้ากับหลักพระพุทธศาสนา เช่น เมตตาภาวนา เวทนานุปัสสนา และสังคหวัตถุ 4 เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงหน่วยงานทางโลกและทางศาสนา

1.3 ด้านการประยุกต์ใช้หลักพระพุทธศาสนา ควรส่งเสริมบทบาทของวัดและพระสงฆ์ในการเยียวยาจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่ประยุกต์หลักพุทธธรรม เช่น ไตรลักษณ์ อริยสัจ 4 และไตรสิกขา ร่วมกับการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับความสูญเสียและปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวทางการดูแลแบบบูรณาการเชิงพุทธ โดยใช้การวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบผลด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.2 ควรศึกษาเปรียบเทียบทำที่ต่อการสูญเสียของผู้สูงอายุระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท รวมถึงศึกษาบทบาทของหลักธรรม พิธีกรรม และการปฏิบัติทางพระพุทธศาสนาที่มีผลต่อการรับมือกับความสูญเสียในบริบทสังคมไทย

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาชีวิตและความตาย ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย รหัส MCU RS 800767137



รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565–2579). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2565.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). พุทธธรรม. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2554.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตเมือง. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติประชากรกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. “บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ”. *วารสารสังคมศาสตร์*. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (2564), 45–62.
- Aoun, S. M., Rumbold, B., Howting, D., et al. “Bereavement support for families following the death of a family member: A comparative study”. *Palliative Medicine*. Vol. 34 No. 4 (2020), 525–535.
- Analayo. *Satipaṭṭhāna: The Direct Path to Realization*. Birmingham: Windhorse, 2003.
- Bhikkhu Bodhi. *The Noble Eightfold Path: Way to the End of Suffering*. Kandy: Buddhist Publication Society, 2011.



- Beng, T. S., Chin, L. E., Guan, N. C., et al. “The experiences of suffering and dealing with loss: A qualitative study in palliative care patients”. *BMC Palliative Care*. Vol. 20 No. 1 (2021), 1–12.
- Bergman, E. J., Haley, W. E., and Small, B. J. “The role of social support in adjusting to widowhood among older adults”. *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 77 No. 3 (2022), 456–467.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., et al. “Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss”. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 83 No. 5 (2002), 1150–1164.
- Coelho, A., and Barbosa, A. “Anticipatory grief in palliative care: Prevalence and psychosocial correlates”. *Palliative and Supportive Care*. Vol. 18 No. 6 (2020), 667–675.
- Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J. W., and Plano Clark, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE, 2018.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., and Buchner, A. “G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences”. *Behavior Research Methods*. Vol. 39 No. 2 (2007), 175–191.
- Fried, E. I., and Robinaugh, D. J. “Systems all the way down: Embracing complexity in mental health research”. *BMC Medicine*. Vol. 18 No. 1 (2020), 1–4.
- Gençöz, F., Aydın, G., and Ergün-Başak, B. “Grief trajectories and their predictors among older widows: A longitudinal study”. *Death Studies*. Vol. 44 No. 9 (2020), 561–571.



- Infurna, F. J., Gerstorf, D., and Zarit, S. H. “Spousal loss and health in late life: Moving beyond emotional trauma to a broader understanding of risk and resilience”. *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 78 No. 1 (2023), 3–14.
- Jacobs, S., Hansen, F., Berkman, L., et al. “Depression of bereavement”. *Comprehensive Psychiatry*. Vol. 30 No. 3 (1989), 218–224.
- Kristjanson, L. J., and Aoun, S. “Palliative care for families: Remembering the hidden patients”. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 49 No. 6 (2004), 359–365.
- Kübler-Ross, E. *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969.
- Lalor, J. G., Devane, D., and Begley, C. M. “Cultural influences on grief and bereavement: A systematic review”. *Omega: Journal of Death and Dying*. Vol. 85 No. 2 (2022), 401–425.
- Morris, S. E., Moment, A., and Thomas, J. D. “Social ecological influences on bereavement outcomes: A narrative review”. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*. Vol. 18 No. 1 (2022), 41–59.
- Neimeyer, R. A., Klass, D., and Dennis, M. R. “Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program”. *Death Studies*. Vol. 47 No. 1 (2023), 1–15.
- Pai, M., and Carr, D. “Living arrangements and bereavement outcomes among older widowed persons”. *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 76 No. 7 (2021), 1464–1475.
- Parkes, C. M. *Bereavement: Studies of grief in adult life*. 3rd ed. London: Routledge, 1996.
- Stroebe, M., and Schut, H. “The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description”. *Death Studies*. Vol. 23 No. 3 (1999), 197–224.



Stroebe, M., Schut, H., and Stroebe, W. “Health outcomes of bereavement”.

The Lancet. Vol. 370 No. 9603 (2007), 1960–1973.

Suwankhong, D., and Liangputtong, P. “Grief, loss and coping among the Muslim elderly in southern Thailand following widowhood: A qualitative study”. *Omega: Journal of Death and Dying*. Vol. 83 No. 4 (2021), 654–674.

Worden, J. W. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 5th ed. New York: Springer, 2018.

World Health Organization. *Ageing and health*. Geneva: World Health Organization, 2022.

Zisook, S., and Shear, K. “Grief and bereavement: What psychiatrists need to know”. *World Psychiatry*. Vol. 8 No. 2 (2009), 67–74.