

การศึกษาความว่าเหวโนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF LONELINESS IN HOSPITALIZED OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESSES



Lt. Nussara Ninseang

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาความว้าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
โดย	ร.อ.หญิงนุศรา นิลแสง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศัลโกสม)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

6077178536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: OLDER PERSON, LONELINESS, HOSPITALIZED, CHRONIC ILLNESSES

Nussara Ninseang : A STUDY OF LONELINESS IN HOSPITALIZED OLDER PERSONS WITH CHRONIC ILLNESSES.

Advisor: Assoc. Prof. Capt. Siriphan Sasat, Ph.D.

This survey research aimed to study loneliness in hospitalized older persons with chronic illnesses and to study and compare variables between age, sex, personality, length of stay, number of visits of relatives, activity of daily living, self-esteem, and social support and loneliness in hospitalized older persons with chronic illnesses. Participants consisted of 400 hospitalized older persons with chronic illnesses in inpatient department in tertiary public hospitals, Bangkok Metropolis, and were selected by using multi-stage random sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, Barthel ADL Index, Culteral-Free Self-Esteem Inventory (CFSEI-2), Maudsley Personality Inventory (MPI), Social Support, and the Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathectic Investment (SMLC) which were tested for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficients were 0.83, 0.92, 0.85, 0.81 and .86 respectively. Data were analysed by using descriptive statistics, independent t-test and one-way ANOVA. The findings were as follows:

1. Loneliness of the hospitalized older persons with chronic illnesses was at low level (60.5%), follow by high level (10%)

2. The variables related to hospitalized older persons with chronic illnesses were age at young old group (60-69 years), sex with almost equal in number of males and females, had the most expressive and sensitive personality (95%), the average length of stay of 10.3 days, the most number of visits of their relatives was 2 times a day (46.3%), perform daily activities at a low level (42.50%), had low self-esteem (57.75%), and feel that social support is at a high level (70%).

3. Loneliness in hospitalized older persons with chronic illnesses was significantly different by age, sex, length of stay, number of visits of relatives, activity of daily living, self-esteem, and social support at the level of 0.05, but personality was not significantly different. The oldest-old (aged 80 years and older) were lonelier than the others aged group. Females were lonelier than males. Those who had relative visited 3 times a day, low daily activities, high level of self-esteem, and those with a high level of social support were found more loneliness.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาทั้งในราชการและนอกราชการคอยชี้แนะแนวทางพร้อมให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความรักความห่วงใยและเอาใจใส่พร้อมให้กำลังใจ สนับสนุนและติดตามความก้าวหน้าในการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านอาจารย์ ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถชยากร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์แพทย์โศภน ชาญสมบัติ คุณชูลี ภูทอง และคุณพันธ์ทิพย์ วรราช ที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ฝึกฝนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ รู้จักคิดวิเคราะห์ จนสามารถเลือกสิ่งที่มีประโยชน์และมีความน่าเชื่อถือมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งกัลยาณมิตรและเจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ความช่วยเหลือและกำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี และนายแพทย์ใหญ่ (สบ. 8) โรงพยาบาลตำรวจ คณะกรรมการจริยธรรมกรรมการวิจัยในคนทุกท่าน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในและบุคลากรทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

นุศรา นิลแสง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ช	ช
บทที่ 1 บทนำ.....1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
คำถามการวิจัย.....4	4
วัตถุประสงค์การวิจัย.....4	4
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....5	5
สมมติฐานการวิจัย.....8	8
ขอบเขตของการวิจัย.....8	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....9	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....11	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....12	12
1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....13	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง.....15	15
3. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ.....18	18
4. แนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....24	24
5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล.....35	35

6. บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	36
7. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	38
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	56
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	80
อภิปรายผลการวิจัย.....	82
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	86
บรรณานุกรม.....	88
ภาคผนวก.....	97
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	98
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	100
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	104
ภาคผนวก ง เอกสารแจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมและเอกสารพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง.....	107
ภาคผนวก จ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
ประวัติผู้เขียน.....	119



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล	49
ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตาม อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลาอนโรพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ (n = 400)	50
ตารางที่ 3 การปรับปรุงแบบประเมินบุคลิกภาพ MPI ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	57
ตารางที่ 4 การปรับปรุงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	58
ตารางที่ 5 การปรับปรุงแบบวัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	58
ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม	61
ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามระดับความวิตกกังวล	65
ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ และความวิตกกังวล	65
ตารางที่ 9 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	67
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างเพศชายและหญิง	70
ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบระหว่างแบบของบุคลิกภาพในแต่ละมิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	70
ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน	71

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา (Christensen, et al., 2010) โดยพบว่าผู้สูงอายุในแถบประเทศยุโรปเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังร้อยละ 87 โดยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคเนื้องอก (GBD, 2017) สำหรับประเทศไทยนั้นเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 79.1 จำแนกเป็นเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 และโรคเบาหวานร้อยละ 22 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: มส.ผส., 2559) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของวัยสูงอายุ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2558) สวมใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เปื้อนอยู่ โดยพบผู้สูงอายุนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้งในแต่ละปี และมีจำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล 1-6 โรค โรคที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคหลอดเลือดสมองและโรคระบบประสาทตามลำดับ (ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ, 2555)

เนื่องจากโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและความต่อเนื่องในการรักษา (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2554) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุ (เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์และจินตนา ยูนิพันธ์ุ, 2536; Wakefield & Holman, 2007) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากจะมีอาการของโรคที่รุนแรง บางครั้งมีอาการอยู่ในขั้นวิกฤต ต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีการทำหัตถการที่เร่งด่วน จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติที่เข้าเยี่ยม โดยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 20 เกิดความว้าเหว ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น (Löfvenmark et al., 2009; Petite, et al., 2015)

นอกจากการรับการรักษาในภาวะวิกฤตแล้ว วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยยาวนานกว่าวัยอื่นๆ โดยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.22 วัน (มส.ผส., 2551) และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 11.87 วันใน ปี 2554 (บุศรา ศรีคำเวียงและคณะ, 2554) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดความว้าเหวขึ้นได้ (Huckstadt, 2002; Balfour and Lange, 2012) อีกทั้งในปัจจุบันโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.7 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม,

2561) ขนาดของครอบครัวเล็กลง จำนวนบุตรหลานที่มาเยี่ยมและเฝ้าอาการเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงลดลงตามไปด้วย บุตรหลานที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน (ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ, 2555) ไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มาเยี่ยมเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพียงลำพัง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่กลายเป็นผู้ป่วย ต้องเผชิญกับการตรวจรักษาต่างๆ ต้องพึ่งพาศูนย์คนอื่นมากขึ้น (Kiliçkaya et al., 2016) รวมไปถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Rodger, 1989; Profitt and Bryne, 1993) การพบบุคคลแปลกหน้า ถูกรบกวนการนอนหลับ ความเจ็บปวด การได้รับอาหารที่ไม่ชอบ (Huckstadt, 2002) เป็นต้น

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว ในด้านร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) นำไปสู่พฤติกรรมแยกตัว (Steptoe et al., 2013) ภาวะซึมเศร้า (Luanaigh et al., 2008) และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุดได้ (Hawley and Caciappo, 2010) ด้านจิตใจผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นต้องเผชิญกับความรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจ (Rodgers, 1989) รู้สึกสะเทือนใจ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ต้องพลัดพรากจากบุคคลในครอบครัว เกิดความรู้สึกสูญเสีย และแปรเปลี่ยนเป็นความว่าเหว่เกิดขึ้นตามมา (Ryan, 1998; Huckstadt, 2002) ในด้านสังคมเศรษฐกิจ ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นรายได้ครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือจ้างผู้ดูแลเมื่อต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองต้องเป็นภาระของครอบครัว รู้สึกตนเองไร้ค่า บุคคลในครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้เกิดช่องว่างในครอบครัวได้ (Steptoe et al., 2013)

ความว่าเหว่ (Loneliness) เป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยที่เป็นการยึดมั่นของผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม และนำไปสู่การเกิดความว่าเหว่ตามมา (Francis, 1981) ซึ่งความว่าเหว่พบได้มากในวัยสูงอายุ (Pinquart and Sorensen, 2001) ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ และมีอาการกำเริบของโรคจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องถูกแยกจากคู่สมรส บุคคลในครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย นำไปสู่การเกิดความว่าเหว่ขึ้นได้

ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ทั้งจากญาติและบุคลากรของโรงพยาบาล ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก (Profitt and Bryne, 1993; Ryan, 1998) จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ (Çiraci, et al., 2016) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Profitt and Bryne, 1993; Balfour and Lange, 2012) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความว่าเหว นอกจากนี้ยังพบว่า การเข้าพักในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยพิเศษเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุเช่นกัน (Sing, et al., 2016) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความว่าเหวของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล (เพ็ญโพยม เขยสมบัติ, 2547) จำนวน 1 เรื่อง การศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุ จำนวน 4 เรื่อง แบ่งเป็นในชุมชน 2 เรื่อง (ชุลีกร ปัญญา, 2557; สมหมาย กุมพันธ์, 2559) ในสถานสงเคราะห์คนชรา 1 เรื่อง (ลิณชญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์, 2558) ในแผนกผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง (ศตพร เททยานรงค์, 2558) และมีการศึกษาการจัดกระทำทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 5 เรื่อง แบ่งเป็นในชุมชน 2 เรื่อง (อนัญญา เหล่ารินทอง, 2558; อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร, 2560) ในสถานสงเคราะห์คนชรา 2 เรื่อง (พัชรี แวงวรรณ, 2553; รพีพรรณ สารสมิคร, 2558) และในแผนกผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง (วารากุล บุญธรรม, 2560)

จะเห็นได้ว่า มีการศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 1 การศึกษาของเพ็ญโพยม เขยสมบัติ (2547) โดยพบว่าความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.95, S.D. = .37) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันสังคมและความเป็นอยู่ของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยเมื่อปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.7 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2561) ส่งผลให้โครงสร้างประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น แต่ขนาดของครอบครัวเล็กลง จำนวนบุตรหลานที่มาเยี่ยมและเฝ้าอาการเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงลดลงตามไปด้วย บุตรหลานที่เป็นผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน (ผ่องพรรณ อรุณแสงและคณะ, 2555) ไม่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา มาเยี่ยมเป็นครั้งคราว ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพียงลำพัง ถูกจำกัดกิจกรรม ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม จัดเป็นความว่าเหวชนิดทุติยภูมิที่เกิดจากการแยกจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก (Rodger, 1989) และจากการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนในวัยสูงอายุ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ต้องเข้ารับการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ มักพบผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ด้วยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง มีพันธกิจที่ต้องรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่มี

ขนาดเล็กกว่าในเครือข่ายเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงต้องมาจากต่างจังหวัด ต่างอำเภอ เพื่อมารับการรักษาเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่ง ต้องแยกจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก จึงคาดว่าผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาอาจมีความว่าเหว่เกิดขึ้นได้และระดับความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากการศึกษาเดิม

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในส่วนนี้จึงต้องการศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล เนื่องจากยังมีองค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานและหลักฐานในการสนับสนุนการศึกษาและการนำไปใช้ทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ

คำถามการวิจัย

1. ความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
3. ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อจำแนกตามตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษา อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระหว่าง อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาล

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ต้องปรับบทบาทตนเอง และมีความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพ และป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย แยกจากคู่สมรส ต้องอยู่เพียงลำพัง แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง รู้สึกสะเทือนใจ รู้สึกถูกทอดทิ้ง ต้องพลัดพรากจากบุคคลในครอบครัว รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ซึ่งความว่าเหวนั้นเป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ที่เป็นการยึดมั่นของผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม หากไม่ได้รับการแก้ไข จะนำไปสู่พฤติกรรมแยกตัว เกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้ ทำให้การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ที่จะนำไปสู่การเกิดความว่าเหว และเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการเกิดความว่าเหวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีทั้งสิ้น 14 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ บุคลิกภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่เลือกตัวแปรสถานภาพและความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องจากไม่พบอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุ (สมหมาย กุมพันธ์, 2559) ส่วนตัวแปรรายได้ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และตัวแปรภาวะอารมณ์ได้แบ่งเป็นภาวะอารมณ์ในหลายด้าน เช่น ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกและเชิงลบกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ ($r = .682$, $r = -1.96$ ตามลำดับ) (เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547) ส่วนตัวแปรความเพียงพอของรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในระดับต่ำ ($r = -2.62$) (ศตพร เทยาณรงค์, 2558) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ ($r = -.239$) (ลัญญา พิมพันธ์ชัยบุลย์, 2558)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและการเข้านอนพักในโรงพยาบาลเท่านั้น ประกอบด้วย 8 ตัวแปร ดังต่อไปนี้

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ที่ส่งผลต่อการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต แม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยเสื่อมถอยของ

ร่างกาย จะยังสามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ดี เกิดความภาคภูมิใจ มีความมั่นคง หากที่ผ่าน มาผู้สูงอายุรู้สึกผิดหวังและอยากย้อนกลับไปอดีต จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหา ทางด้านจิตใจ และผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว่าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (Arslantas et al, 2015) ร่วมกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมไปในทางที่เสื่อมถอย อาจแปลความหมายผิดไป ทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Sorrell, 2010)

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่า ชาย จากการที่เพศหญิงมีประสบการณ์การพร่องทางสังคมน้อยกว่าเพศชาย จากการต้องดูแลสมาชิก ในครอบครัว จึงขาดการติดต่อกับกลุ่มเพื่อน (Komurcu et al., 2014; Dong and Chen, 2017) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่อายุ 60- 80 ปี พบว่า เพศชายมีความว่าเหว มากกว่าเพศหญิง จากการสูญเสียคู่ชีวิต จากการที่เพศชายได้รับบทบาทให้เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อ ต้องขาดหรือห่างจากคู่ชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดความ ว่าเหวได้ (Nicolaisena and Thorsen, 2014)

บุคลิกภาพ เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล เป็นองค์ประกอบโดยรวมจากแนวคิด ความรู้สึก ที่ จะปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ แสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรม (Eysenck, 1959) ผู้ ที่มีบุคลิกภาพเก็บตัวมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพเปิดเผย (Schermer and Martin, 2019) และผู้ที่มีบุคลิกภาพที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีอารมณ์อ่อนไหวมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้ มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ (Abdellaoui, et al., 2019) เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บุคลิกภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ ก่อให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Tiwari, 2013)

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เป็นประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีผล ต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วย และจำนวน วันมีผลต่อการเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Huckstadt, 2002) ทำให้ เกิดความเครียด ความวิตกกังวลสูงได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และการ รักษาที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถ ปรับตัวได้ จะส่งผลทำให้เกิดความว่าเหวได้ (Proffitt and Bryne, 1993; Balfour and Lange, 2012).

จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ การเข้าเยี่ยมของญาติมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จำนวนการเข้าเยี่ยมจึงส่งผลต่อการเกิดความว่าเหว (Griffin, 2010; WRVS, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ต้องการเป็นคนสำคัญ หากมีจำนวนการเข้า เยี่ยมของญาติน้อย หรือไม่ได้รับการเข้าเยี่ยม ส่งผลให้เกิดความว่าเหวขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวน ครั้งของการเข้าเยี่ยมมากกว่า (Çiraci, et al., 2016)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัยสูงอายุเป็นวัยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไป เมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ บทบาท และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดความว้าเหวขึ้น (Miri, 2017) รวมทั้งวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปและนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือสูญเสียไป ทำให้รู้สึกตนเองว่าถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ส่งผลให้เกิดความว้าเหวได้ (McInnis and White, 2001)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกหมดหวัง สูญเสียพลังอำนาจ เศร้า รู้สึกผิด คับข้องใจ ไร้คุณค่า และแยกตัว นอกจากนี้ยังแสดงออกเป็นอาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า เบื่ออาหาร ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัว ทำให้เกิดความว้าเหวได้มากที่สุด (เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547; Hyland, 2018)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตนซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีกำลังใจ ขณะเดียวกันหากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจจากการถูกละเลย สูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดการแยกตัว ส่งผลให้เกิดความว้าเหวได้ (เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547; Çiraci et al., 2016) และการสนับสนุนจากคู่ชีวิต บุคคลในครอบครัว ในด้านต่างๆ ก็สามารถลดการเกิดความว้าเหวได้ (Chalise, et al., 2010)

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปด้วยอาการเฉียบพลันหรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง จากการวินิจฉัยของแพทย์ เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ด้วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง

ตัวแปรต้น

1. อายุ
 - 1.1 วัยสูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)
 - 1.2 วัยสูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)
 - 1.3 วัยสูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)
2. เพศ
 - 2.1 เพศชาย
 - 2.2 เพศหญิง
3. บุคลิกภาพ
 - 3.1 บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – อ่อนไหวทางอารมณ์
 - 3.2 บุคลิกภาพที่แบบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์
 - 3.3 บุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์
 - 3.4 บุคลิกภาพแบบแสดงออก – มั่นคงทางอารมณ์
4. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
 - 4.1 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-10 วัน
 - 4.2 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วัน

- 4.3 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน
- 4.4 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน
- 4.5 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไป
5. จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ
 - 5.1 การเข้าเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน
 - 5.2 การเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน
 - 5.3 การเข้าเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน
 - 5.4 การเข้าเยี่ยมของญาติ 6 ครั้งต่อวัน
6. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 6.1 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ
 - 6.2 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง
 - 6.3 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 7.1 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง
 - 7.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
 - 7.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ
8. การสนับสนุนทางสังคม
 - 8.1 การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง
 - 8.2 การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง
 - 8.3 การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ

ตัวแปรตาม คือ ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความว่าเหวในผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยของผู้ป่วยที่ยึดมั่นถ้อยมั่นและมีความหมายแห่งใจเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม ประเมินโดยใช้แบบประเมินความว่าเหว Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathetic investment (SMLC) ของ Francis (1976) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดยสถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทั้งหมด 16 ข้อ

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง และโรคมะเร็ง ป่วยนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน หรือ 90 วัน และเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

อายุ หมายถึง จำนวนปีตามปฏิทินของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากเกิน 6 เดือน ถือว่าเป็น 1 ปี คิดเป็นจำนวนตามปีบริบูรณ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปี ขึ้นไป)

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง โดยแบ่งออกเป็น เพศชาย และเพศหญิง

บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบโดยรวมจากแนวคิด ความรู้สึก ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ แสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรม ประเมินโดยใช้แบบวัดบุคลิกภาพ (The Maudsley Personality Inventory: MPI) ของ Eysenck (1959) แปลเป็นภาษาไทยโดย สมทรง สุวรรณเลิศ (2512) มีทั้งหมด 48 ข้อ ใช้ประเมินบุคลิกภาพ 2 มิติ ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน คือ บุคลิกภาพแสดงออก และเก็บตัว (Extraversion-Introversion) คือ Scale-E และบุคลิกภาพที่อ่อนไหวทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism-Stability) คือ Scale-N โดยแบ่งออกเป็น 4 บุคลิกภาพ ได้แก่ 1) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-อ่อนไหวทางอารมณ์ 2) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-มั่นคงทางอารมณ์ 3) บุคลิกภาพแบบแสดงออก-อ่อนไหวทางอารมณ์ 4) บุคลิกภาพแบบแสดงออก-มั่นคงทางอารมณ์

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 5 ช่วงเวลา ได้แก่ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-10 วัน, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วัน, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไป

จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ หมายถึง ความถี่ที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยนับเป็นจำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมต่อวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การขึ้นลงบันได ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Barthel and Mahoney (1965) ที่แปลและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542)

มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีต่อตนเอง การยอมรับตนเองว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg (1965) แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Sasat et al. (2002) มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในขณะที่ยังนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เช่น ญาติ ผู้ดูแล พยาบาล แพทย์ ทั้งในรูปแบบช่วยเหลือและการปกป้อง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่แปลและดัดแปลงโดย มธุรส จันทร์แสงสี (2540) มีทั้งหมด 14 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความชุกของความหวาดในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาล
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องความหวาดของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวาดในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดการศึกษาตามหัวข้อ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 วิธีความเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - 2.3 ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของความว่าเหว
 - 3.2 ประเภทของความว่าเหว
 - 3.3 ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 3.4 ลักษณะของผู้ที่มีความว่าเหว
 - 3.5 การประเมินความว่าเหว
4. แนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 4.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 4.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล
 - 5.1 ความหมาย
 - 5.2 ผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาล
6. บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล
7. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับปี พ.ศ. 2546) และมีลักษณะของความสูงอายุ 4 ลักษณะ คือ เป็นสิ่งที่ปรากฏทั่วไป (universal) มีการดำเนินอย่างก้าวหน้า (progressive) เป็นความเสื่อม (detrimental) และเกิดจากปัจจัยภายใน (intrinsic factor) (Goldman, 1988) ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่า ความสูงอายุเป็นความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในที่มีการดำเนินอย่างต่อเนื่องและปรากฏให้เห็น พอสรุปได้ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ในผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ผิวหนังบางลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงข้อจำกัด มีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง นอนได้น้อยลง การมองเห็นลดลง สายตายาว ได้ยินลดลง มีอาการหูตึง ส่งผลให้การแปลความผิดไป นำไปสู่การเกิดความว้าวุ่นได้ ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกอักเสบ รากฟันร่นลงทำให้ฟันยาวขึ้น ต่อม้ำลายเสื่อมหน้าที่ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้อในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น ร่วมกับน้ำหนักต่อมไธมอลลดลง การผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ต่อมไทรอยด์มีเนื้อเยื่อพังผืดสะสมมากขึ้น มีการทำงานลดลง ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลดลงได้

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในวัยสูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ การสื่อสารที่มีความเสื่อมตามวัย ทำหน้าที่ได้ลดลง เช่น การได้ยิน การมองเห็น เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้วัยสูงอายุเกิดความว้าวุ่นได้มากกว่าวัยอื่น ๆ

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม มีผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเริ่มวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกกลัว และวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข โดยจะนำไปสู่การพึ่งพาคือคนอื่นอย่างช้าๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม การที่ผู้สูงอายุพยายามมีส่วนร่วมในสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การเลือกสรรสิ่งหรือกิจกรรมที่เหมาะสม และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ ผู้ที่ประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัย และสถานะของตน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาทางจิตในวัยสูงอายุ มีดังต่อไปนี้ 1) ด้านบุคลิกภาพ (personality) ในวัยสูงอายุบุคลิกภาพมักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงไปจาก

เดิม การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไปของวัยสูงอายุ รวมทั้งการรับรู้ความมีอายุและการยอมรับของสังคม 2) ด้านสมรรถภาพ (competence and performance) ผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้ไปปฏิบัติลดลง 3) ด้านเจตคติ ความสนใจ และคุณค่า (attitudes, interests and values) จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติ และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งง่าย แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุนำรู้เรื่องราวใหม่ ๆ และ 4) ด้านการรับรู้ตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า (self-concept and self-esteem) ถ้าเป็นไปในทางบวก จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลมาจากกระบวนการคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม รวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับงานและสังคมของผู้สูงอายุด้วย

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต หากผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ที่ดี จะส่งผลให้รับรู้ว่าคุณค่า มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง แต่หากได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดี จะนำไปสู่การมีเจตคติที่ไม่ดีต่อตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นำไปสู่การเกิดความว่าเหวไถ้ง่าย

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ในการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเหินห่าง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น เจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดวิชาความรู้ อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต การเคารพนับถือและการกตัญญูลดน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังคงมีความคิดคงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง จึงทำให้เกิดการ

ต่อต้านความคิดใหม่ๆ เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้นกลายเป็นคนล้าสมัย ทำให้ลูกหลานไม่ยอมเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว จึงแยกตัว และเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

1.3.4 การปลดเกษียณ หรือการออกจากงานเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากทำให้บุคคลมีความมั่นคงและมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ การปลดเกษียณหรือออกจากงาน ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุค่อยๆ ถอยตัวออกจากงานและเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นที่ทันใดที่ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทัน จะทำให้เกิดการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้ หลังปลดเกษียณหรือออกจากงาน และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวได้

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่งผลกระทบต่อวัยสูงอายุเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องเผชิญการรักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นำไปสู่การเกิดความว้าเหวได้ ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

2. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญและจัดการตัวเองกับความเจ็บป่วยเป็นระยะยาวนาน มักมีการดำเนินต่อไปอย่างช้าๆ แบบไม่หยุดยั้ง จากสถิติโลกโรคเรื้อรัง ตัวอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเรื้อรังในระบบหายใจและเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ อย่างต่อเนื่องมายาวนาน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ข้อมูล WHO GLOBAL Status Report Non-communicable Diseases-NCDs 2010 (GSR 2010) ว่า ในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังถึง 36 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 48 โรคมะเร็ง ร้อยละ 21 โรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 12 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3 รวมทั้งหน่วยงาน GSR 2010 ได้สนับสนุนกรอบในการทำงานเพื่อติดตาม ลดปัจจัยเสี่ยง และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมทั้งความสามารถและความรับผิดชอบในการประเมินและจัดการโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ (WHO, 2013)

2.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีหน่วยงานและนักวิชาการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเรื้อรังไว้ สรุปได้ดังนี้

Garrison (2000 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่อง

นานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและทางเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

Adelman (2001) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจที่ต้องการการติดตามและหรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นการรวมอาการเข้าด้วยกันที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อน และปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากการมีชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากแนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ จึงหมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคจากกลุ่มโรคเหล่านี้ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังแล้วส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จากการทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดังเดิมได้ ยิ่งก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตาม สังเกตอาการและการดูแลติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่หลากหลายและซับซ้อน ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

2.2 วิธีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

วิธีของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง (Trajectory of chronic illness) ได้ถูกสร้างหรือพัฒนาโดย Corbin and Strauss (1980 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2554) เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจกับประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและสามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิธีของความเจ็บป่วยจะสามารถอธิบายถึงความต่อเนื่องของการดำเนินโรคเรื้อรัง แต่การดำเนินโรคไม่ได้เป็นไปตามระยะต่าง ๆ ที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนหรือเส้นตรง แต่สามารถย้อนกลับไปได้ นอกจากนี้ในแต่ละระยะมีช่วงเวลาที่ไม่น่าอนขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภูมิหลังหรือพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อและประสบการณ์ชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับระบบการดูแลจากทีมงานด้านสุขภาพ วิธีของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แบ่งเป็น 9 ระยะได้แก่ 1) ระยะเริ่มแรก หรือระยะป้องกัน (pretrajectory phase) 2) ระยะเกิดอาการและอาการแสดงของโรคปรากฏขึ้นและมีการวินิจฉัยโรค (trajectory phase) 3) อาการแสดงความเจ็บป่วยอยู่ภายใต้การควบคุมและจัดการ (stable phase) 4) ระยะขาดความสามารถในการรักษาหรือควบคุมอาการที่เกิดขึ้น (unstable phase) 5) ระยะที่เกิดความรุนแรงและอาการแสดงรวมทั้งอาการแทรกซ้อนที่ไม่สามารถบรรเทาได้ (acute phase) 6)

ระยะที่ชีวิตถูกคุกคามและต้องการการรักษาที่เร่งด่วน (crisis phase) 7) ระยะที่มีการย้อนกลับของความเจ็บป่วยในช่วงที่มีการควบคุมโรคได้ทีละชนิดและเป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าเกิดการเจ็บป่วย (comeback) 8) ระยะที่มีอาการแสดงความเจ็บป่วย และความพิการเพิ่มขึ้น (downward phase) และ 9) ระยะที่อาการและความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนกระทั่งร่างกายหยุดการทำงานอย่างรวดเร็วจนถึง (dying phase)

การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจัดเป็นวิถีความเจ็บป่วยใน ระยะที่ 6 คือ ระยะที่ชีวิตถูกคุกคามและต้องการการรักษาที่เร่งด่วน (crisis phase) ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ และให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามจนถึงระยะที่ 7, 8 และระยะที่ 9 จะเห็นได้ว่าในระยะที่ 6 เป็นระยะที่มีความสำคัญและเป็นระยะที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

2.3 ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูงอายุ

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระบบต่างๆ ของร่างกาย การดำเนินของโรค จะเป็นไปอย่างช้าๆ ยังไม่ปรากฏให้เห็นในระยะแรก ผู้สูงอายุมักจะทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออาการของโรครุนแรงและลุกลามไปทุก ระบบของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจึงไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ ต้องมีการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลานานหรือตลอดชีวิต การรักษาจะช่วยให้อาการทุเลา หรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคเกิดช้าลง แต่การรักษาไม่สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป ชีวิตของผู้สูงอายุ จึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้นและมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการทำงานต่างๆ ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค (มส.ผส., 2556) ส่วนในต่างประเทศ พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัว 2 โรค หรือมากกว่า (Centers of Medicare and Medicaid Services, 1999) และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่

จะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ และมักจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ

การศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีความจำกัดในกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่น (McInnis and White, 2001) เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้หายหรือฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ในขณะที่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ ถูกละเลย ทอดทิ้ง จะทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกไร้ค่า เกิดการแยกตัว ก่อให้เกิดความว้าเหวขึ้นได้ง่ายกว่าช่วงวัยอื่น

3. แนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ความว้าเหวเป็นภาวะทำลายหนึ่งของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่างๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 79.1 (มส.พส., 2559) ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุนั้น เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด (ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2558) ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เปื้อนอยู่ เนื่องจากโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและความต่อเนื่องในการรักษา (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจึงเป็นภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุ (เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ และจินตนา ยูนิพันธ์, 2536; Wakefield & Holman, 2007) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากจะมีอาการของโรคที่รุนแรง จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติที่เข้าเยี่ยม โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 20 เกิดความว้าเหว ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น (Löfvenmark et al., 2009; Petite, et al., 2015)

3.1 ความหมายของความว้าเหว

ความว้าเหวเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่อธิบายเป็นคำพูดให้เข้าใจได้ยากมีผู้ศึกษาได้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความว้าเหวดังนี้

Weiss (1973) กล่าวว่า ความว้าเหวเป็นความรู้สึกอันแสนเศร้าและปวดร้าวอย่างเรื้อรังที่เกิดจากความบกพร่องด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่ออยู่ในสังคมกับผู้อื่นได้

Francis (1981) ให้ความหมายว่า ความว้าเหวเป็นประสบการณ์ที่ทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจอย่างไร้สาเหตุที่ชัดเจน ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย รู้สึกว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม

Peplau and Perlman (1982) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกไม่สบายใจจากการไม่ได้รับสัมพันธ์ภาพที่พึงพอใจจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

Hawley and Cacioppo (2010) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสัมพันธ์ทางด้านลบ จะส่งผลให้เกิดด้านลบต่อสุขภาพที่แสดงออกมาด้วยความเสื่อมถอยทางระบบไหลเวียนโลหิตและระบบภูมิคุ้มกันโรค

จากคำจำกัดความเกี่ยวกับความว่าเหวดังกล่าวข้างต้น พบว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกไม่สบายใจอย่างยิ่งที่เกิดจากการขาดสัมพันธ์กับสังคม (Weiss, 1973; Peplau and Perlman, 1982) เกิดจากการพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รัก รู้สึกไม่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ แยกตัวจากสิ่งรอบข้าง (Francis, 1981) ส่งผลต่อสุขภาพในด้านลบ (Hawley and Cacioppo, 2010) สำหรับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะหมายถึง การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยของผู้ป่วยที่ยึดมั่นถ้อยมั่นและมีความหมายแห่งใจเข้ามาับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องถูกแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย นำไปสู่การเกิดความว่าเหวขึ้นได้

3.2 ประเภทของความว่าเหว

ความว่าเหวสามารถแบ่งออกได้หลายแบบตามแนวคิด ดังนี้

Weiss (1973, อ้างถึงใน Lunt, 1991) แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิดตามแหล่งกำเนิด คือ 1) ความว่าเหวทางอารมณ์ (emotional loneliness) หมายถึง ความรู้สึกทุกข์ใจความนิ่งเฉยและความว่างเปล่าจากการขาดสัมพันธ์ภาพที่ตนพึงพอใจ และ 2) ความว่าเหวทางสังคม (social loneliness) เป็นความรู้สึกเบื่อหน่ายและมีช่องว่างทางสังคมที่เกิดจากการขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Francis (1981) ได้แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ 1) ความว่าเหวชนิดปฐมภูมิ (primary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นตามปกติขณะที่อยู่คนเดียว มีความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตปราศจากแก่นสาร ไม่อยากพบปะผู้คน และอยากแยกตัวออกจากสังคม 2) ความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ (secondary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากมีการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก

Shultz (1993) แบ่งความว่าเหวตามระยะเวลา ออกเป็น 3 ชนิด คือ 1) ความว่าเหวแบบชั่วคราว (transient loneliness) หรือความว่าเหวในชีวิตประจำวัน เป็นความล้มเหลวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและมีระยะเวลาไม่นาน 2) ความว่าเหวจากการมีสถานการณ์ในชีวิต (situational loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่สมรส

การเกษียณอายุ การหย่าร้าง 3) ความว่าเหวแบบเรื้อรัง (chronic loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดในบุคคลที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพของตนกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน 1-2 ปีติดต่อกัน โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาสมรรถภาพให้ดีขึ้นได้ ทำให้ไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมผู้อื่นได้ ความว่าเหวชนิดนี้จะอยู่ในการดำเนินชีวิตตลอดไป

จากการแบ่งประเภทของความว่าเหวสามารถแบ่งได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ แต่ในการศึกษานี้ เป็นความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจัดเป็นความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ (secondary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก

3.3 ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความว่าเหวเป็นปัญหาทางจิตสังคมปัญหาหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rodger, 1989; Profitt and Bryne, 1993) สามารถสรุปได้ดังนี้

3.3.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3.3.1.1 การแยกทางกายภาพ (Physical Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการสัมผัสจากสภาพแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย

3.3.1.2 การไม่ได้รับความรักความผูกพัน (Affectional deprivation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ความผูกพันใกล้ชิด และการเปิดเผยตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอเหมาะสมจะทำให้เกิดความมั่นใจ มีอารมณ์มั่นคงส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตที่ดี แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้เกิดการสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ ขาดการมีเพศสัมพันธ์ สูญเสียคู่รักหรือคู่สมรส ครอบครัวแตกแยก และไม่มีเพื่อนสนิท ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า แยกตนเองจากสังคมทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุผ่อนคลายจากความว่าเหวได้

3.3.1.3 การแยกทางสังคม (Social isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแยกจากครอบครัวหรือเพื่อนมาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่แปลกใหม่ และเปลี่ยนไปจากเดิม ต้องอยู่ในโรงพยาบาล และไม่มีติดต่อกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน ๆ ซึ่งต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้มีการแยกตัวและก่อให้เกิดความว่าเหวได้

3.3.1.4 การขาดในสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน (Cathectic isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับในสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่ามีค่าและมีความหมายกับตนเอง

ดังนั้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดความว่าเหวได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดจากการที่ต้องแยกจากสังคม ต้องขาดในสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน นำไปสู่การเกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ตามมา

3.3.2 ผลกระทบที่เกิดจากความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

3.3.2.1 ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Rodger, 1989) ต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว สิ่งของ และสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน (Francis, 1982) ต้องอยู่กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย ถูกแยกจากทางกายภาพ (physical isolation) (Profitt and Byrne, 1993) และต้องเผชิญกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่าง ๆ สูญเสียอัตมโนทัศน์แห่งตน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ส่งผลให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Hawley and Caciappo, 2010; Balfour, 2012) เกิดอาการกำเริบของโรคมมากขึ้น ทำให้ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานมากขึ้น

3.3.2.2 ด้านจิตใจ รู้สึกต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว รู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล (Rodgers, 1989) เครียด (Vonk, 2018) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ (เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547) ต้องยอมรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย (Nilsson, et al., 2008) ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ต้องเผชิญกับการกลัวหลายรูปแบบ เช่น กลัวการนอนไม่หลับ กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวไม่หายจากอาการป่วย รู้สึกว่าเหว เป็นประสบการณ์ความโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญปัญหา โดยไม่มีผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือ เกิดเป็นพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Steptoe et al., 2013) ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า เกิดความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) และมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) ในที่สุด (Hawley and Caciappo, 2010)

3.3.2.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้บุตรหลานต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นรายได้ครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวไม่ดี เกิดช่องว่างในครอบครัว (Takagi and Saito, 2015) นอกจากนี้ ประเทศชาติต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ (Mistry et al., 2001; Saito, et al., 2012)

3.4 ลักษณะของผู้ที่มีความว้าเหว

ความว้าเหวเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกายและจิต (Hawkey and Cacioppo, 2010) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Vonk, 2018) และความไม่มั่นคงในชีวิต เมื่อเกิดความรู้สึกว้าเหวขึ้น จะมีอาการและอาการแสดงที่สามารถพบได้ ดังต่อไปนี้

3.4.1 ด้านร่างกาย อาการแสดงทางด้านร่างกายได้แก่ เกิดความเบื่อหน่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง มึนงง ปวดเวียนศีรษะ น้ำหนักลด แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ มีแบบแผนการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป รับประทานอาหารได้น้อย และมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Hawkey and Cacioppo, 2010)

3.4.2 ด้านจิตใจ อาการแสดงทางด้านจิตใจจะมีพฤติกรรมแสดงออกตามแบบแผนต่าง ๆ ได้แก่

1) แบบแผนด้านอารมณ์ (Affective pattern) จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย และความรู้สึกรังเกียจตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ว่างเปล่า ไร้จุดหมาย มีความขัดแย้งระหว่างความปรารถนาและสัมพันธภาพที่ได้รับจริง ความขัดแย้งระหว่างการพึ่งพาและไม่พึ่งพา มีความรู้สึกโกรธ สับสน เก็บกด เศร้าโศกและซึมเศร้า เป็นต้น

2) แบบแผนทางด้านความคิด (Cognitive pattern) มักจะตำหนิตนเอง การเรียนรู้ความจำการแปลความหมายของข้อมูลและกระบวนการคิดบิดเบือน เกิดความลังเลตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นคิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง มีความล้มเหลวในการสร้างสมรรถภาพ ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับการพร่องทางการรับรู้

3) แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavioral pattern) จะมีความคิดว่าตนเองอยู่ตามลำพังคนเดียว เป็นคนขี้มวด มือคุดแยกตนเองจากสังคมเก็บตัวใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียวและทำกิจกรรมตามลำพัง ซึ่งเมื่อเกิดความรู้สึกว้าเหวขึ้นแล้วไม่ได้รับการแก้ไขช่วยเหลือจะเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

3.5 การประเมินความว้าเหว

ในการประเมินความว้าเหว มีเครื่องมือที่ใช้ ดังนี้

3.5.1 The Loneliness Rating Scale (LRS) ของ Scalise, Gunter and Gerstein (1984) เป็นแบบวัดความว้าเหว โดยใช้วิธีประเมินตนเองเกี่ยวกับความสิ้นสูญ (depletion) การแยกตัว (isolation) ความกระวนกระวาย (agitation) และความเศร้าสลด (dejection) ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 40 ข้อ บอกถึงระดับของความว่าเหวได้ อย่างไรก็ตามแบบประเมินนี้ไม่ได้รับความนิยมนำมาใช้ เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาไม่ได้แสดงถึงข้อมูลเชิงลึก เช่น ลักษณะ สาเหตุ และผลกระทบของความว่าเหว รวมถึงคุณค่าและการให้ความหมายของบุคคล รวมทั้งหาค่าความตรงและความเที่ยงได้ยาก

3.5.2 The de-Jong-Gierveld Loneliness Scale ของ de-Jong-Gierveld ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่พัฒนาและใช้อย่างแพร่หลายในประเทศเนเธอร์แลนด์และแถบยุโรป ข้อดีของแบบวัดความว่าเหวนี้สามารถใช้วัดความว่าเหวได้ทุกกลุ่มอายุ มีความละเอียด เนื่องจากผู้สร้างมองความว่าเหวเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน มีสาเหตุมากมาย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เพื่อค้นหาชนิดของความว่าเหว โดยแบบประเมินนี้ถูกจำแนกเป็น 3 มิติ ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการขาดสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดและมีความหมาย ด้านความรู้สึกปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว และด้านอารมณ์ระดับต่างๆ เดิมมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แต่มีการพัฒนาเป็น 6 ข้อคำถาม (de-Jong-Gierveld and Van Tilberg, 2006) อย่างไรก็ตามแบบวัดความว่าเหวนี้ไม่ได้รับความนิยม เนื่องจากถามถึงอารมณ์ต่างๆที่หลากหลายเกินไป ซึ่งอาจไม่ใช่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหวจากการขาดสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิด (Victor et al., 2009)

3.5.3 The Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathectic Investment (SMLC) ที่สร้างขึ้นโดย Francis (1976) ซึ่งเป็นอาจารย์ทางการแพทย์ได้มีความสนใจในการศึกษาความว่าเหวที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ข้อคำถามจึงสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้ที่เข้ารับการรักษา แบบสอบถามนี้นิยมใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นแบบวัดที่ต้องกรวัดความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ ที่เกิดจากการแยกจากและความยึดมั่นผูกพันกับบุคคล สิ่งของอันเป็นที่รักเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการแยกจากนี้ว่าส่งผลกระทบต่อเพียงไร และเป็นคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ข้อคำถามจะให้อธิบายเกี่ยวกับการแยกจากบุคคล สิ่งของที่เป็นที่รักแบบใด มีประสบการณ์ความว่าเหวอยู่ในระดับใด นำไปใช้ครั้งแรกในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลและบ้านพักผู้สูงอายุ โดยมีความตรง 0.76 และความเที่ยง $r=.55$ ตามลำดับ มีการนำไปใช้ในการวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานรับดูแล ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา พบว่าเหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้สูงอายุที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด นับเป็นเครื่องมือวัดความว่าเหวอีกเครื่องมือหนึ่งที่มีการวิเคราะห์เกี่ยวกับความว่าเหวและบริบทในโรงพยาบาลได้อย่างชัดเจน

3.5.4 The UCLA Loneliness Scale Version 3 หรือ The University of California at Los Angeles Loneliness Scale - Version 3 ของ Russell (1996) พัฒนาโดย

Russell, Peplau and Ferguson (1978) ประกอบด้วยข้อความ 20 ประโยค ที่แสดงให้เห็นว่าคนที่ว่าเหว่พูดถึงความว่าเหว่อย่างไร ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (never) นานๆ ครั้ง (rarely) บางครั้ง (sometimes) และบ่อยครั้ง (often) เป็นข้อคำถามทางลบทุกข้อ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนในคำตอบ ต่อมา Russell, Peplau and Cutrona (1980) สร้าง The Revised UCLA Loneliness Scale โดยคงข้อความในแนวเดิม แต่เพิ่มข้อคำถามทางบวกเข้าไปด้วย จึงได้แบบวัดที่ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ ทำให้แบบวัดฉบับนี้มีชุดคำถามที่สัมพันธ์กับความว่าเหว่สูงสุดและมีความเชื่อมั่นสูงเช่นเดิม แต่พบว่ามีปัญหาที่ตามมา คือ ข้อความในบางประโยคเป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ซึ่งเป็นประโยคที่เข้าใจยากในผู้สูงอายุ Russell จึงได้พัฒนาแบบวัดเป็น The UCLA Loneliness Scale Version 3 ในปี ค.ศ. 1996 โดยมีการปรับปรุงข้อคำถามให้สามารถตอบง่ายขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ทางลบ 11 ข้อ มีการตรวจคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลในโรงพยาบาล ครูในโรงเรียนรัฐบาล และผู้สูงอายุ การประเมินค่าคงที่ภายใน (internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .89 - .94 และค่าคงที่ (stability) โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบค่าความเที่ยงในการทดสอบซ้ำภายใน 1 ปี ($r=.73$) และพบว่า ค่าความตรงสอดคล้อง ค่าความตรงจำแนก และค่าความตรงตามโครงสร้างสูง ซึ่งแบบวัดนี้ได้มีการนำไปใช้วัดความว่าเหว่กันอย่างแพร่หลาย

ในการศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดความว่าเหว่ SMLC ของ Francis (1976) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีแนวคิดความว่าเหว่ตรงกับลักษณะของความว่าเหว่และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. แนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพ

บุคลิกภาพเป็นลักษณะที่มีความเฉพาะตัว เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล แนวคิดความรู้สึก รวมเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา ผู้ที่มีบุคลิกภาพเก็บตัวมีโอกาสเกิดความว่าเหว่ได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพเปิดเผย (Schermer and Martin, 2019) และผู้ที่มีบุคลิกภาพที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีอารมณ์หวั่นไหวมีโอกาสเกิดความว่าเหว่ได้มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ (Abdellaoui, et al., 2019) เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าบุคลิกภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความว่าเหว่ขึ้นได้ (Tiwari, 2013)

4.1.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปความหมายไว้ ดังนี้

คำว่า บุคลิกภาพ (Personality) มาจากภาษาละตินว่า Persona แปลว่า หน้ากากที่ตัวละครสวมเวลาแสดงการละคร เพื่อเปลี่ยนลักษณะของคนหนึ่งไปเป็นคนหนึ่ง ในพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตสถาน ให้ความหมายบุคลิกภาพว่า เป็นสภาพนิสัยที่เคยชินจำเพาะคน อย่างไรก็ตามยังไม่มีคำจำกัดความของคำว่าบุคลิกภาพที่แน่นอนและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของบุคลิกภาพจากนักจิตวิทยาและนักการศึกษาไว้หลายทัศนะดังต่อไปนี้

Allport (1936) กล่าวว่า บุคลิกภาพเป็นกลไกภายในบุคคลทั้งที่เป็นลักษณะทางจิตวิทยาและร่างกายในการกำหนดแบบพฤติกรรมและความคิด

Eysenck (1959) กล่าวว่า เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล เป็นองค์ประกอบโดยรวมจากแนวคิด ความรู้สึก ที่จะปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ แสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรม

MacCrae and Costa (1992) ให้นิยามบุคลิกภาพแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ไว้ดังนี้

- 1) Extroversion เป็นลักษณะของบุคคลที่ชอบสัมพันธ์ภาพ ชอบเข้าสังคม ในขณะที่ Introverts จะตรงกันข้าม คือ ชอบเก็บตัว อยู่เงียบ ๆ
- 2) Agreeableness เป็นลักษณะของบุคคลที่ชอบมีความอ่อนปรนกับผู้อื่น มีความสามารถในการประสานงานที่ดี เชื่อใจได้
- 3) Conscientiousness เป็นการวัดลักษณะความไว้วางใจ คนประเภทนี้จะมีความรับผิดชอบ ไว้วางใจได้ เสมอต้นเสมอปลาย
- 4) Emotional Stability เป็นความสามารถของบุคคลในการรองรับแรงกดดัน ควบคุมอารมณ์ สุขุม เชื่อมั่นในตนเอง และ
- 5) Openness to experience เป็นบุคลิกที่เปิดรับความแปลกใหม่ มีความคิดสร้างสรรค์

สรุปได้ว่าบุคลิกภาพ คือ ผลรวมของพฤติกรรมต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะนิสัยเฉพาะของแต่ละบุคคล สามารถสังเกตได้จากลักษณะภายนอก เช่น การแต่งตัว ลักษณะท่าทาง การพูด และลักษณะภายใน เช่น ความคิด สติปัญญา ความนึกคิด ความสามารถการปรับตัวเข้ากับสังคม ซึ่งเป็นแบบอย่างเฉพาะบุคคล เมื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมจะมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้แตกต่างกัน บุคลิกภาพที่มีความสามารถในการปรับตัวได้น้อย ย่อมจะมีโอกาสเกิดความว้าเหวในโรงพยาบาลได้ และในการศึกษานี้ใช้แนวคิดบุคลิกภาพของ Eysenck (1959) เนื่องจากสามารถแสดงบุคลิกภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจน

4.1.2 การประเมินบุคลิกภาพ สามารถประเมินได้โดยใช้เครื่องมือต่อไปนี้

1) แบบสอบถามวัดบุคลิกภาพ (Maudsley Personality Inventory: MPI) เป็นแบบทดสอบมาตรฐานสร้างโดย Eysenck (1959) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย สมทรง สุวรรณเลิศ (2512) และได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมโดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ แบบวัดนี้ใช้วัดลักษณะบุคลิกภาพพื้นฐานทางอารมณ์และการแสดงออก สามารถจำแนกความแตกต่างของบุคลิกภาพได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย คำถาม 48 ข้อ ใช้ประเมินบุคลิกภาพ 2 มิติ ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน คือ บุคลิกภาพแสดงออกและเก็บตัว (extraversion-introversion) คือ Scale-E และบุคลิกภาพที่อ่อนไหวทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism-stability) คือ Scale-N อย่างละ 24 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีการกลับคะแนน สามารถแบ่งบุคลิกภาพออกเป็น 4 แบบด้วยกัน คือ 1) บุคลิกภาพชอบเก็บตัว (inversion) - อ่อนไหวทางอารมณ์ (neuroticism) 2) บุคลิกภาพชอบเก็บตัว (inversion) - มั่นคงทางอารมณ์ (stability) 3) บุคลิกภาพแสดงออก (extroversion) - อ่อนไหวทางอารมณ์ (neuroticism) และ 4) บุคลิกภาพแสดงออก (extroversion) - มั่นคงทางอารมณ์ (stability) สามารถนำมาใช้ในผู้ที่มีความเจ็บป่วยได้ดี

2) แบบทดสอบบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบหลัก (The Revised NEO Personality Inventory หรือ NEO PI-R) เป็นแบบทดสอบบุคลิกภาพทางจิตวิทยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 240 ข้อคำถาม แบบทดสอบนี้ใช้ในการวัดผลทางบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ คือ ความหวั่นไหวทางอารมณ์ การเปิดเผยตนเอง การเปิดรับประสบการณ์ใหม่ การเห็นตามผู้อื่น และความสำนึกผิดชอบ แบบทดสอบถูกสร้างขึ้นโดย Costa and McCrae (1992) ใช้สำหรับผู้ใหญ่ที่อายุตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงโดยไม่มีพยาธิสภาพทางจิต แบบทดสอบมีฉบับย่อ 60 ข้อ เรียกว่าแบบทดสอบ NEO FFI (NEO Five-Factors Inventory) ได้รับการปรับปรุงข้อคำถาม เมื่อ ค.ศ. 2010 ภายใต้ชื่อ NEO Personality Inventory 3 (NEO PI 3), NEO FFI 3 (NEO Five-Factors Inventory 3) และ NEO PI-R (the Revised NEO Personality Inventory) ในขณะเดียวกันแบบวัดบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ (The Five-Factor Model of Personality) มีงานวิจัยมากมายที่กล่าวสนับสนุนค่าความสอดคล้องภายใน มีการรวบรวมไว้ในคู่มือแบบทดสอบ นอกจากนี้แบบทดสอบ NEO ยังได้รับการตีพิมพ์และประเมินคุณภาพเป็นหลายภาษาและหลายวัฒนธรรม เคยนำไปใช้ในประเทศฟิลิปปินส์มีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง .78-.90 และนำไปใช้อย่างแพร่หลายมากกว่า 50 วัฒนธรรม

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดบุคลิกภาพ (MPI) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Eysenck (1959) เนื่องจากมีข้อคำถามจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินบุคลิกภาพที่มีความสามารถจำแนกบุคลิกภาพที่มีคุณภาพแบบอื่นๆ จึงมีความสะดวกในการใช้ และมีความเหมาะสมกับการนำมาใช้ในผู้สูงอายุมากกว่า

4.2 แนวคิดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี 2 ชนิด ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

4.2.1 ความหมาย

มีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไว้ ดังนี้

Barthel and Mahoney (1965) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้าและการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และอีกระดับหนึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การเคลื่อนที่นอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงิน/แลกเงิน และการใช้บริการรถขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ สามารถแสดงออกถึงการมีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะที่เดียวกันเมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุขึ้นได้ สามารถประเมินได้หลากหลายวิธี

4.2.2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรส่วนตัว ที่เป็นกิจกรรมบ่งชี้ถึงความสามารถในการอยู่อย่างเป็นอิสระในบ้านหรือที่อยู่อาศัยโดยไม่ต้องพึ่งพา โดยประเมินว่าปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด หรือสามารถปฏิบัติได้ โดยมีผู้ช่วยหรือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย แบบประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ Barthel ADL index และ Katz index of ADL โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1) Barthel ADL index หรือ BADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

1.2) Katz index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงจากเตียง การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ และการรับประทานอาหาร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

2) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental activities of Daily Living: IADL) เป็นการประเมินความสามารถในการช่วยตนเองที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ซึ่งซับซ้อนมากกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือ BADL และกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งบ่งชี้ความสามารถของผู้ที่อยู่ในชุมชน โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ที่นิยมใช้และสามารถใช้ได้ดีสำหรับคนไทย คือ ดัชนีจุฬาเอติแอล ประกอบด้วย การทำความสะอาดบ้าน ประุงอาหาร ชักரிดเสื้อผ้า จ่ายตลาด เดินทางออกนอกบ้าน พุดโทรศัพท์ จัดการเรื่องยา และการเงินได้ด้วยตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานผู้สูงอายุของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ที่ดัดแปลงมาจาก Bathel and Mahoney Index เนื่องจากสามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกมิติและเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.3 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นรากฐานทางด้านสุขภาพจิตสังคม ซึ่งบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต ความมั่นใจในตนเอง และการนับถือตนเอง บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมั่นใจในการกระทำต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง ประารถนาที่จะมีสุขภาพดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุม และรักษาสุขภาพของตน รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

4.3.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมไว้ดังนี้

Rosenberg (1965) ให้คำจำกัดความว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) มีความเชื่อมั่น และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (sense of competence)

Maslow (1970) ให้คำจำกัดความว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญ และมีความสามารถ

Berk (1989) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบของการเข้าใจในตนเอง และเป็นตัวประเมินคุณค่า ความรู้สึกบุคลิก และความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งเชื่อมกับทัศนคติของการยอมรับตนเอง และการนับถือตนเอง

จากความหมายเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้น พบว่า มีคุณลักษณะความหมายที่เหมือนกัน 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองและยอมรับตนเอง 2) รู้สึกตนว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง และยอมรับตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกตนว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จได้

4.3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการสูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนไปตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองกระทำ การมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนหมดความสามารถ ไร้คุณค่า การมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง ในผู้สูงอายุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งความพึงพอใจในสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (Hyland, 2018) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมในวัยผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง เกิดความเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิต เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียคู่ชีวิต และสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความนับถือตนเอง สูญเสียความมั่นคง สูญเสียต่อการดึงดูดเพศตรงข้าม สูญเสียสัมพันธ์ภาพทางสังคม สูญเสีย

ความมีอิสระ และสูญเสียเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณค่า สิ้นหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยสูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงความสำเร็จที่ผ่านมาในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคม และภาวะสุขภาพ หากได้รับความสนับสนุนอาจนำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจขึ้นได้ และมีโอกาสเกิดความว้าวุ่นในผู้สูงอายุได้ง่าย

4.3.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความพึงพอใจในตนเอง การประเมินความรู้สึกจึงเป็นการกระทำที่ค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้างเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยวิธีการรายงานตนเองไว้หลายแบบ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้วัดนั้น ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ ดังนี้

1) Rosenberg Self-Esteem Scale: (RSE) ของ Rosenberg (1965) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณค่าในตนเองที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงจนได้แบบวัดที่มีลักษณะกระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถเข้าใจได้ง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ประเมินผลโดยคะแนนสูง แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ Rosenberg (1965) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 ต่อมาได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มอื่น ได้แก่ วัยผู้สูงอายุ วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้นอกจากนี้ยังได้ถูกนำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงด้วยวิธีการต่างๆ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงในระดับสูง (Goldberg and Fitzpatric, 1980) และเคยนำมาใช้ในนักศึกษาพยาบาลของไทยและอังกฤษเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 (Sasat et al., 2002)

2) Graphic descriptive of self-esteem ของ Makay and Graw (1965, cited in Taloy, and Lemore, 1989) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนด ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริง และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนในอุดมคติ ผลของการประเมินได้จากการพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสอง หากตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าตำแหน่งทั้งสองชิดกันมาก หมายถึงระดับความรู้สึกในตนเองสูง

3) Coopersmith Self-Esteem Inventory 1984 – SEI Adult Form ของ Coopersmith (1984) ซึ่งสร้างในปี ค.ศ. 1984 เป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านทั่วไป ด้านสังคม ด้านการทำงาน และในกลุ่มเพื่อน ลักษณะข้อคำถามมี 25 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 แบบ คือ เห็นด้วย (like me) และไม่เห็นด้วย (unlike me)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Rosenberg Self – Esteem Scale (RSE) ของ Rosenberg (1965) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่กระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ เข้าใจได้ง่าย เคยถูกนำมาใช้ในประเทศไทยแล้ว ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และข้อคำถามมีความสอดคล้อง สามารถประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

4.4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

4.4.1 ความหมาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Brandt and Weinert, 1981) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Weiss (1974, cited in Brandt and Weinert, 1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับการดูแล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และยกย่อง รวมทั้งการมองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House (1981) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ

จากความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การได้รับคำแนะนำ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ และในการวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มองปรากฏการณ์การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาความว่าเหตุในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นอย่างยิ่ง

4.4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ซึ่งมีผู้ศึกษาและได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Weiss (1973, cited in Murphy and Kupshik, 1992) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน โดยเน้นถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ 1) ด้านความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (attachment) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความรู้สึกอบอุ่น 2) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (social integration) การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้บุคคลมีโอกาสมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม 3) ด้านการมีโอกาสรอบรู้หรือช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่ยินยอมของผู้อื่นได้ 4) ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับความเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกตนว่ามีคุณค่า 5) ด้านความรู้สึกเป็นมิตร (a sense of reliable alliance) หมายถึง สัมพันธภาพจากครอบครัวสายตรง เครือญาติ ซึ่งบุคคลหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและ 6) ด้านการได้รับคำแนะนำชี้แนะ (the obtaining of guidance) หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำชี้แนะจากบุคคลที่ศรัทธาและไว้วางใจ ในช่วงที่บุคคลเผชิญความเครียด

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีผู้ให้การยอมรับ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเองและ 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social support or network support) เป็นข้อมูลที่แสดงว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981, cited in Tiden and Weinert, 1987) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ ยกย่อง เห็นคุณค่า และมีความผูกพัน 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) เป็นการเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์

เดียวกัน หรือสังคมเดียวกัน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้คำแนะนำข้อ เสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และ 4) การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (instrumental support) เป็นพฤติกรรมกรให้การช่วยเหลือโดยตรงกับบุคคล

โดยสรุปแล้ว การสนับสนุนทางสังคมข้างต้น แบ่งเป็นประเด็นหลัก ๆ คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน แรงงาน การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเลือกใช้แนวคิดของ House (1981) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มองปรากฏการณ์การสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาความว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นอย่างยิ่ง

4.4.3 แหล่งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสนับสนุน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บ่งบอกลักษณะ และขนาดของเครือข่ายทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบ และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับ (Stewart, 1993) ซึ่งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสนับสนุนนั้น Winningham and Pike (2007) ได้แบ่งกลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือสนับสนุนออกเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือได้ว่ามีความสำคัญมากที่สุด

2) ระบบสนับสนุนจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญและสามารถชักจูงบุคคลได้ง่าย ซึ่งจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ดี

3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ (Religious organization of denominations) เป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อ คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา เป็นต้น

4) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งสนับสนุนแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือบุคคล ซึ่งจะมีความสำคัญต่อเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล

5) ระบบสนับสนุนจากหน่วยงานองค์กร (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลาง ที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางส่งเสริมให้

บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ด้วยระบบการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกเป็นหลายกลุ่ม แต่การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวและกลุ่มวิชาชีพ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

4.4.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลายแล้วแต่แนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนี้

1) Personal resource questionnaire (PRQ) สร้างโดย Brandt and Weinert (1981) เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974, cited in Brandt and Weinert, 1981) และมีการพัฒนาปรับปรุงแบบวัดนี้เป็น PRQ-82 และ PRQ-85 แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่สองเป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการผูกพันใกล้ชิด ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น

2) Social support questionnaire part 2 (SSQ 2) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของรวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ

3) Norteck social support questionnaire (NSSQ) ของ Norteck et al. (1985; cited in Lindsey, 1997) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Kahn (1977; cited in Lindsey, 1997) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4) Social support questionnaire part 2 ของ มจรูส จันท์แสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ต่อมา วาสนา เฟื่องฟูง (2548) ได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .863 และกนกร พูนเปี่ยม (2558) นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ในการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจิตใจเสื่อมจากอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .912

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ มอร์ส จันท์แสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ House (1981) เนื่องจากมีการประเมินการช่วยเหลือสนับสนุนที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล

5.1 ความหมาย

โดยทั่วไปโรงพยาบาล หมายถึง สถานที่พร้อมอุปกรณ์และบุคลากรที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ทั้งนี้โรงพยาบาลยังหมายรวมถึงสถานที่ที่ถือเป็นส่วนหนึ่งของวงการแพทย์ เนื่องจากเต็มไปด้วยการดูแลประชาชนอย่างสมบูรณ์แบบ ดูแลรักษาและป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยแก่มวลประชา พร้อมทั้งส่งประชาชนผู้พ้นภัยจากความเจ็บป่วยสู่สังคมแวดล้อมเดิม และยังเป็นศูนย์กลางของการฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพและเป็นองค์กรด้านการศึกษาวิจัย (World Health Organization (WHO), 1957) และในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ก็ได้ให้ความหมายของสถานพยาบาลว่า หมายถึง สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะ ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพอศกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพอศการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม ทั้งนี้โดยกระทำเป็นปกติธุระ ไม่ว่าจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยาซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ

5.2 ผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาล

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อในหลายด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Rodger, 1989) ต้องอยู่กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ไม่คุ้นเคย ถูกแยกจากทางกายภาพ (physical isolation) (Profitt and Byrne, 1993) ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Hawley and Caciappo, 2010; Balfour, 2012) ต้องเผชิญกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่างๆ

2) ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุรู้สึกต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว รู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล (Rodgers, 1989) เครียด (Vonk, 2018) รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ฟังพบบุคคลอื่นมากขึ้น สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจ (เพ็ญโพยม เชนสมบัติ, 2547) ต้องยอมรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย ต้อง

ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ต้องเผชิญกับการกลัวยหลายรูปแบบ เช่น กลัวการนอนไม่หลับ กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวไม่หายจากอาการป่วย รู้สึกว่าเหว่ แยกตัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ (Hawley and Caciappo, 2010)

3) ด้านครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความเป็นอยู่ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวไม่ดี เกิดช่องว่างในครอบครัว (Takagi and Saito, 2015)

4) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ บุตรหลานต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าผู้สูงอายุเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นรายได้ครอบครัวมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเทศชาติต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ในการฟื้นฟูผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และสังคมรอบข้าง (Mistry et al., 2001; Saito, Kai and Takizawa, 2012)

ด้วยบริบทของโรงพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้การดูแลรักษาพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น มีความเสื่อมตามวัย และป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมาด้วยการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรืออาการกำเริบของโรคเดิมที่เป็นอยู่รักษาไม่หายขาด และพบว่ามียอัตรการครองเตียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุถือได้ว่าเป็นวิกฤตอย่างหนึ่งของช่วงชีวิต ต้องแยกจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย บุคคลอันเป็นที่รัก ในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศออสเตรเลีย 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดความรู้สึกว่าเหว่ (Rodgers, 1989) ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาประสบการณ์ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 145 คน พบว่า ร้อยละ 30 – 50 มีความรู้สึกเหว่ (Ryan, 1998) ในแถบประเทศเอเชีย ประเทศตุรกีพบ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความรู้สึกเหว่อยู่ในระดับปานกลาง ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 44.6 (Kiliçkaya et al., 2016) อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในประเทศไทยจึงเป็นอีกความท้าทายหนึ่งที่ต้องได้รับการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุต่อไป

6. บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาแล้วเบื้องต้น จะเห็นว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังในวัยสูงอายุเป็นภาวะท้าทายหนึ่งที่น่าไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เมื่อเข้ามานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการช่วยเหลือให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หรือหายจากการเจ็บป่วย การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการเพิ่มความรู้ความสามารถให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้เร็วที่สุด บทบาท

พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2554; ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2560; Luciana and Maria, 2013) พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ประเมินอาการทางร่างกายเกี่ยวกับอาการป่วยที่มารับการรักษาในครั้งนี้ หากมีอาการที่ต้องให้การพยาบาลด้วยตนเอง เช่น หายใจหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ควรอธิบายงานแพทย์ทันทีและให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุเป็นอันดับแรก หลังจากนั้นตรวจสอบประวัติการรักษาเดิม โรคประจำตัว และอาการที่นำมาสู่การเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ และสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรประเมินสภาพจิตใจ สอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในครั้งนี้

2) รวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่ผ่านมา ผลกระทบจากการเจ็บป่วย อาการแทรกซ้อน การดูแลตนเอง และการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัวแล้วจดบันทึก เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์และแปลความหมายในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม

3) วิเคราะห์และแปลความหมายของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหา และนำมาวางแผนการพยาบาลต่อไป

4) วินิจฉัยปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยเรียงลำดับความสำคัญในการให้การพยาบาลตามความสำคัญของปัญหาควบคู่กับอาการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

5) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้การปรึกษาข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยแบบเฉพาะรายครอบครัวและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวดำรงชีวิตอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนลึกซึ้ง ส่งผลต่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณดังกล่าวข้างต้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้มีกำลังใจ ส่งผลให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล โอกาสหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ จะเป็นไปในทางที่ดีขึ้น มีสุขภาพกายและจิตที่ดี

7. ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรที่มีผลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.1 อายุกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อายุมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาที่ส่งผลต่อการปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson (1968) อธิบายการปรับตัวในวัยสูงอายุว่าการปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา แม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยเสื่อมของร่างกาย จะสามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ดี จะเกิดความภาคภูมิใจ มีความมั่นคงในอารมณ์ แต่หากที่ผ่านมาผู้สูงอายุรู้สึกผิดหวัง จะส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ และผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (Arslantas et al, 2014)

7.2 เพศกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าชาย จากการที่เพศหญิงมีประสบการณ์การพร่องทางสังคมบ่อยกว่าเพศชาย จากการต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงขาดการติดต่อกับกลุ่มเพื่อน (Komurcu et al., 2014; Dong and Chen, 2017) แต่การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่อายุ 60- 80 ปี พบว่า เพศชายมีความว่าเหวมากกว่าเพศหญิง จากการสูญเสียชีวิต จากการที่เพศชายได้รับบทบาทให้เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อต้องขาดหรือห่างจากคู่ชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดความว่าเหวได้ (Nicolaisena and Thorsen, 2014)

7.3 บุคลิกภาพกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

บุคลิกภาพเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล แนวคิด ความรู้สึก รวมเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Eyszenk, 1952) ผู้ที่มีบุคลิกภาพเก็บตัวมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพเปิดเผย (Schermer and Martin, 2019) และผู้ที่มีบุคลิกภาพที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีอารมณ์หวนไหว มีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ (Abdellaoui, et al., 2019) เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าบุคลิกภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Tiwari, 2013)

7.4 ระยะเวลาในนอนโรงพยาบาลกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเอง รวมทั้งการที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการที่จะรักษาอาการของโรคให้ทุเลาลงหรือหายจากการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา หรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การนอนอยู่ในโรงพยาบาลจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และการรักษาที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลทำให้เกิดความว่าเหวได้ จากการศึกษาของ Proffitt and Bryne (1993) พบว่าผู้สูงอายุที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล 2 วันขึ้นไปมีความว่าเหวเกิดขึ้น ขณะที่การศึกษาของ Huckstadt (2002) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการนอนอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่าระยะเวลาเพียง 1 วัน และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานถึง 4 เดือน สามารถทำให้เกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Löfvenmark et al., 2009; Petite, et al., 2015)

7.5 จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเข้าเยี่ยมของญาติมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จำนวนการเข้าเยี่ยมจึงส่งผลต่อการเกิดความว่าเหว (Griffin, 2010; WRVS, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ต้องการเป็นคนสำคัญ หากมีจำนวนการเข้าเยี่ยมของญาติน้อย หรือไม่ได้รับการเข้าเยี่ยม ส่งผลให้เกิดความว่าเหวขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนครั้งของการเข้าเยี่ยมมากกว่า (Çiraci, et al., 2016)

7.6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ บทบาท และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งวัยสูงอายุ จะส่งผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ซึ่ง

ประกอบด้วย กิจกรรมขั้นพื้นฐาน 10 กิจกรรม ได้แก่ การ รับประทานอาหาร การแต่งตัว การ เคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จากการศึกษาของ Covinsky et al. (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และจะยิ่งมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปและนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็น เวลานาน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือสูญเสียไป จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ในด้านความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological or biological Need) หากไม่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวได้ (McInnis and White, 2001)

7.7 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคล ที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) พฤติกรรมการแสดงออกเป็นสิ่งที่สะท้อนจาก ความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การประสบความสำเร็จย่อมทำให้ บุคคลนั้นรู้สึกภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีคุณค่าในตนเอง และเชื่อในอำนาจการ กระทำของตน ปัญหาทางด้านสุขภาพในผู้สูงอายุทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุที่มีความ เจ็บป่วยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกหมดหวัง สูญเสียพลังอำนาจ เศร้า รู้สึกผิด คับ ขังใจ ไร้คุณค่าและแยกตัว นอกจากนี้ยังแสดงออกเป็นอาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความคิด และการเคลื่อนไหวช้า เบื่ออาหาร ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการหายจากโรคและการฟื้นฟูได้ยากและช้ากว่าในช่วงวัยอื่นๆ เนื่องจาก ความเสื่อมตามวัย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองไร้ค่า เกิดการแยกตัว และทำให้เกิดความว้าเหว ได้ในที่สุด (Hyland, 2018)

7.8 การสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อ สุขภาพโดยตรง และช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลด ความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ พยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง เป็นผู้ที่ ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสูญเสียและข้อจำกัดของร่างกายจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพบกับข้อจำกัดในการปฏิบัติตนซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น และญาติก็เป็นอีกกลุ่มบุคคลหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ได้รับการสนับสนุน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณค่า มีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต ขณะเดียวกันหากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจจากการถูกละเลย สูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดการแยกตัว ส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวได้ (Chalise, et al., 2010)

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพ็ญโพยม เขยสมบัติ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน พบว่า ความว้าเหวอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.95, S.D.= 3.63) โดยใช้เครื่องมือวัดความว้าเหวเป็น The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความว้าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความว้าเหวมาก

ศตพร เทยาณรงค์ และวาริ กังใจ (2558) ศึกษาระดับความว้าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ความว้าเหวเท่ากับ 87.68 (SD = 12.25) โดยใช้แบบวัดความว้าเหวในผู้สูงอายุ The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) และพบการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 40.9 (R² = .409) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

รพีพรรณ สารสมักร และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ โดยใช้แบบวัดความว้าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า ความว้าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราก่อนการได้รับโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย

เท่ากับ 72.25 ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.30 เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกัน พบอีกว่าความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราภายหลังจากได้รับโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลัญชณา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ และวารีย์ กังใจ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้แบบวัดความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.669$ และ $-.2$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7 ($R^2 = .447$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ

วราภกุล บุญธรรม วารีย์ กังใจ และชมนาด สุ่มเงิน (2559) ศึกษาโปรแกรมการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 24 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระยก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลอง และติดตามผล 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า คะแนนความว่าเหวเฉลี่ยของกลุ่มทดลองในระยะเวลาหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวไม่แตกต่างจากรยะหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเหวลดลงได้ ควรได้รับการนำมาปรับใช้ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

Francis (1976) ศึกษาการวัดความว่าเหว อันเป็นเรื่องที่เป็นที่เข้าใจได้ยาก โดยศึกษาปรากฏการณ์ความว่าเหวที่เกิดจากความว่าเหวแบบทุติยภูมิ เป็นเครื่องมือวัดความว่าเหวและความยึดมั่น (Schedules for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment: SMLC) ที่เกิดจากการแยกจากผู้คนที่ใกล้ชิดและสิ่งของอันเป็นที่รัก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งถามเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว นิยมใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นแบบวัดที่มีต้องการวัดความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ ที่เกิดจากการแยกจากและความยึดมั่นผูกพันกับบุคคล สิ่งของอันเป็นที่รักเป็นสำคัญ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ ข้อคำถามจะถามเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการแยกจากนี้ว่าส่งผลกระทบเพียงไร และเป็น

คำถามปลายเปิด 5 ข้อ ข้อคำถามจะให้อธิบายเกี่ยวกับการแยกจากบุคคล สิ่งของที่เป็นที่รักแบบใด มีประสบการณ์ความว่าเหว่อยู่ในระดับใด นำไปใช้ครั้งแรกในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลและบ้านพักผู้สูงอายุ โดยมีความตรง 0.76 และความเที่ยง $r=.55$ ตามลำดับ

Francis (1981) ศึกษาในกลุ่มอาการความว่าเหว่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในกลุ่มทดลอง 6 กลุ่มในเวลา 7 ปี ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นักโทษ ผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานพยาบาลเอกชน คนผิวขาว คนผิวดำที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ที่มีสถานภาพสมรส โดยเป็นชาวอเมริกา ใช้เครื่องมือวัดความว่าเหว่และความยึดมั่น (Schedules for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงในการวัดความว่าเหว่ และค้นพบว่า ความว่าเหว่ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ รู้สึกคลุมเครือ (vague) รู้สึกลึกลับ (dysphoric) และปฏิกิริยาการตอบสนอง (eactive response) ของการแยกจากในสิ่งที่รักและมีคุณค่าทางจิตใจ (secondary human loneliness) ในช่วงเวลาสั้นๆ หากเกิดติดต่อกันเป็นเวลายาวนานจะนำไปสู่ภาวะเศร้าโศก ภาวะซึมเศร้า และการแยกทางสังคมได้อย่างถาวร

Rodgers (1989) การศึกษาความว่าเหว่ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ อันเป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา โดยใช้เครื่องมือวัดความว่าเหว่และความยึดมั่น (Schedules for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment: SMLC) และค้นพบว่า ความว่าเหว่ในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นประสบการณ์ที่ทุกขใจในวัยสูงอายุอย่างยิ่ง ในการต้องพลัดพรากจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก โดยศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Francis, Peplau และ Sullivan ซึ่งในทางการแพทย์และการบำบัดได้พยายามค้นหาสิ่งที่จะเป็นกลไกในการช่วยลดความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลง

Ryan (1998) ศึกษาผลกระทบของความว่าเหว่และการสนับสนุนทางสังคมต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 145 คน อายุ 65 - 92 ปี ที่ปราศจากความบกพร่องการรู้คิด ได้ทำการทดสอบระดับความว่าเหว่ การสนับสนุนทางสังคม และระดับการรู้คิดในช่วงเวลาแรกรับไว้ในโรงพยาบาล หลังจากเวลาผ่านไป 5 วัน ได้ทำการทดสอบซ้ำในผู้ป่วยจำนวน 86 คน พบว่า ความว่าเหว่และระดับการรู้คิดของผู้ป่วยสูงอายุมีความตรงข้ามกัน โดยความว่าเหว่อยู่ในระดับสูงในขณะแรกรับไว้ในโรงพยาบาล ส่วนระดับการรู้คิดอยู่ในระดับต่ำจะค่อยๆ ปรับพัฒนาขึ้นและกลับมาปกติได้ในระยะเวลา 5 วัน และระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความสัมพันธ์กับระดับการรู้คิดในขณะแรกรับไว้ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Löfvenmark et al. (2009) ศึกษาความว่าเหว่ในผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แบบวัดความ

ว่าเหตุ The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหลายนี้ เป็นการเจ็บป่วยที่ใช้ระยะเวลายาวนาน มีการกำเริบของอาการ และต้องเข้านอนโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ชีวิตขาดความสมดุล ทั้งการทำงาน ครอบครัว การเงิน ทำให้ขาดการติดต่อกับกลุ่มเพื่อน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ส่งผลให้เกิดความว่าเหวในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมาก

Hawley, Thisted, Masi, and Cacioppo (2010) ศึกษาในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุถึงการทำนายความว่าเหวที่ส่งผลต่อกลไกการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต อันเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทำให้เห็นผลกระทบของความว่าเหวต่อกลไกของร่างกาย โดยศึกษาติดต่อกันเป็นเวลา 5 ปี จำนวน 229 คน ช่วงอายุ 50-68 ปี โดยใช้แบบวัดความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) ของ Russell (1996) ซึ่งเป็นการดูผลกระทบจากความว่าเหวโดยไม่ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ภาวะสุขภาพ อาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียด และภาวะฟุ้งฟิง พบว่า ความว่าเหวเมื่อเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น และเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือด และโรคหัวใจได้

Balfour & Lange (2012) ศึกษาความว่าเหวในโรงพยาบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งผิวดำและผิวขาว พบว่า ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟู โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก โดยใช้แบบวัดความว่าเหว UCLA และพบอีกว่า การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วันจะนำไปสู่การเกิดประสบการณ์ว่าเหวในโรงพยาบาล (hospital loneliness) $R^2=.36$, $p=.018$ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้วยเช่นกัน

Rokach (2012) ศึกษาความว่าเหวที่เกิดจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและความว่าเหวที่เกิดจากความเจ็บป่วย โดยใช้แบบวัดความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า ความว่าเหวที่เกิดจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แม้ว่าจะทราบว่าเป็นโรงพยาบาลมีอุปกรณ์ที่ทันสมัย มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ แต่ก็ยังรู้สึกความไม่คุ้นเคย ต้องอยู่กับคนแปลกหน้า ขาดความเข้าใจกับคำแนะนำที่ได้รับ ไม่ได้ทำในกิจกรรมที่ต้องการ ถูกควบคุมจากบุคลากรทีมสุขภาพ ถูกเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย ถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยม หรือถูกจำกัดเวลาในการอยู่กับครอบครัวและกลุ่มเพื่อน มีคุณค่าในตนเองลดลง แบบแผนการรับประทานอาหาร แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป แต่ความว่าเหวจากการเจ็บป่วยจะรู้สึกเครียดกับอาการของโรคที่ต้องเผชิญ สูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกาย เกิดภาวะพร่องทางกาย มีความปวด อ่อนล้า เสร้าไสก ซึมเศร้า ถูกบั่นทอนสุขภาพทั้งกายและใจ สิ่งเหล่านี้จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีความว่าเหวทั้งจากการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และผู้ที่มีความว่าเหวจากการเจ็บป่วย

Petitte, et al. (2015) ศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิดในโรงพยาบาล ต้องอยู่ในอาการขั้นวิกฤตบ่อยครั้ง ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานถึง 4 เดือน โดยใช้แบบวัดความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) ของ Russell (1996) ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ในชีวิต และเกิดความว่าเหวขึ้นในขณะที่เข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

Vonk (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ของความว่าเหวของผู้ป่วยมะเร็งที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดชลบุรี และศึกษาปัจจัยทำนายด้านความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความปวด โดยใช้แบบวัดความว่าเหว The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angelis Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความว่าเหวระดับปานกลาง เท่ากับ 68.18 (S.D.=6.73) และพบว่าปัจจัยด้านความเครียดเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (24.97, SD=5.42, R²=.156, p<.001) และพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำ (34.48, SD=4.54) และมีความเจ็บปวดในระดับต่ำ (3.39, SD=2.26) โดยให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความเครียดนำไปสู่การเกิดความว่าเหวขึ้นได้ พยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถประเมินเพื่อการบริหารจัดการความเครียด อันเป็นการป้องกันการเกิดความว่าเหวในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เข้ารับการักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นช่วงอายุ เพศ บุคลิกภาพ ความเจ็บป่วยจากโรคทางกาย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติต่อวัน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ สัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงการเจริญก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของสังคม สถานที่พักอาศัย ล้วนแล้วแต่เข้าไปสู่การเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความเสื่อมทางร่างกาย นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการกำเริบของโรคเป็นช่วงๆ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องแยกจากบุคคลในครอบครัวและสิ่งของอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกถูกทอดทิ้ง นำไปสู่การเกิดปัญหาด้านจิตใจ ความว่าเหวจึงเป็นประเด็นความท้าทายที่ควรได้รับการศึกษาวิจัย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่กำลังเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วในสังคมไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

<p>คุณลักษณะของผู้สูงอายุ</p> <p>อายุ</p> <p> ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)</p> <p> ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี)</p> <p> ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)</p> <p>เพศ</p> <p> เพศชาย</p> <p> เพศหญิง</p> <p>บุคลิกภาพ</p> <p> บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-อ่อนไหวทางอารมณ์</p> <p> บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-มั่นคงทางอารมณ์</p> <p> บุคลิกภาพแบบแสดงออก-อ่อนไหวทางอารมณ์</p> <p> บุคลิกภาพแบบแสดงออก-มั่นคงทางอารมณ์</p> <p>ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล</p> <p> ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-10 วัน</p> <p> ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วัน</p> <p> ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน</p> <p> ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน</p> <p> ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไป</p> <p>จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ</p> <p> จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน</p> <p> จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน</p> <p> จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน</p> <p> จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน</p> <p>ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p> ระดับต่ำ</p> <p> ระดับปานกลาง</p> <p> ระดับสูง</p> <p>ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p> ระดับต่ำ</p> <p> ระดับปานกลาง</p> <p> ระดับสูง</p> <p>การสนับสนุนทางสังคม</p> <p> ระดับต่ำ</p> <p> ระดับปานกลาง</p> <p> ระดับสูง</p>	<p>ตัวแปรตาม</p> <p> ความว่าหวะใน</p> <p> ผู้สูงอายุ</p> <p> ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง</p> <p> ที่เข้ารับการรักษาใน</p> <p> โรงพยาบาล</p>
--	--

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไปด้วยอาการเฉียบพลันหรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งจากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นเวลาตั้งแต่สามเดือนขึ้นไป ด้วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ
- 2) อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 5 วัน
- 3) ฟังและพูดภาษาไทยรู้เรื่อง และเข้าใจ
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

ขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้น ขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cochran (1953) โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2549) ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$\text{สูตร } n = P(1-P)Z^2/E^2$$

เมื่อกำหนด n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม .50

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

E = ค่าผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = .05

แทนค่า

$$n = (0.5)(1-.5)(1.96)^2/(.05)^2$$
$$= 384.16$$

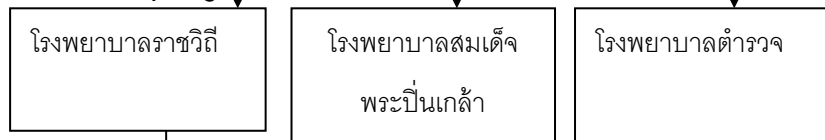
ดังนั้น ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 384 คน จึงจะสามารถประมาณค่าร้อยละ โดยมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เพื่อความสะดวกในการ ประเมินผล และการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน ซึ่งถือได้ว่าผ่าน เกณฑ์ตามที่เงื่อนไขกำหนด คือ ไม่น้อยกว่า 384

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และมีการ จัดบริการทางด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Muliti-stage sampling) จาก 3 ใน 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดนายกรัฐมนตรื โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ โรงพยาบาล สังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลสังกัดองค์การการกุศล โดยในแต่ละสังกัดสุ่มมา 1 โรงพยาบาล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากการจับออกแบบไม่แทนที่ โรงพยาบาลที่สุ่มได้ คือ สังกัดกระทรวง สาธารณสุข คือ โรงพยาบาลราชวิถี สังกัดกลาโหม คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และสังกัด นายกรัฐมนตรี คือ โรงพยาบาลตำรวจ

ขั้นตอนที่ 1 Cluster Sampling



ขั้นตอนที่ 2 Simple Random Sampling



ขั้นตอนที่ 3 Purposive Sampling

400 คน

3. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ setting โดยการคำนวณแบบสัดส่วน จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาลกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ setting ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา/ปี (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลราชวิถี	13,483	207
โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	6,512	100
โรงพยาบาลตำรวจ	6,029	93
รวมทั้งสิ้น	26,024	400

4. การสุ่มตัวอย่างในแต่ละ setting ในการสุ่มตัวอย่างดำเนินการ ดังนี้

4.1 สํารวจผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยสามัญชายและหญิง ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด บันทึกชื่อ หมายเลขเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่ได้

4.2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับแบบไม่คืนที่จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละวัน กำหนดเกณฑ์สามในสี่ส่วนจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในวันนั้น จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ทุกวัน จันทร์-ศุกร์ เวลาตามที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด จนกระทั่งครบตามจำนวน 400 คน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตาม อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ (n = 400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วงอายุ (ปี) (Mean = 69.86, SD = 6.23, Min = 60, Max = 81, Mode = 65)		
60 -69 ปี	200	50.0
70-79 ปี	161	40.3
80-89 ปี	39	9.8
เพศ		
ชาย	201	50.3
หญิง	199	49.8
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	121	30.3
เกษียณราชการ	54	13.5
รับจ้าง	119	29.8
ทำไร่-ทำนา/เกษตรกรรม	40	10.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	66	16.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	173	43.3
มัธยมศึกษา	132	33.0
อนุปริญญา	40	10.0
ปริญญาตรี	41	10.3
ปริญญาโทขึ้นไป	14	3.5
โรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)		
โรคเบาหวาน	148	37.0
โรคความดันโลหิตสูง	120	30.0
โรคประจำตัว (ตอบได้หลายข้อ)(ต่อ)		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	53	13.3
โรคไตวายเรื้อรัง	40	10.0
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	13	3.3
โรคมะเร็ง	26	6.5

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
จำนวนโรคประจำตัว		
1 โรค	128	32.0
2 โรค	242	60.5
3 โรคหรือมากกว่า	30	7.5
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (Mean=10.3 , SD = 6.23, Min = 5, Max = 45, Mode=7)		
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 1-10 วัน	291	72.7
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 11-20 วัน	88	22.0
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 21-30 วัน	15	3.7
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 31-40 วัน	5	1.2
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 40 วันขึ้นไป	1	0.2
จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ (Min = 0, Max = 6)		
ไม่มีการเข้าเยี่ยมของญาติ	14	3.5
การเข้าเยี่ยมของญาติจำนวน 1 ครั้งต่อวัน	162	40.5
การเข้าเยี่ยมของญาติจำนวน 2 ครั้งต่อวัน	185	46.3
การเข้าเยี่ยมของญาติจำนวน 3 ครั้งต่อวัน	26	6.5
การเข้าเยี่ยมของญาติจำนวน 6 ครั้งต่อวัน	13	3.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายกับเพศหญิงมีจำนวนเกือบเท่ากัน (ร้อยละ 50.3 และ ร้อยละ 49.8) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.8 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.3) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.8) เป็นส่วนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.3) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.0) เกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.0) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าป่วยด้วยโรคระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 1-10 วันเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 72.8 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 7 วัน จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ย 10.3 วัน และมีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.3

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ

2. **แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** โดยผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์ธเอลเอดี แอล (Barthel ADL Index) ของ สุธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel and Mahoney (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูงถึง 0.93 จากการนำไปใช้ของ ดวงมล สุวรรณ (2560) ในการศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 20 คน การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล , 2542)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับ

ปานกลาง

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง

3. **แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** หรือ Cultural-Free Self-Esteem Inventory (CFSEI-2) สร้างโดย Rosenberg (1965) เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แปลและแปลย้อนกลับโดย Sasat et al. (2002) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง วาสนา พุ่งฟู (2548) ได้นำไปวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .91 ความหมายของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากที่สุดหรือเกือบตลอด

มาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากหรือบ่อยครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบางครั้งแต่ไม่บ่อย

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง

ไม่มี หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 7, 8, 10

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 5, 6, 9

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ ข้อความมากที่สุด ข้อคำถามทางบวก มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไม่มี มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ข้อความมากที่สุด ข้อคำถามทางลบ มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ไม่มี มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน การแปลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแบ่งตามค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.68-5.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 37-50 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง
2.34-3.67 (คะแนนอยู่ในช่วง 24-36 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-2.33 (คะแนนอยู่ในช่วง 0-23 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

4. แบบประเมินบุคลิกภาพ The Maudsley Personality Inventory (MPI) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามวัดบุคลิกภาพของ Eysenck (1959) ได้แปลเป็นภาษาไทยโดยสมทรง สุวรรณเลิศ (2512) และได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมโดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญแบบวัดนี้ ใช้วัดลักษณะบุคลิกภาพพื้นฐานทางอารมณ์และการแสดงออก สามารถจำแนกความแตกต่างของบุคลิกภาพได้เป็นอย่างดี ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์ (2525) นำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการทดสอบ Test-Retest กับกลุ่มนักเรียนนายเรืออากาศ จำนวน 59 นาย ได้ค่าความเที่ยงของ Scale-E = 0.91 และ Scale-N = 0.90 เป็น Self-rating scale ซึ่งประกอบด้วย คำถาม 48 ข้อ ใช้ประเมินบุคลิกภาพ 2 มิติ ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน คือ บุคลิกภาพแสดงออกและเก็บตัว (Extraversion-Introversion) คือ Scale-E และบุคลิกภาพที่อ่อนไหวทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism-Stability) คือ Scale-N อย่างละ 24 ข้อ ดังนี้

Scale-E ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 1, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 44, 46 และ 48

Scale-N ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 2, 3, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45 และ 47

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก คำตอบ “ใช่” ได้ 2 คะแนน “ไม่แน่ใจ” ได้ 1 คะแนน “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 และ 48

ข้อคำถามเชิงลบ คำตอบ “ใช่” ได้ 0 คะแนน “ไม่แน่ใจ” ได้ 1 คะแนน “ไม่ใช่” ได้ 2 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถามที่ 14, 16, 18, 22, 24, 30, 36 และ 40

การแปลผลคะแนนในบุคลิกภาพแต่ละแบบ ดังนี้

- 1) บุคลิกภาพชอบเก็บตัว (Inversion) คะแนน Scale-E < 24
- 2) บุคลิกภาพชอบแสดงออก (Extroversion) คะแนน Scale-E \geq 24
- 3) บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) คะแนน Scale-N \geq 24
- 4) บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คะแนน Scale-N < 24

การแปลผลออกเป็นบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล สามารถแบ่งออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

- 1) บุคลิกภาพชอบเก็บตัว – อ่อนไหวทางอารมณ์
- 2) บุคลิกภาพที่ชอบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์
- 3) บุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์
- 4) บุคลิกภาพแบบแสดงออก – มั่นคงทางอารมณ์

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ มธูรส จันท์แสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเลย จนถึงให้ความช่วยเหลือมากที่สุด โดย กนกอร พูนเปี่ยม (2558) ได้ดัดแปลงเพื่อนำไปวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราวน์ .97 ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ด้านการประเมินตนเอง มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ และด้านทรัพยากร มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ และปรับลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

- | | |
|-----------------|---|
| เห็นด้วยมาก | หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยมากกับข้อความนั้น |
| เห็นด้วยปานกลาง | หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยปานกลางกับข้อความนั้น |
| เห็นด้วยน้อย | หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเห็นด้วยน้อยกับข้อความนั้น |
| ไม่เห็นด้วย | หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น |

การแปลคะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนนอยู่ระหว่าง 45-56 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
 คะแนนอยู่ระหว่าง 29-42 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปาน
 กลาง

คะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบวัดความว้าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความว้าเหว

The Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment (SLMC) จากแบบวัดความว้าเหวของ Francis (1976) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างโดยแนวคิดของอาจารย์ทางการแพทย์ที่มีความสนใจในการศึกษาความว้าเหว และข้อคำถามจะสอบถามเกี่ยวข้องกับความว้าเหว และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ระดับความว้าเหวจากการพลัดพรากแยกจากสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ เคยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rodger, 1989) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 เป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาสั้นในการทำและสามารถเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำไปให้สถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลเป็นภาษาไทยและแปลแบบย้อนกลับ จากนั้นได้ปรับปรุงพัฒนาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทยและความเหมาะสมในการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งการให้การวิเคราะห์คะแนนออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1-8) จะเป็นการวิเคราะห์ความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ (Cathetic Investment) และส่วนที่ 2 จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 9-16) เป็นการวิเคราะห์ระดับความว้าเหว มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

เกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ ข้อความมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไม่มี มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน การแปลคะแนนระดับความว้าเหว แบ่งตามค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.68-5.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 21 -25 คะแนน)	ความว้าเหวอยู่ในระดับสูง
2.34-3.67 (คะแนนอยู่ในช่วง 16-20 คะแนน)	ความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-2.33 (คะแนนอยู่ในช่วง 1-15 คะแนน)	ความว้าเหวอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินบุคลิกภาพ MPI แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์สอนการพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลจำนวน 2 คน

ส่วนเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นเครื่องมือที่มาตรฐานและได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของไทยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ส่งตรวจหาความตรงตามเนื้อหา

สำหรับแบบประเมินบุคลิกภาพ MPI แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะขอผู้ทรงคุณวุฒิ ดังผลในตารางที่ 3 – 5 ดังนี้

ตารางที่ 3 การปรับปรุงแบบประเมินบุคลิกภาพ MPI ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ปรับปรุงจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว	ข้อที่ 1 ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้ความรวดเร็ว
ข้อที่ 6 บ่อยทีเดียวที่ท่านคิดถึงเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท่านกำลังพูดถึงอยู่	ข้อที่ 6 บ่อยครั้งที่ท่านคิดถึงเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ท่านกำลังพูดถึงอยู่
ข้อที่ 9 ท่านจะรู้สึกไม่มีความสุขเลย ถ้าไม่ได้พบปะติดต่อกับผู้อื่นหรือเข้าสังคมบ่อยๆ	ข้อที่ 9 ท่านรู้สึกไม่มีความสุขเลย หากไม่ได้พบปะติดต่อกับผู้อื่นหรือเข้าสังคมบ่อยๆ
ข้อที่ 15 ท่านมักชอบคำนึงถึงอดีต	ข้อที่ 15 ท่านมักชอบคำนึงถึงอดีตบ่อยๆ
ข้อที่ 16 ท่านรู้สึกลำบากที่จะปล่อยให้สนุกสนานเต็มที่ แม้จะอยู่ท่ามกลางงานรื่นเริง	ข้อที่ 16 ท่านรู้สึกลำบากในการสนุกสนานอย่างเต็มที่ท่ามกลางงานรื่นเริง
ข้อที่ 19 บ่อยทีเดียวที่ท่านตัดสินใจเข้าไป	ข้อที่ 19 บ่อยครั้งที่ท่านตัดสินใจเข้าไป
ข้อที่ 22 ท่านเป็นคนพิถีพิถันในการเลือกคบคน	ข้อที่ 22 ท่านเป็นคนระมัดระวังในการเลือกคบ
ข้อที่ 24 ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงานตามขีดความสามารถ	ข้อที่ 24 ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสก้าวหน้าในการทำกิจกรรมตามความสามารถของท่าน
ข้อที่ 27 ท่านมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้งานได้ดีขึ้นในการทำงาน	ข้อที่ 27 ท่านมีโอกาสได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงานได้ดีขึ้น
ข้อที่ 30 ท่านรู้สึกกระดากอายเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม	ข้อที่ 30 ท่านรู้สึกเขินอายเมื่ออยู่ต่อหน้าเพศตรงข้าม
ข้อที่ 38 ท่านสามารถที่จะสนุกสนานได้เต็มที่ในงานรื่นเริง	ข้อที่ 38 ท่านสนุกสนานอย่างเต็มที่ในงานรื่นเริง
ข้อที่ 40 ท่านชอบทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจอย่างเต็มที่	ข้อที่ 40 ท่านชอบทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความตั้งใจอย่างเต็มที่
ข้อที่ 42 ท่านมักทำงานอย่างไม่มีใครเอาจริงเอาจังนัก	ข้อที่ 42 ท่านมักทำกิจกรรมอย่างไม่มีใครเอาจริงเอาจัง
ข้อที่ 43 ท่านเป็นคนใจน้อยไม่ว่าเรื่องอะไร	ข้อที่ 43 ท่านเป็นคนขี้ใจน้อยไม่ว่าเรื่องอะไร
ข้อที่ 48 ท่านไม่เอาจริงเอาจังกับผู้อื่น	ข้อที่ 48 ท่านเป็นคนไม่จริงจังกับผู้อื่น

ตารางที่ 4 การปรับปรุงแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 5 บุคคลรอบข้างให้ความนับถือและยกย่องให้เกียรติท่าน	ข้อที่ 5 บุคคลรอบข้างให้ความยกย่องนับถือและให้เกียรติท่าน
ข้อที่ 8 ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นกับบุคคลรอบข้าง	ข้อที่ 8 ท่านมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆกับบุคคลรอบข้าง
ข้อที่ 9 ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จากชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาสาสมัครเพื่อสังคมหรือกิจกรรมของหมู่บ้าน	ข้อที่ 9 ท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทีวี วิทยุ
ข้อที่ 10 ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ	ข้อที่ 10 ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ

ตารางที่ 5 การปรับปรุงแบบวัดความไว้ใจในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 2 ท่านคิดว่าท่านใช้เวลาอยู่ที่นั่นนานเท่าใด	ข้อที่ 2 ท่านใช้เวลาอยู่ในสถานที่ตามข้อ 1 นานอย่างไร
ข้อที่ 3 ท่านเคยอาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ อีกกี่คนในสถานที่ดังกล่าวของท่าน	ข้อที่ 3 ท่านเคยอาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ อีกกี่คนในสถานที่ตามข้อ 2 ของท่าน
ข้อที่ 6 นอกจากตัวบุคคลแล้ว ท่านมีสิ่งของที่พิเศษอื่นใดหรือไม่ ณ ที่อยู่อาศัย ที่ท่านรู้สึกที่สำคัญยิ่ง หรือมี/เคยมีความหมายกับท่านอย่างมาก	ข้อที่ 6 นอกจากตัวบุคคลแล้ว ท่านมีสิ่งของที่พิเศษที่ท่านรู้สึกว่าคุณค่าสำคัญยิ่ง หรือมี/เคยมีความหมายกับท่านต่อท่านอย่างมาก
ข้อที่ 7 สิ่งต่าง ๆ หรือวัตถุที่เคยและยังคงสำคัญอย่างยิ่งกับท่านคืออะไร	ข้อที่ 7 สิ่งต่าง ๆ หรือวัตถุที่เคยมีและยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับท่านคืออะไร

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 9 ท่านคิดถึงหรือรู้สึกว่าคุณแยกจากผู้ที่ท่านคิดว่าสนิทด้วยหรือไม่	ข้อที่ 9 ท่านคิดถึงหรือรู้สึกว่าคุณแยกจากบุคคลที่ท่านคิดว่าสนิทด้วยหรือไม่
ข้อที่ 10 ผู้ที่ท่านคิดว่าสนิทด้วยมาเยี่ยมท่านที่โรงพยาบาลเป็นประจำหรือไม่	ข้อที่ 10 ท่านมีคนที่รู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับท่านมาเยี่ยมท่านที่โรงพยาบาลเป็นประจำหรือไม่
ข้อที่ 11 ท่านคิดถึงมากสิ่งของพิเศษที่ท่านกล่าวถึงหรือรู้สึกถูกแยกจากของสิ่งนั้นหรือไม่	ข้อที่ 11 ท่านรู้สึกคิดถึงหรือรู้สึกถูกแยกจากของสิ่งพิเศษ (ระบุสิ่งนั้น) ที่ท่านกล่าวถึงนั้นอย่างไร
ข้อที่ 12 จงพิจารณาคำถามข้อนี้ และเล่าให้ข้าพเจ้าฟังโดยใช้คำพูดของตัวเอง พยายามบรรยายสิ่งที่ท่านชอบ หรือท่านรู้สึกอย่างไร เมื่อต้องพลัดพรากจากผู้คนที่เคยอยู่ด้วยหรือสิ่งของที่ท่านใช้อยู่หรือที่เคยใช้	ข้อที่ 12 เมื่อท่านต้องพลัดพรากจากบุคคลที่ท่านเคยอยู่ด้วยและสิ่งของที่เป็นของท่าน ท่านรู้สึกอย่างไร ขอให้ท่านเล่าความรู้สึก ความคิดของท่านตามความเห็นของท่าน
ข้อที่ 13 หากท่านคิดถึงใครหรืออะไรก็ตาม ท่านคิดถึงผู้คน (ระบุชื่อ) และสิ่งของ (ระบุชื่อ) มากหรือน้อยลงอย่างไร เมื่อท่านอยู่ที่โรงพยาบาลนานขึ้น คิดหรือไม่ว่าท่านคิดถึงบุคคลหรือสิ่งของเหล่านั้นมากขึ้น เมื่อท่านอยู่ที่นั่นนานขึ้น เพราะเหตุใดความรู้สึกของท่านจึงแย่งลง	ข้อที่ 13 หากท่านคิดถึงใครหรือสิ่งใดก็ตาม ท่านคิดถึงบุคคล (ระบุชื่อ) และสิ่งของ (ระบุชื่อ) มากหรือน้อยลงอย่างไร เมื่อท่านอยู่ที่โรงพยาบาลนานขึ้น เหตุผลว่าเพราะเหตุใดท่านจึงคิดถึงบุคคลหรือสิ่งของเหล่านั้นมากขึ้นจนรู้สึกแย่ง
ข้อที่ 14 ก. (หากข้อ 13 ท่านตอบว่า 1 หรือ 2) ท่านกล่าวได้หรือไม่ว่า ท่านคิดถึงบุคคลหรือสิ่งของน้อยลง เมื่อท่านอยู่ที่นั่นนานขึ้น เพราะเหตุใด ความรู้สึกของท่านจึงดีขึ้น	ข้อที่ 14 ก.(หากข้อ 13 ท่านตอบว่า 1 หรือ 2) ขอให้บอกเหตุผลว่าเพราะเหตุใด ท่านจึงคิดถึงบุคคลหรือสิ่งของเหล่านั้นน้อยลง
ข้อที่ 16. ท่านคิดว่าท่านเคยรู้สึกว่าเหง่ท่านขณะที่ท่านอยู่ที่นี้หรือไม่	ข้อที่ 16. ท่านคิดว่า ท่านเคยรู้สึกว่าเหง่ ท่านขณะที่ท่านอยู่โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด

1.2 ภายหลังจากปรับปรุงข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามเกณฑ์กำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2006) คือ

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมน้อย

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมค่อนข้างมาก

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้อง/เหมาะสมมาก

โดยใช้เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า .80 โดยคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามเชิงปฏิบัติการ

สูตรการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความเห็นในระดับ 3 หรือ ระดับ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในครั้งนี้นี้แบบประเมินบุคลิกภาพ MPI ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามบุคลิกภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความว่าเหวในผู้สูงอายุที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) (DeVellis, 2012) ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 6 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ความเที่ยง
1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.83
2. แบบสอบถามบุคลิกภาพ MPI	0.85
3. แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.92
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.81
5. แบบวัดความวิตกกังวล	0.86

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2562 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 291/2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 139/2562 ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2562 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ 034/62 และผ่านคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2562 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ จว. 84/2562 โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยวิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ทุกวัน วันจันทร์ - วันศุกร์ โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2562 ถึง 4 ธันวาคม 2562 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2562 ถึง 20 มกราคม 2563 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ และดำเนินการเก็บรวบรวม

ข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่วันที่ 7 มกราคม 2563 ถึง 11 มิถุนายน 2562 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 14 สัปดาห์ (โดยช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้พักการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 20 มีนาคม 2563 ถึง 11 พฤษภาคม 2563) มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ได้เข้าไปติดต่อผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล และนัดหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ตามข้อกำหนดของในแต่ละโรงพยาบาล
3. จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดกรองคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักจากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยทำการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนด พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างคร่าวๆ รวมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักต่อไป
4. เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ได้เข้าขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมโครงการ พูดคุยสนทนาด้วยความเป็นกันเอง และใช้วิธีการตอบแบบสอบถามครั้งละ 1 คน โดยขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวม ข้อมูลบริเวณเตียงผู้ป่วย ขออนุญาตปิดกั้นม่านระหว่างเตียงเพื่อความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด และผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้ผู้ให้ข้อมูลฟังทีละข้อ และให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุดอย่างอิสระ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบตามที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที ในการตอบแบบสอบถามหากผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยและเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลาย และในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลมีอาการกำเริบ หรือไม่สะดวก ผู้วิจัยได้หยุดการให้ข้อมูลได้ทันที และได้นัดหมายในวันถัดไป จนกว่าจะสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนและครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล
5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจนได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งเปรียบเทียบวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ลักษณะบุคคล ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ในบทนี้ผู้วิจัยรายงาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

- ตอนที่ 1** การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ตอนที่ 2** การศึกษาอายุ เพศ บุคคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของ ญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการ สนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- ตอนที่ 3** การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระหว่าง อายุ เพศ บุคคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล

ตอนที่ 1 การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลดัง
ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ของความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล จำแนกตามระดับความว่าเหว

ความว่าเหว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความว่าเหวระดับต่ำ	242	60.5
ความว่าเหวระดับปานกลาง	118	29.5
ความว่าเหวระดับสูง	40	10
รวม	400	100

จากตารางที่ 7 พบว่า ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลมีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 60.5 และมีความว่าเหวอยู่ในระดับสูงร้อยละ 10
และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความว่าเหวจากการถูกพลัดพรากหรือแยกจากบุคคล
และสิ่งของอันเป็นที่รักในแต่ละรายการ ได้นำเสนอในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ และความ
ว่าเหว

ความว่าเหว	\bar{X}	SD	ระดับ
ความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ (Cathetic Investment)			
1. อาศัยอยู่ที่ใดก่อนจะเข้าโรงพยาบาลสถานที่นั้นคือ	2.69	1.10	ปานกลาง
2. ใช้เวลาอยู่ที่นั่นนานเท่าใด	2.70	0.94	ปานกลาง
3. เคยอาศัยอยู่กับคนอื่น ๆ อีกกี่คนในสถานที่ดังกล่าว	2.71	1.18	ปานกลาง

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ความว่าเหว่	\bar{X}	SD	ระดับ
4. คนที่อาศัยอยู่ด้วยกันมีความสัมพันธ์/เกี่ยวข้องอย่างไร	3.67	2.33	ปานกลาง
5. โดยทั่วไป มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดหรือสนิทกับคน จำนวนกี่คน เมื่อเข้าพักโรงพยาบาล	1.99	0.81	ต่ำ
6. นอกจากตัวบุคคลแล้ว มีสิ่งของที่พิเศษอื่นใด ณ สถานที่ดังกล่าว ที่รู้สึกว่าคุณค่าหรือมี/เคยมี ความหมายอย่างมากหรือไม่	2.58	1.28	ปานกลาง
7. สิ่งต่าง ๆ หรือวัตถุที่เคยมีและยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับ คืออะไร	3.68	1.82	สูง
8. บางคนคิดถึงสถานที่พักอาศัยเมื่อต้องจากมา รู้สึกคิดถึง หรือรู้สึกแยกจากที่พักอาศัยตั้งแต่ เข้าพักที่โรงพยาบาล หรือไม่	2.71	1.21	ปานกลาง
ผลรวมรายด้าน	2.84	1.33	ปานกลาง
ความว่าเหว่จากการถูกพลัดพราก			
9. คิดถึงหรือรู้สึกว่าถูกแยกจากบุคคลที่คิดว่าสนิทด้วย หรือไม่	3.19	1.17	ปานกลาง
10. บุคคลที่คิดว่าสนิทด้วยมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเป็น ประจำหรือไม่	1.79	1.01	ต่ำ
11. รู้สึกคิดถึงหรือรู้สึกถูกแยกจากของสิ่งพิเศษ (ระบุสิ่ง นั้น) ที่กล่าวถึงนั้นอย่างไร	2.45	1.17	ปานกลาง
13. หากอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ท่านคิดถึงใคร (ระบุชื่อ) และสิ่งใด (ระบุชื่อ) ก็ตาม คิดถึงสิ่งนั้น ๆ มากขึ้นหรือ น้อยลงอย่างไร	3.38	1.36	ปานกลาง
16. เคยรู้สึกว่าเหว่ในขณะที่ท่านอยู่โรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด	3.51	1.16	ปานกลาง
ผลรวมรายด้าน	2.86	1.17	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ (Cathetic Investment) และด้านความว่าเหวจากการพลัดพรากจากสิ่งที่มีความหมายแห่งใจอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.84 และ \bar{X} =2.86) พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ สิ่งที่เคยมีและยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ สัตว์เลี้ยง กิจกรรมนันทนาการที่บ้านที่ทำด้วยตนเอง รวมถึงอาชีพ ส่วนความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดหรือสนิทกับคนจำนวนกี่คน เมื่อเข้าพักโรงพยาบาล และบุคคลที่คิดว่าสนิทด้วยมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเป็นประจำหรือไม่อยู่ในระดับต่ำ นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 2 การศึกษาอายุ เพศ บุคคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาอายุ เพศ บุคคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังผลตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ เพศ บุคคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD
อายุ			
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	200	2.63	0.59
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	161	2.87	0.69
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	39	3.28	1.03

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD
เพศ			
ชาย	201	2.63	0.50
หญิง	199	2.97	0.84
บุคลิกภาพ			
บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – อ่อนไหวทางอารมณ์	5	2.21	0.49
บุคลิกภาพที่แบบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์	3	2.55	0.09
บุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์	380	2.81	0.72
บุคลิกภาพแบบแสดงออก – มั่นคงทางอารมณ์	12	2.48	0.16
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล			
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-10 วัน	290	2.65	0.67
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วัน	88	3.29	0.64
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน	15	2.45	0.49
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน	5	3.25	0.96
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไป	2	3.04	0.53
จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ			
การเข้าเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน	14	1.94	0.14
การเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน	162	2.96	0.66
การเข้าเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน	185	2.71	0.77
การเข้าเยี่ยมของญาติ 6 ครั้งต่อวัน	26	3.04	0.71
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ	170	3.15	0.56
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง	109	2.79	0.81
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง	121	2.30	0.45
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง	91	3.39	0.76
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง	78	2.84	0.69

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{x}	SD
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ	231	2.55	0.53
การสนับสนุนทางสังคม			
การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง	280	2.88	0.73
การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง	107	2.67	0.64
การได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ	13	2.17	0.19

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายกับเพศหญิงมีจำนวนเกือบเท่ากัน (ร้อยละ 50.3 และ ร้อยละ 49.8) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.8 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.3) และประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.8) เป็นส่วนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.3) และมัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.0) เกินกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) และความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30.0) นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีระยะเวลานอนโรงพยาบาลจำนวน 1-10 วันเป็นส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 72.8 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 7 วัน จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ย 10.3 วัน และมีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.3

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระหว่าง อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเปรียบเทียบความว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้าน เพศชายหญิงดังผลตารางที่ 10 และการเปรียบเทียบความว่าเหตุในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระหว่าง อายุ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังผลตารางที่ 11-24

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างเพศชายและหญิง

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value
เพศ					
ชาย	201	2.63	0.50	t=-4.88	0.00
หญิง	199	2.97	0.84		

จากตารางที่ 10 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในการเปรียบเทียบบุคลิกภาพในแต่ละมิติ เพื่อทดสอบตามบุคลิกภาพที่แสดงทั้ง 2 มิติ 4 ลักษณะ ผลดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบระหว่างแบบของบุคลิกภาพในแต่ละมิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value
บุคลิกภาพ					
มิติที่ 1 Scale-E (บุคลิกภาพแสดงออก-เก็บตัว)					
แบบแสดงออก	20	2.03	0.38	t= -5.05	0.00
แบบเก็บตัว	380	2.83	0.70		
มิติที่ 2 Scale-N (บุคลิกภาพอารมณ์อ่อนไหว-มั่นคง)					
แบบอ่อนไหวทางอารมณ์	17	2.52	0.25	t= -4.01	0.00
แบบมั่นคงทางอารมณ์	383	2.81	0.72		

จากตารางที่ 11 พบว่า บุคลิกภาพในแต่ละมิติของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จัดเป็นบุคลิกภาพที่แตกต่าง 4 ลักษณะในแต่ละบุคคลจึงนำมาเปรียบเทียบกับความว่าเหวผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	S.D.	ค่าสถิติ	p-value
ประเภทบุคลิกภาพ					
บุคลิกภาพแบบเก็บตัว – อ่อนไหวทางอารมณ์	5	2.21	0.49	F=2.09	0.10
บุคลิกภาพที่แบบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์	3	2.55	0.09		
บุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์	380	2.81	0.72		
บุคลิกภาพแบบแสดงออก – มั่นคงทางอารมณ์	12	2.48	0.16		

จากตารางที่ 12 พบว่า ความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำแนกตามบุคลิกภาพ 4 ลักษณะไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างอายุที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	S.D.	ค่าสถิติ	p-value
ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี)	200	2.63	0.59	F =15.99	0.00
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี)	161	2.87	0.69		
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	39	3.28	1.03		

จากตารางที่ 13 พบว่า ความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุแตกต่างกันมีความว่าหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบแบบรายคู่ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	60-69 ปี			70-79 ปี		80 ปีขึ้นไป	
	\bar{x}	2.63	2.87	3.28			
60-69 ปี	2.63	-					
70-79 ปี	2.87	0.23*	-				
80 ปีขึ้นไป	3.28	0.64*	0.40*	-			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 14 พบว่า ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีความว่าเหวมากกว่าอายุผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปีและอายุ 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-79 ปีมีความว่าเหวมากกว่ากลุ่มอายุ 60-69 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่ต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{x}	SD	ค่าสถิติ	p-value
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (Min=5, Max=45)					
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 1-10 วัน	290	2.65	0.67	F=17.12	0.00
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วัน	88	3.29	0.64		
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน	15	2.45	0.49		
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน	5	3.25	0.96		
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไป	2	3.04	0.53		

จากตารางที่ 15 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลแตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบแบบรายคู่ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาอน โรงพยาบาล (วัน)	\bar{X}	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5
11-20 วัน (X_1)	3.29	-				
31-40 วัน (X_2)	3.25	0.04	-			
40 วันขึ้นไป (X_3)	3.04	0.25	0.21	-		
5-10 วัน (X_4)	2.65	0.63*	0.59	0.39	-	
21-30 วัน (X_5)	2.45	0.83*	0.79*	0.59*	0.20	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 16 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11-20 วันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 5-10 วันและผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน ผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 31-40 วัน มีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วัน และผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 40 วันขึ้นไปมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 21-30 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value
จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ (Min=0, Max=6)					
การเข้าเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน	14	1.94	0.14	F= 10.14	0.00
การเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน	162	2.96	0.66		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน	185	2.71	0.77		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 6 ครั้งต่อวัน	26	3.04	0.71		

จากตารางที่ 17 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติแตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบแบบรายคู่ ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ

จำนวนครั้งการเยี่ยม ของญาติ	\bar{x}	3 ครั้ง	1 ครั้ง	2 ครั้ง	6 ครั้ง	ไม่มี
		ต่อวัน	ต่อวัน	ต่อวัน	ต่อวัน	
3 ครั้งต่อวัน	3.04	-				
1 ครั้งต่อวัน	2.96	0.08	-			
2 ครั้งต่อวัน	2.71	0.33*	0.25*	-		
6 ครั้งต่อวัน	2.46	0.58*	0.49*	0.25*	-	
ไม่มี	1.94	1.10*	1.01*	0.76*	0.52*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 18 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน 6 ครั้งต่อวันและไม่มีญาติเข้าเยี่ยม ผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน 6 ครั้งต่อวันและไม่มีญาติเข้าเยี่ยม ผู้ที่มีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยม 6 ครั้งต่อวันและไม่มีญาติเข้าเยี่ยม และผู้ที่มีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 6 ครั้งต่อวันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่ไม่มีการเยี่ยมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ	170	3.15	0.56	F=67.80	0.00
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง	109	2.79	0.81		
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง	121	2.30	0.45		

จากตารางที่ 19 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบแบบรายคู่ ดังผลตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	\bar{X}	X ₁	X ₂	X ₃
	\bar{X}	3.15	2.79	2.30
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ (X ₁)	3.15	-		
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง (X ₂)	2.79	0.36*	-	
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง (X ₃)	2.30	0.85*	0.49*	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 20 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและผู้ที่มีความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ ผู้ที่มีอย่างที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน

ตัวแปร	จำนวน (คน)	\bar{X}	SD	ค่าสถิติ	p-value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง					
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง	91	3.39	0.76	F=58.45	0.00
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง	78	2.84	0.69		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ	231	2.55	0.53		

จากตารางที่ 21 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำการเปรียบเทียบแบบรายคู่ ดังผลตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
\bar{X}	3.39	2.84	2.55
ระดับสูง	3.39	-	-
ระดับปานกลาง	2.84	0.54*	-
ระดับต่ำ	2.55	0.84*	0.29*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 22 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางและผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ และผู้ที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.96 และ 0.91 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้นเป็นเครื่องมือที่มาตรฐาน และได้ถูกนำไปใช้ในบริบทของไทยอย่างแพร่หลาย จึงไม่ส่งตรวจหาความตรงตามเนื้อหา และนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมาตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) (DeVellis, 2012) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดบุคลิกภาพ MPI แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้เท่ากับ 0.83, 0.92, 0.85, 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับความวิตกกังวลจากค่าเฉลี่ย

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปรกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ดังนี้

3.1 ตัวแปรเพศ และแบบของบุคลิกภาพตามมิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติที (t-test Independent)

3.2 ตัวแปรอายุ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANOVA

สรุปผลการวิจัย

1. ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้ คือ

1.1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 60.5 และมีความว่าเหวระดับสูงร้อยละ 10

1.2 ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ (Cathetic Investment) และด้านความว่าเหวจากการพลัดพรากจากสิ่งที่มีความหมายแห่งใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.84$ และ $\bar{x}=2.86$) พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ได้แก่ สิ่งที่เคยมีและยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ได้แก่ สัตว์เลี้ยง กิจกรรมนันทนาการที่บ้านที่ทำด้วยตนเอง รวมถึงอาชีพ ส่วนความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดหรือสนิทกับคนจำนวนกี่คน เมื่อเข้าพักโรงพยาบาล และบุคคลที่คิดว่าสนิทด้วยมาเยี่ยมที่โรงพยาบาลเป็นประจำหรือไม่อยู่ในระดับต่ำ นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

2. อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 อายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.86 ปี อายุน้อยที่สุด คือ อายุ 60 ปี และอายุมากที่สุด คือ อายุ 81 ปี เมื่อแบ่งออกเป็นช่วงอายุ คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุ (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีระดับความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) ($F = 15.99, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 เพศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงในจำนวนเกือบเท่ากัน เพศชายร้อยละ 50.3 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 49.7 ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีระดับความว่าเหวมากกว่าเพศชาย ($t = -4.882, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 บุคลิกภาพ ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์ ถึงร้อยละ 95 และมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.75 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีลักษณะบุคคลแตกต่างกัน พบว่า มีระดับความว่าเหวไม่แตกต่างกัน ($F = 2.094, p = .101$)

2.4 ระยะเวลาอนโรงพยาบาล พบว่า มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 10.3 วัน มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นที่สุด คือ 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานที่สุด คือ 45 วันคิดเป็นร้อยละ 0.3 และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 7 วันร้อยละ 18.8 และผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11- 20 วันมีความว่าเหวมากกว่าระยะเวลาอนโรงพยาบาลในทุกรูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติมีการเข้าเยี่ยมของญาติมากที่สุด คือ การเข้าเยี่ยม 2 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 46.3 ไม่มีญาติเข้าเยี่ยมเลยมีเพียงร้อยละ 3.5 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน มีระดับความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยม 1 ครั้งต่อวัน 3 ครั้งต่อวัน 6 ครั้งต่อวัน และผู้ที่ไม่มียญาติเข้าเยี่ยม ($F = 10.14, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำถึงร้อยละ 42.5 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 27.25 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูงร้อยละ 30.25 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางและผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับสูง ($F = 67.80, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.75 และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางและผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ($F = 58.45, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 70 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($F = 8.86, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้ อภิปรายการวิจัยได้ดังนี้

ข้อที่ 1 การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 60.5 และว่าเหวในระดับสูงร้อยละ 10 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญโพยม เขยสมบัติ (2547) ที่พบว่า ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นช่วงวัยที่เริ่มค้นพบความเจ็บป่วยในร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasad, et al. (2012) ที่พบว่า ช่วงวัยสูงอายุตอนต้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างเห็นได้ชัด ค้นพบความเจ็บป่วย จนบางครั้งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงวัยอื่นๆ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Çiraci et al. (2016) ที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีกำลังใจ และอาจเกิดจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุขในประเทศ รวมถึงผู้สูงอายุได้รับการดูแลสวัสดิการ ค่ารักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลหากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ จะมีเพียงค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆ ที่ต้องใช้ในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น เช่น ค่าของใช้ส่วนตัว ค่าจ้างผู้ดูแลในกรณีที่บุคคลในครอบครัวไม่สามารถดูแลเฝ้าไข้ได้ และจากการศึกษานี้ พบอีกว่า มีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติส่วนใหญ่เป็นจำนวน 2 ครั้งต่อวัน ผู้สูงอายุที่เข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลจึงไม่รู้สึกรบกวนแยกจากบุคคลที่มีความหมายแห่งใจ จึงส่งผลให้มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalise, et al. (2010) ที่พบว่า การสนับสนุนจากคู่ชีวิตและบุคคลในครอบครัวในด้านต่างๆ สามารถลดการเกิดความว่าเหวได้

ข้อที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระหว่าง อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยนำผลที่ได้การศึกษาในวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 ร่วมกับวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60- 69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 50 (SD = 6.23) สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasad, et al. (2012) ที่พบว่า ช่วงวัยสูงอายุตอนต้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอย่างเห็นได้ชัด ค้นพบความเจ็บป่วย จนบางครั้งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงวัยอื่นๆ และในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุตอนต้นช่วงวัย 65 ปี ร้อยละ 80 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค และร้อยละ 50 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยสองโรค และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)และผู้สูงอายุกลาง (อายุ 70-79 ปี) ($F = 15.99, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Arslantas et al. (2015) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ร่วมกับการศึกษาของ Sorrell (2010) ที่พบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางที่เสื่อมถอย อาจแปลความหมายผิดไป ทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้

เพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเกือบเท่ากัน (ร้อยละ 50.3 และร้อยละ 49.7) โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gubbels Bupp M. (2015) พบว่า เพศชายมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าเพศหญิงในวัยเดียวกัน เมื่อถึงวัยสูงอายุและป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหมือนกันจะมีอัตราการเจ็บป่วยที่มากกว่าเพศหญิงในวัยเดียวกัน และเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าเพศชาย ($t = -4.882, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Komurcu et al. (2014) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าชาย และจากการศึกษาของ Dong and Chen (2017) ที่พบว่า เพศหญิงมีประสบการณ์การพร่องทางสังคมน้อยกว่าเพศชาย จากการต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงขาดการติดต่อกับกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้เกิดความว่าเหวมากกว่าเพศชาย

บุคลิกภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบแสดงออก – อ่อนไหวทางอารมณ์ ถึงร้อยละ 95 และบุคลิกภาพที่แบบเก็บตัว – มั่นคงทางอารมณ์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.75 ซึ่งในช่วงวัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจที่ต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ๆ ในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Abdellaoui et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง มีอารมณ์อ่อนไหวมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schermer and Martin (2019) ที่พบว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพเก็บตัวมีโอกาสเกิดความว่าเหวได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพเปิดเผย ส่งผลให้ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีระดับความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ แต่ในการศึกษานี้พบอีกว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีบุคลิกภาพแตกต่างกัน มีระดับความว่าเหวไม่แตกต่างกัน ($F=2.094, p = .10$)

ระยะเวลาอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 10.3 วัน มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นที่สุด คือ 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ระยะเวลาการอนโรงพยาบาลนานที่สุด คือ 45 วันคิดเป็นร้อยละ 0.3 และระยะเวลาการอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 7 วันร้อยละ 18.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan (1998) พบว่า การอนโรงพยาบาลมากกว่า 5 วัน นำไปสู่การเกิดความว่าเหวได้ และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกัน ($F = 17.12, p = 0.00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่สั้นที่สุด และมากที่สุดมีความแตกต่างกันมาก และบางรายมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลยาวนานมาก จนกระทั่งสามารถปรับตัวในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับ Proffitt and Bryne (1993) และ Balfour and Lange (2012) ที่พบว่าหากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลทำให้เกิดความว่าเหวได้

จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการเข้าเยี่ยมของญาติสูงสุด คือ การเข้าเยี่ยม 2 ครั้งต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 46.3 ไม่มีญาติเข้าเยี่ยมเลยมีเพียงร้อยละ 3.5 ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในประเทศไทยที่วัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น วัยทำงานมีจำนวนลดลง และมีอัตราการเกิดลดลง ส่งผลให้ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลง แต่อัตราการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ลดลง อาจเนื่องมาจากภายในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ติดต่อกัน ถึงแม้ว่าบุตรหลานจะต้องทำงานไปด้วย แต่ก็จัดสรรเวลาเข้ามาเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Griffin (2010) ที่พบว่า การเข้าเยี่ยมของญาติมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย จำนวนการเข้าเยี่ยมจึงส่งผลต่อการเกิดความว่าเหว และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน มีระดับความว่าเหวสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ($F = 10.14, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Perissinotto, Stijacic and Covinsky ที่กล่าวว่าในบางครั้งการเยี่ยมการรักษาอย่างใกล้ชิดมากเกินไปส่งผลให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้มากกว่าสาเหตุอื่นๆ ก็เป็นไปได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำถึงร้อยละ 42.5 อาจเนื่องมาจากในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น แม้ว่าจะรู้สึกตัวดี พุดคุยตามตอบได้รู้เรื่อง แต่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยการรักษาที่ได้รับ เช่น กลุ่มตัวอย่างใส่สายให้ออกซิเจนทางจมูก ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จึงไม่สามารถลุกยืนได้ ไม่สามารถเดินไปมาได้ด้วยตนเองลำพัง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 27.25

และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูงร้อยละ 30.25 และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับต่ำมีความเห็นว่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง ($F = 67.809, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Miri (2017) ที่กล่าวว่า วยสูงอายุเป็นวัยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปเมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ บทบาท และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค ส่งผลให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ McInnis and White (2001) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือสูญเสียไป จะทำให้รู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ส่งผลให้เกิดความว่าเหวได้เช่นกัน ร่วมกับการศึกษาของ Löfvenmark et al., 2009 และ Petite, et al., 2015 ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากจะมีอาการของโรคที่รุนแรง บางครั้งมีอาการอยู่ในขั้นวิกฤต ต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้สารน้ำทางหลอดเลือด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีการทำหัตถการที่เร่งด่วน จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติที่เข้าเยี่ยม ผู้สูงอายुर้อยละ 20 เกิดความว่าเหว ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.75 มากกว่าจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีปัญหาทางด้านการเงิน ต้องพึ่งพาคู่ในครอบครัวและบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้ยังรู้สึกไม่พึงพอใจในสภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบัน รวมถึงภาวะสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีระดับความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลางและผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง ($F = 58.45, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญโพยม เขยสมบัติ (2547) และการศึกษาของ Hyland (2018) ที่พบว่า ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกหมดหวัง สูญเสียพลังอำนาจ เศร้า รู้สึกผิด คับข้องใจ ไร้คุณค่าและแยกตัว นอกจากนี้ยังแสดงออกเป็นอาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า เบื่ออาหาร ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น ผู้สูงอายุเกิดการแยกตัว ทำให้เกิดความว่าเหวได้มากที่สุด และอาจเป็นเหตุผลอีกประการหนึ่ง ที่ส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้พบความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ จากการที่พบผู้สูงอายุส่วนมากมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าอยู่ระหว่าง 2.84-3.70 และการสนับสนุนทางสังคมที่มีคะแนนสูงสุดคือ การได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล อาจเกิดจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบันและให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนในระดับสูง และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ($F = 8.86, p = .00$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Çiraci et al. (2016) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีกำลังใจ ขณะเดียวกันหากผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจจากการถูกละเลย สูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดการแยกตัว ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ และในการศึกษาของ Chalise et al. (2010) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากคู่ชีวิต หรือบุคคลในครอบครัวสามารถลดการเกิดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงความตระหนักในตัวเองที่มีความเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปที่มีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าในช่วงวัยสูงอายุอื่นๆ ในผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงซึ่งพบว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายในช่วงอายุเดียวกัน เป็นต้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยกตัวอย่าง เช่น ความสุขของการเกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบการเกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

2.2 ผลการวิจัยสามารถนำไปสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น โรคร่วม แล้วนำมาเปรียบเทียบกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายถึงความเกี่ยวข้องกับตัวแปรอื่นๆ อันจะนำไปสู่การพัฒนาในการศึกษาค้นคว้าต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2549). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับบริหารและวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กนกอร พูนเปี่ยม. (2558). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจอตาเสื่อมจากอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุลีกร ปัญญา. (2557). *ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ และจินตนา ยูนิพันธ์. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุศรา ศรีคำ เวียง, ผ่องพรรณ อรุณแสงและวิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 34 ฉบับที่ 2: 42-51.
- นงเยาว์ พลโทพงศ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2558). *สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ประเมินสถานะสุขภาพเมื่อประเมินด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ*.
- ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์. (2525). *ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุ*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). *บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง*. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 37(2): 154-159.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย(บรรณาธิการ). (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุบินดี, ปัทมา สุริต, อัมพรพรรณ ธีรานุตร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, ศรีเทียน ตรีศิริรัตน์, เจียมจิต แสงสุวรรณและ ประสบสุข ศรีแสนปาง. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 35(2).

พรนภา เฮงเจริญสุวรรณ, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ศิริอร สีนุและพันธ์ุศักดิ์ ลักษณะบุสูง. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *J Nurs Sci* 28(1): 58-66.

พัชรี แวงวรรณ. (2553). ผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความไว้วางใจของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพ็ญโพยม เขยสมบัติ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไว้วางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2551). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: 38-42.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: 30-44.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: 5-32.

มธุรส จันทร์แสงศรี. (2540) *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

รพีพรรณ สารสมัคร. (2558). ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความไว้วางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลัญญา พิมพ์ชัยบุญ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; กรุงเทพฯ.

วรากล บุญธรรม, วารี กังใจ และชมนาด สุ่มเงิน. (2559). โปรแกรมการช่วยเหลือแบบกลุ่มต่อความ

- ว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*. 11(1): 10-17.
 วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่
 ที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศตพร เทยณรงค์. (2558). *ปัจจัยทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนก
 ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). *ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ*. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 3 :
 67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
 แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมทรง สุวรรณเลิศ. (2512). *การทดสอบบุคลิกภาพ*. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 14(1)
 : 15-29.
- สมหมาย กุมพันธ์, โสภิต แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหว่
 ในผู้สูงอายุ*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 30(2): 50-68.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย
 2554 - 2558: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก*.
- อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร. (2560). *ผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ*. วิทยา
 นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อารี จำปาปลาย, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, และสุภาณี ปลื้มเจริญ. (2561). *ประชากรและสังคม 2561
 ความอยู่ดีมีสุขในสังคมไทย : ความฝันหรือความจริง*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม,
 มหาวิทยาลัยมหิดล; นครปฐม.
- อนัญญา เหล่ารินทอง. (2558). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อ
 ความรู้สึกว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Ami Rokach. (2016). *Correlates of Loneliness*. [Place of publication not identified]:
 Bentham Science Publishers Ltd. Retrieved.

- Arslantaş, H., Adana, F., Abacigil Ergin, F., Kayar, D., & Acar, G. (2015). Loneliness in Elderly People, Associated Factors and Its Correlation with Quality of Life: A Field Study from Western Turkey. *Iranian journal of public health*, 44(1), 43–50.
- Abdellaoui, A., Chen, H. Y., Willemsen, G., Ehil, E. A., Davies, G. E., Verweij, K. H., Nivard, M. G., Geus, C., Boosma, D. I., and Cacioppo, J. T. (2019). Associations between Loneliness and Personality are mostly driven by a Genetic association with Neuroticism. *Journal of Personality*, 87(2), 147-218.
- Adelman, A. M., Daly, M. P., and Weiss, B. D. (2001). Managing chronic illness.
- Balfour, L. E., and Lange, L. (2012). *Hospital loneliness and the patient-physician relationship: A preliminary analysis of associations with recovery in bone marrow transplant patients*. Master degree thesis of Arts in General Psychology, Department of Psychology university of north florida, college of arts and sciences.
- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). *The PRQ: A social support measure*. *Nursing Research* 30: 277-280.
- Çıracı, Y., Nural, N., and Saltürk, Z. (2016). Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer* 24: 3525–3531.
- Chang, S. H., and Yang, M. S. (1999). The Relationships between the Elderly: Loneliness and its Factors of Personal Attributes, Perceived Health Status and Social Support. *Kaohsiung J Med Sci* 15: 337-347.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). *Ageing populations: the challenges ahead*. *Lancet (London, England)*, 374(9696), 1196–1208. doi:10.1016/S0140-6736(09)61460-4.
- Chalise, H. N., Kai, I., & Saito, T. (2010). Social Support and its Correlation with Loneliness: A Cross-Cultural Study of Nepalese Older Adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71(2), 115–138.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (5): 300-313.
- Dong, X. and Chen, R. (2017). Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults, *Journal of Women and Aging*, 29:2, 115-125, DOI:

10.1080/08952841.2015.1080534

- Ebersole, P., and Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging*. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Ebersole, P. (2002). Loneliness, compassion, and nursing. *Geriatric Nursing* 23(5): 236-237.
- Eliopoulos, C. (1993). *Gerontological nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Eysenck, H. J. (1959). *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Eysenck, H. J. (1970). *The structure of human personality* (3rd ed.). London: Methuen.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* New York, NY.
- Francis, G. M. (1976). Loneliness : Measuring the abstract. *Ins J Nurs Stud* 13: 153-160.
- Francis, G. M. (1980). Loneliness : Measuring the abstract 2. *Ins J Nurs Stud* 17: 127-130.
- Francis, G. M. (1981). Loneliness : The syndrome. *Issues in Mental Health Nursing* 3: 1-5.
- Goldman, H.H. (1988). *Review of General Psychiatry*. 2nd ed. Norwalk: Prentice-Hall International.
- GBD Study (2017a) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* (2017) Volume 390, Issue 10100, 16–22 September 2017, Pages 1211-1259
- Griffin, J. (2010). *The lonely society; The Mental Health Foundation*.
- Gubbels Bupp M. (2015). Review sex, the aging immune system, and chronic disease. *Journal of cellular Immunology*, 294 (2015),102-110
- Hawkley, L. C., and Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and emperical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behaviora* 40(2): 218-27.
- Hazer, O., and Boylu, A. A. (2010). The Examination of the Factors Affecting the

- Feeling of Loneliness of the Elderly. *Procedia Social and Behavioral Science* 9: 2083-2089.
- Hyland, K. A. (2018). *Contributors to and Correlates of Loneliness in Lung Cancer Patients*. Doctor degree of Philosophy Department of Psychology College of Arts and Sciences University of South Florida.
- Huckstadt, A., A. (2002). The experience of hospitalized elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*; 28(9): 24.
- Kang, H. W., Park, M., and Wallace, J.P. (2018). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of sport and health science* 7(2): 237-244.
- Korkmaz, H., Korkmaz, S., & Çakar, M. (2019). Suicide risk in chronic heart failure patients and its association with depression, hopelessness and self esteem. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 68, 51–54.
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2019.07.062>
- Kiliçkaya, C., Karakaş, S. A. (2016). The Effect of Illness Perception on Loneliness and Coping with Stress in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *International Journal of Caring Sciences*. 9(2): 481-488.
- Komurcu, N., Beydag, K. D., and Merih, Y. D. (2014). Illness Impact on Marriage and Level of Loneliness for Women Diagnosed with Gynecologic Cancer. *Sexuality and Disability* 33(3): 303-311.
- Löfvenmark, C., Mattiasson, A. C., Billing, E., and Edner, M. (2009). Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8: 251–258.
- Lunaigh, C. O. and Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(12).
- Lunt, P.K. (1991). The Perceived Causal Structure of Loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology* 61: 26-34.
- Luciana, G. P. and Maria, M. L. (2013). Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. *Text Context Nursing, Florianopolis* 22(4): 1197-204.
- Miri, K., Bahrami M., Vafainnya R., and Gholamzadeh T. (2017). Relationship between

- feeling of Loneliness and Activities of Daily Living among the Elderly. *Journal of Research and Health* 7(3): 834-840.
- Mund, M. and Neyer, F. J. (2018). *Loneliness effects on personality. International Journal of Behavioral Development.* doi:10.1177/0165025418800224
- Mansfield, J. C., Shmotkin, D. and Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics.* 21(6): 1160–1170.
- Maslow, A.W. (1970). *Motivation and Personality.* 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers.
- McCrae, R.R., and Costa, P.T. (1997) Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist,* 52, 509-516.
- McInnis, G.J., and White, J.H. (2001). A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing* 15: 128 – 139.
- Nicolaisena, M. and Thorsen, K. (2014). Loneliness among men and women – a five-year follow-up study. *Aging and Mental Health.* 18(2): 194–206.
- Odell, S. H. (1981). Someone is lonely. *Issues in Mental Health Nursing* 3: 7-12.
- Peplau, L. A., and Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy.* New York: Wiley-Interscience.
- Petitte, T., Mallow, J., and Theeke, L. (2015). A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Condition in Adults. *Open Psychol Journal* 8(2): 113-132.
- Pinquart, M. and Sorensen S. (2001). *Influences on Loneliness in Older Adult: A Meta-Analysis.* 23(4): 245-266.
- Profitt, C., and Byrne M. (1993). Predicting Loneliness in the Hospitalized Elderly: What Are the Risk Factors?. *Geriatric Nursing* 40(6): 311-314.
- Perissinotto C .M., Stijacic Cenzer I. and Covinsky K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Arch Intern Med.* 172(14):1078–1083.
- Rodgers, B. L. (1989). Loneliness: Easing the Pain of the Hospitalized Elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 15(8): 16-21.

- Rokach, A. (2012). Illness, Hospitalization and Loneliness. Receive from
 :<https://jacobspublishers.com/illness-hospitalization-and-loneliness/date>
 27/3/2019
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Ryan, M. (1998). Hospitalized Elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 24(3): 19-27.
- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2018). An Empirical Study of Chronic Diseases in the United States: A Visual Analytics Approach. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 431.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15030431>
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment* 66: 20-40.
- Sasat et al. (2002). Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. *Nursing and Health Sciences* 4: 9-14.
- Schwenk, T. L. (2001). Loneliness of the Hospitalized Patient. *NEJM Journal Watch*. General Medicine ; Waltham.
- Sing, I., Subhan, Z., Krishnan, M., Edwards, C. and Okeke, J. (2016). Loneliness among Older People in Hospital: A Comparative Study between Single Rooms and Multi-Bedded Wards to Evaluate Current Health Service within the Same Organisation. *Gerontol Geriatr Res*. 2(3): 1015.
- Schermer, J. A., and Martin, N.G. (2019). Full Length Article: A behavior genetic analysis of personality and loneliness. *Journal of Research in Personality*, 78: 133–137.
- Shultz, C.M. (1993). Loneliness. In R.P. Rawlins; S. Williams; and C.K.Beck (eds), *Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach*, St. Louis: Mosby-Year Book.
- Sorrell, J. M. (2010). The Need for Empathy in the Hospital Experience of Older Adults. *Journal of Psychosocial Nursing* 48(11): 25-28.
- Stephens, A., Shankar, A., Demakakos P., and Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS* 110(15):

5797-5801.

Tiwari S. C. (2013). Loneliness: A disease?. *Indian journal of psychiatry*, 55(4), 320–322.

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

WRVS (2012). *Male Loneliness PCP Research July 2012* based on 500 people over The age of 75, 250 women and 250 men (England, Scotland and Wales).





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งทางวิชาการ
นายแพทย์ วัลลภศักดิ์ อรรถขยากร	จิตแพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางสาวเพ็ญโพยม เขยสมบัติ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต
นางสาวชุลี ภูทอง	พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านผู้สูงอายุประจำ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นางสาวพันธ์ทิพย์ วรบาท	หัวหน้าพยาบาลประจำโรงพยาบาลเดอะซีเนียร์



จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

ที่ อว 64.11/0897



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร จิตแพทย์ประจำศูนย์ชีวาภิบาล
2. นางสาวชุลีพร ภู่ทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์ ลัญฉน์ศักดิ์ อรรถขยายกร และนางสาวชุลีพร ภู่ทอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง โทร. 097-292-3564

ที่ อว 64.11/0892



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

12 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความว่าหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวเพ็ญโยม เขยสมบัติ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวเพ็ญโยม เขยสมบัติ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง โทร. 097-292-3564

ที่ อว 64.11/0891



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

/2 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ โทร. 02-218-1149

ร.อ.หญิง นุศรา นิลแสง โทร. 097-292-3564



8/7/2563

Gmail - VCU School of Nursing/Gloria Francis follow up



Sarah VIP TSW <misswhite.bysarah@gmail.com>

VCU School of Nursing/Gloria Francis follow up

5 ข้อความ

Pamela Lowe <plowe@vcu.edu>
 ถึง: misswhite.bysarah@gmail.com

14 เมษายน 2562 00:41

Dear Lt.Nussara N,
 My name is Pam Lowe and I work with our donor and alumni office at VCU School of Nursing.

Your email was forwarded to me earlier this week regarding your interest in gaining permission to use a research tool developed by Gloria Francis.

I wanted you to know that I will be reaching out to Dr. Francis this coming week and will let you know what I learn from her.

For now, I wanted you to know that your email had been received and sent over to me for follow up.

Many thanks and good luck with your thesis!

Best regards,
 Pam

-

Pamela Lowe
 Senior Director of Development
 VCU School of Nursing
 Box 980567
 1100 East Leigh Street
 Richmond, VA 23298-0567
 Phone: 804.827.0020
 Fax: 804.828.7743
 Email: plowe@vcu.edu


VCU School of Nursing

Creating collaboration. Advancing science. Impacting lives.


nussara ninsang <misswhite.bysarah@gmail.com>
 ถึง: Pamela Lowe <plowe@vcu.edu>

29 เมษายน 2562 18:46

Dear Pamela Lowe

Thank you so much, I glad to know you and thank you for your help.
 Please let me know.

Best regards,
 Nussara N.

ในวันที่ อ. 14 เม.ย. 2019 เวลา 00:41 Pamela Lowe <plowe@vcu.edu> เขียนว่า:
 [ข้อความที่ถูกลบออกก่อนหน้านี้]

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=e87cfecf75&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1630721612591998004&simpl=msg-f%3A16307216...> 1/3



Pamela Lowe 29/6/2019

ถึง นั้น ▾



Dear Lt. Nussara,
I have not been able to connect with Dr. Francis but I did want to ask you if you have all of the information you need to use the instrument? I ask because after checking with faculty here at the School of Nursing, it doesn't sound as if we need to obtain Dr. Francis' permission.

I hope this is helpful. Please feel free to start using the instrument. I will still keep reaching out to Dr. Francis and if I am able to connect with her, I will let you know.

Thank you,
Pam

[แสดงข้อความที่ยกมา](#)

--

Pamela Lowe
Senior Director of Development
VCU School of Nursing
Box 980567
1100 East Leigh Street
Richmond, VA 23298-0567
Phone: 804.827.0020
Fax: 804.828.7743
Email: plowe@vcu.edu



VCU School of Nursing





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 291/2562


ใบรับรองโครงการวิจัย


โครงการวิจัยที่ 214.1/62 : การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยหลัก : เรือเอกหญิงนุศรา นิลแสง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOM) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (มคจจ.) 2556, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 25 ธันวาคม 2562

วันหมดอายุ : 24 ธันวาคม 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น





เอกสารเลขที่ 139/2562

เอกสารรับรอง

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี

17 ตุลาคม 2562

ชื่อโครงการ การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
(A study of loneliness in chronic illnesses on hospitalized older persons)

รหัสโครงการ 62131

ผู้วิจัยหลัก เรือเอกหญิงนุศรา นิลแสง ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโท

ผู้ร่วมวิจัย รศ.ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาสัตย์ ตำแหน่ง อาจารย์

สังกัดหน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงร่างการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 2 กันยายน 2562
2. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล ฉบับที่ 1 วันที่ 2 กันยายน 2562
3. ประวัติผู้วิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 2 กันยายน 2562
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form) ฉบับที่ 1 วันที่ 2 กันยายน 2562
5. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet) ฉบับที่ 1 วันที่ 2 กันยายน 2562

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ได้ดำเนินการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยตามหลักสากล

ลงนาม.....

(ศ.คลินิก นพ.วีระศักดิ์ ศรีนภากาศ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน




รับรองตั้งแต่วันที่ 12 กันยายน 2562 ถึงวันที่ 11 กันยายน 2563

การพิจารณา Expedited review

การรายงานความก้าวหน้า ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

	เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ	
	สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคคโล อนุสรณ์ กรม.10600 โทร.02-4752705	NO.034: COA-NMD-REC 034/62 : Expedited Review
พินิจ : คู่มือการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ ทร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ได้เป็นไปตามระเบียบของ พร./ นโยบาย พร./ คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	การศึกษาความว่าเหวนในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	เรือเอกหญิง นุศรา นิลแสง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP025/62
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 3, วันที่ 26 กันยายน 2562) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 19 กันยายน 2562) 3) หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 19 กันยายน 2562)
วันที่รับรอง	2 ตุลาคม 2562
วันหมดอายุ	1 ตุลาคม 2563

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

พลเรือตรีหญิง.....
(พันโทหญิง นุศรา นิลแสง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ





โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๔๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง ท.๕๘/๒๕๖๒

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	A STUDY OF LONELINESS IN CHRONIC ILLNESSES ON HOSPITALIZED OLDER PERSONS
ชื่อหัวหน้าโครงการ/หน่วยงานที่สังกัด	เรือเอกหญิง นุศรา นิลแสง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	Np260874/62
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงร่างการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 25 September 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 25 September 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๓. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒ (Version 1.0 Date 25 September 2019) (ฉบับภาษาไทย) ๔. อัดตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๕ กันยายน ๒๕๖๒
วันที่หมดอายุ	๒๔ กันยายน ๒๕๖๓

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง.....

(มณีรัตน์ ตำนววรรณพงศ์)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและ วิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลตำรวจ



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓)

ในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่าน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	() มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย	() อนุปริญญา/ปวส.
() ปริญญาตรี	() ปริญญาโทขึ้นไป
4. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ	() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
() รับจ้าง	() ทำไร่ - ทำนา / เกษตรกรรม
() ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	() อื่น ๆ ระบุ.....
5. โรคประจำตัว

ระบุ.....
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.....วัน
7. จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ.....ครั้ง/วัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

1. การรับประทานอาหาร

- () 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน
- () 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- () 2 ตักอาหาร และช่วยเหลือตัวเองได้ดี


 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

10. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- () 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- () 1 กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง
- () 2 กลั้นได้ปกติ

ชุดที่ 2.2 แบบสอบถามบุคลิกภาพ MPI

คำชี้แจง พิจารณาข้อความแต่ละข้อ และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เห็นว่าสอดคล้องกับ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2 คะแนน หมายถึง ใช่

1 คะแนน หมายถึง ไม่น่าใจ

0 คะแนน หมายถึง ไม่ใช่

คำถาม	ใช่ (2)	ไม่น่าใจ (1)	ไม่ใช่ (0)
1. ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ ความรวดเร็ว			
2. บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล			
3. ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการมีสมาธิ			
4. ในการคบเพื่อนใหม่ ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักเขา ก่อน			
.			
.			
.			
.			
.			
48. ท่านไม่เอาจริงเอาจ้งกับผู้อื่น			

ชุดที่ 2.3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากที่สุดหรือเกือบตลอด
มาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากหรือบ่อยครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
เล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง
ไม่มี	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี
1. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในตนเองระดับใด					
2. หลายครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีอะไรดีเลยในตนเอง					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านมีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้อื่น					
4. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่นในวัยเดียวกัน					
.					
.					
.					
10. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง					

ชุดที่ 2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

- ไม่ได้รับ (1) หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
 น้อย (2) หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเล็กน้อย
 ปานกลาง (3) หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง
 มาก (4) หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน			
	ไม่ได้รับ (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1. มีผู้ให้ความรัก ความเข้าใจในตัวท่าน				
2.....				
3.....				
4.....				
.				
.				
.				
14. มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน				

ชุดที่ 2.5 แบบวัดความว้าเหวและการยึดติดกับบุคคล/สิ่งต่างๆ

(Schedules for the measurement of loneliness and Cathectic Investment)

กรุณาตอบคำถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ท่านอาศัยอยู่ที่ใดก่อนจะเข้าโรงพยาบาล สถานที่นั้นคือ ...

บ้าน	อะพาร์ตเมนต์	ห้องเช่า	สถานดูแล	ไม่มีที่พักอาศัยถาวร
House	Apartment	Rented Room	Institution	Drift
5	4	3	2	1

2. ท่านคิดว่าท่านใช้เวลาอยู่ที่นั่นนานเท่าใด

เกือบตลอดเวลา	เวลาส่วนใหญ่	ตอบยาก/ ไป ๆ มา ๆ	อยู่ที่อื่นนานกว่าที่นั่น	น้อยมาก
Practically all your time	Most time except for	Hard to say; came and went	Away more than there	Very little
5	4	3	2	1

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

16. ท่านคิดว่าท่านเคยรู้สึกว้าเหวท่านขณะที่ท่านอยู่ที่นี้หรือไม่

ว้าเหวมาก	ว้าเหวแต่...ทำให้คลาย	ตอบยาก/ไม่แน่ใจ	ว้าเหวบ้าง	ไม่ว้าเหวเลย
5	4	3	2	1

ความว้าเหวลงได้

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เรือเอกหญิงนุศรา นิลแสง
วัน เดือน ปี เกิด	30 มีนาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล กองทัพเรือ เมื่อปีการศึกษา 2550



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY