

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



นางสาวเพ็ญพโยม เชนสมบัติ

สถาบันวิทยบริการ
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6334-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND LONELINESS
OF THE HOSPITALIZED CHRONICALLY ILL ELDERLY PATIENTS

Miss Penpayome Choeisombat

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6334-4

เพ็ญพโยม เชนสมบัติ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND LONELINESS OF THE HOSPITALIZED CHRONICALLY ILL ELDERLY PATIENTS) อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 158 หน้า.
ISBN 974-17-6334-4.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 140 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความว่าเหว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .93, .93, .87 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{x}=1.95$)
2. การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.250, -.321$ ตามลำดับ)
3. ภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .625$) ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้าด้านความโกรธ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .682, .680$ ตามลำดับ) ภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.196$)
4. เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิติ.....

ปีการศึกษา.....2547.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

: 4577597736: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: LONELINESS / HOSPITALIZED ELDERLY PATIENT / CHRONICALLY ILL

PENPAYOME CHOEISOMBAT:RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND LONELINESS OF THE HOSPITALIZED CHRONICALLY ILL ELDERLY PATIENTS. THESIS ADVISOR: CAPT. SIRIPHAN SASAT, PH.D. 158 pp.
ISBN 974-17-6334-4.

The purposes of this descriptive research were to study the loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients and the relationships between selected factors, such as sex, age, income, activity of daily living, professional support, length of stay, profile of mood states, self-esteem, and loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients. Subjects consisted of 140 hospitalized chronically ill elderly patients in inpatient department in Government Hospitals, Bangkok Metropolis, and were selected by using simple random sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, Barthel ADL Index, professional support, profile of mood states, self-esteem, and loneliness questionnaires which were tested for content validity and reliability. The reliability were .80, .93, .93, .87 and .88 respectively. Data were analysed by using statistic methods, including frequency, mean, standard deviation, Point Biserial's correlation and Pearson's correlation.

Major findings were as follows:

1. Loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients was at low level. ($\bar{X} = 1.95$)
2. Professional support and self-esteem were significantly negative correlated with loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients at level of .05 ($r = -.250, -.321$ respectively)
3. Profile of mood states was significantly positive correlated with loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients at level of .05 ($r = .625$): anxiety-depression and anger factors were significantly positive correlated with loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients at level of .05 ($r = .682, .680$ respectively), vigor factor was significantly negative correlated with loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients at level of .05 ($r = -.196$)
4. Sex, age, income, activity of daily living, and length of stay were not correlated with loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients at level of .05

Field of study.....Nursing Science.....

Student's signature.....

Academic Year.....2004.....

Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถยิ่งจากอาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ที่แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่ง และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ด้วยความรัก และห่วงใยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้สนับสนุนทุนอุดหนุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาอันมีค่ายิ่งในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล หัวหน้าแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยเวชกรรมฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยลาศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณ หัวหน้าตึกจักษุชาย หัวหน้าตึกจักษุหญิง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ตึกจักษุทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และเสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้น ขอขอบคุณ คุณจินตนา สินธุสุวรรณ พี่ชาย เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้การเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนด้วยความรักและห่วงใย จนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	13
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับความจำเริญในผู้สูงอายุ	14
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ	20
แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง	27
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	29
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	31
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอารมณ์	36
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	48
บทบาทพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	51
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความจำเริญในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	53
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
กรอบแนวคิดในการวิจัย	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	64
ประชากร.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	66
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล	74
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	76
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	78
5. สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย.....	90
สรุปผลการวิจัย	92
อภิปรายผลการวิจัย	94
ข้อเสนอแนะ.....	103
รายการอ้างอิง	106
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	125
ภาคผนวก ข เอกสารขอความร่วมมือในการวิจัย	127
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	135
ภาคผนวก ง ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	142
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หนังสืออนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาล.....	146
ภาคผนวก ฉ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	158

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากร และตัวอย่างประชากรจำแนกตามโรงพยาบาล.....	65
2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม.....	74
3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล.....	79
4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความหวาดหวั่นของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	80
5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	81
6 จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ.....	82
7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน จากพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายด้าน.....	84
8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน จากพยาบาลด้านอารมณ์ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ.....	85
9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน จากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ.....	86
10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน จากพยาบาลด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ.....	87

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายด้าน.....	88
12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในโรงพยาบาล.....	89
13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาใน การนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว่าเหว ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....	156

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัย เป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และเป็นพัฒนาการช่วงหนึ่งของมนุษย์ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายพบว่า การทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค (Birren, Sloane and Cohen, 1992) สอดคล้องกับ O'Brien (1975) ที่กล่าวว่า 4 ใน 5 คนของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่า และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 3 โรค ในขณะที่ Mion, Frengley and Adam (1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 64-69 ปีจะพบโรคเรื้อรัง 4 โรค ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะพบประมาณ 5 โรค ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคของระบบไหลเวียนโลหิต (Lueckenotte, 1996) และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2538 ของคณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย (2541) พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เป็นภาวะสุขภาพไม่ดีของผู้สูงอายุเมื่อเกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความวุ่นวายได้ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534; Newbern and Krowchuck, 1994; Hall and Havens, 1999)

การเจ็บป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล นับเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (Creditor, 1993; Payne, 1994; Stanley and Beare, 1995) เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นสถานที่ที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย ผู้สูงอายุบางรายคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่แห่งความตาย (place to die) (McConnell and Matteson, 1988; Payne, 1994) และเมื่อต้องเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องพบกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย รวมทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ สภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย การพบผู้คนที่แปลกหน้า การต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เผชิญกับวิธีการตรวจรักษาพยาบาลต่างๆ การไม่แน่ใจในการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ รวมทั้งภาวะคุกคามอื่นๆ เช่น การถูกผูกมัด

การถูกรบกวนการนอนหลับ การถูกรบกวนจากเสียง ความเจ็บปวด ความว้าเหว่ การถูกย้ายห้อง และการได้รับอาหารที่ไม่พึงปรารถนา (Huckstadt, 2002)

สิ่งดังกล่าวนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียมนต์เสน่ห์แห่งตน ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ด้านภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจ การยอมรับในคุณค่าและความสำเร็จ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนไปเมื่อเกิดความเจ็บป่วย สูญเสียบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่เคยปฏิบัติ ต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ป่วย สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี และความสามารถในการทำกิจกรรมที่ตนเองพึงพอใจลดน้อยลง สูญเสียความเป็นส่วนตัวจากการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล สูญเสียความสุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยสูงอายุที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (จันทนา รัตนฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์, 2536) สอดคล้องกับ McConnell and Matteson (1988: 725) ที่กล่าวว่า การนอนอยู่ในโรงพยาบาลทำให้มีปฏิริยาทางอารมณ์ การช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การสูญเสียบทบาท มีภาวะพึ่งพา และการแยกตัว นอกจากนี้ยังทำให้คุณภาพชีวิต และแบบแผนชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (Hoenig and Rubenstein, 1991)

ในขณะเดียวกัน พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลและใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดขณะเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจะใช้หลักในการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) ประกอบด้วยกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ แต่ในการปฏิบัติกรดูแลในความเป็นจริงจะมุ่งเน้นการตอบสนองการรักษาให้หายเจ็บป่วยจากโรคมากกว่า ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมการดูแลร่างกายมากกว่าจิตใจ และเป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่ทำเป็นประจำ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การให้ยา การวัดสัญญาณชีพ จากการศึกษาของ สุภรณ์ ลิ้มวิภาวี อนันต์ และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2535) พบว่า การพูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุเป็นกิจกรรมลำดับที่ 8 ขึ้นไป และเนื่องจากงานของพยาบาลมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานที่ไม่ใช่งานเพื่อการพยาบาล พยาบาลจึงมีความเร่งรีบในการทำงานเพื่อให้ทันกับเวลาและเหตุการณ์ และในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลในแต่ละครั้งมีเวลาจำกัด ทำให้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยสูงอายุน้อยหรือไม่มีเลย จากการศึกษาที่มุ่งเน้นการสนองต่อความต้องการด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ ทำให้พยาบาลไม่ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุโดยเฉพาะทางด้านจิตใจ (ทัศนาศูวรรณะนภรณ์, 2546) ได้แก่ กลัวการอยู่ในโรงพยาบาล รู้สึกไม่มั่นใจ กลัวไม่หายจากอาการเจ็บป่วย รู้สึกว่าถูกแยกจากครอบครัว รู้สึกว่าตนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิมเป็นภาระของผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งจะมีการแสดงอาการเบื่อหน่าย หงุดหงิด วิตกกังวล ซึมเศร้า ต่อต้านไม่ร่วมมือในการรักษา เป็นต้น (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2545) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย

สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความสนใจ ต้องยอมรับบทบาทการเป็นผู้ป่วย (sick role) และยอมทำตามคำแนะนำของพยาบาล ขาดอิสระในความคิด และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้รู้สึกสูญเสียคุณค่า และศักดิ์ศรีในตนเอง (ทัศนาศูววรรณะปกรณ, 2544; 2546) ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความว่าเหว้ได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541)

ความว่าเหว้ เป็นประสบการณ์อันไม่น่าพึงพอใจ ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทุกสถานที่ทั้งในบ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล เป็นการขาดสัมพันธ์ภาพทางสังคมรูปแบบหนึ่งที่บ่งบอกถึงความพร่องทางจิตใจ เป็นความเศร้าสะเทือนใจอย่างลึกซึ้ง ที่ไม่สามารถอธิบายเป็นคำพูดให้ผู้อื่นเข้าใจได้ Peplau and Perlman (1982) กล่าวว่า ความว่าเหว้เป็นอารมณ์ที่ไม่มีความสุขที่เกิดจากความรู้สึกไม่พึงพอใจในสัมพันธ์ภาพที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของตน ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ เป็นความรู้สึกทางด้านลบของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการพร่องทางสัมพันธ์ภาพในสังคม (Kaasa, 1998) และเป็นความรู้สึกที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุที่ชัดเจน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน (Francis, 1981, cited in Proffitt and Bryne, 1993: 311)

ความว่าเหว้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Berg et al., 1981; Mullins and Dugan, 1990; Prince et al., 1997; Wilkinson and Pierce, 1997) Wright (1975) เชื่อว่า ความว่าเหว้เป็นตัวแปรด้านจิตใจที่ทำให้ความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจมีความรุนแรงมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ Berg et al. (1981) และ Ryan and Patterson (1987) ที่พบว่า ความว่าเหว้มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักลด และซึมเศร้า สอดคล้องกับ Stone (1991) และ Walker and Beauchene (1991) พบว่า ความว่าเหว้มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งความว่าเหว้นั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความว่าเหว้มากกว่าวัยอื่น (Mullins et al., 1989)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว้ในผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหว้ในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความว่าเหว้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Kim (1999) และ Palkeinen (2003) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีความว่าเหว้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และมักพบความว่าเหว้ในผู้สูงอายุ

หญิงที่เพิ่งเข้าสู่วัยชรา (Mullins et al., 1989) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Schmitt and Kurdek

(1985) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีโอกาสเกิดความว้าเหว่มากกว่าเพศหญิง

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับควมว้าเหวในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (Schmitt and Kurdek, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Austin (1989) และ Holmen et al. (1992) พบว่า ความว้าเหวจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการศึกษาของ Lobdell and Perlman (1986) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีความว้าเหวมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

รายได้ เป็นความมั่นคงด้านเศรษฐกิจที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว้าเหวในผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย จะมีความว้าเหวสูง และผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ จะมีความว้าเหวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิรา ตั้งตระกูล (2537) ที่พบว่า ผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยจะมีความว้าเหวสูง และผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีความว้าเหวน้อย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง (Hirsch et al., 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ Covinsky et al. (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จะทำให้รู้สึกตนเองว่าถูกทอดทิ้ง สูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความว้าเหวได้

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง (Pender, 1987) ที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Proffitt and Bryne (1993) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2 วันขึ้นไปจะมีความว้าเหวเกิดขึ้น

ภาวะอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลถึงอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยเฉพาะอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Schultz and Moore, 1984) ความตึงเครียด อ่อนเพลีย และสับสน (Loucks, 1980) เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ จากการศึกษาของ Alpass and Neville (2003) พบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับควมว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์บุคคลที่มีคุณค่าในตนเองสูงจะมั่นใจในการกระทำต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งอื่น (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539) จากการศึกษาของ Levin and Stokes (1986) พบว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว่าเหวมากกว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

รวมทั้งสถานการณ์ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ตามสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น (นภาพร ชัยววรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ศรีจิตรา บุณนาค, 2535) โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งในแต่ละปีมีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 14.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 79.5 เฉลี่ยจำนวนวันที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐเท่ากับ 11.9 วัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2545) และเมื่อผู้สูงอายุเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่ควรมีการศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้พยาบาลได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจะได้เป็นแนวทางในการประเมินความว่าเหว วางแผนให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครอบคลุมและเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการจัดกระทำทางการพยาบาล (nursing intervention) เพื่อป้องกันหรือลดภาวะว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลต่อการหายของโรคเร็วขึ้น มีระยะเวลาในการรักษาตัวสั้นลง และทำให้สภาพร่างกายและจิตใจได้รับการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพที่ดีดั้งเดิม สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข รวมทั้งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการรักษาพยาบาล และยังเป็นประโยชน์ใน

การพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลให้มีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความว่าเหวเป็นอย่างไร
2. เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังไม่มีแนวคิดใครระบุไว้ชัดเจน ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Conceptual framework) สังเคราะห์และคัดสรรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดเป็นแม่บ้าน และให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย จากการที่เพศชายได้รับความเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่า มีการปรับตัวได้ยากกว่า มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่า เพศชาย (Hanlon and Pickett, 1984) และเพศชายมีอัตราโน้มน้าวสูงกว่าเพศหญิง (ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530) นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะอยู่ตามลำพัง (Ebersole and Hess, 1998; Ferrini and Ferrini, 1993) และมีอายุคาดหวังมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง และขาดการติดต่อพบปะเพื่อนฝูง ก่อให้เกิดความว้าเหวขึ้นได้ (Mies, 1985; Dykstra, 1995) จากการศึกษาของ Kivett (1979) Cramer and Neyedly (1998) และ Krasnova (1999) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และการศึกษาของ Mullins et al. (1989) พบว่า ผู้ที่มีความว้าเหว เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่เพิ่งเข้าสู่วัยชรา แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Jones and Goswick (1981) Mahon (1983) และสุพรรณิ นันทชัย (2534) พบว่า เพศที่แตกต่างกันไม่ทำให้มีความว้าเหวแตกต่างกัน

อายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางที่เสื่อมถอย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ ประสาทสัมผัสเสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง อาจแปลความหมายสิ่งแวดล้อมผิดไปรู้สึกทอดทิ้งจากวงสนทนา บางรายกลับปัสสาวะไม่ได้เกิดความละเอียดในการเข้าสังคม นำไปสู่การแยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดความว้าเหวได้ (Brunner and Suddarth, 1984; Goldman, 1988; Eliopoulos, 1993) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง การสูญเสียบุคคลที่รัก การเกษียณอายุ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวขึ้น (Revenson and Johnson, 1984; Ryan and Patterson, 1987) จากการศึกษาของ Austin (1989) และ Holmen et al. (1992) พบว่า ความว้าเหวจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และการศึกษาของ Lobdell and Perlman (1986) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว้าเหวมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

รายได้ เป็นปัจจัยที่จะตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของบุคคล และความมั่นคงทางฐานะทางสังคม (Eliopoulos, 1993) ซึ่งรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุ (จำเรียง ภูมระสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันติมูล, 2532; สุวิมล พนารัตนกุล, 2534) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ดันติวัฒนเสถียร, 2534) ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือสูญเสียรายได้ จะสูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันใน

ชีวิต ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ก่อให้เกิดความว้าเหว ซึ่ง Creecy, Berg and Wright (1985) รายงานว่า การสูญเสียรายได้และมีข้อจำกัดของรายได้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในสังคมน้อยลง แยกตัวออกจากการติดต่อในสังคม ความภาคภูมิใจในสังคมลดลง ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวได้ในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณณี นันทชัย (2534) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำทำให้เกิดความว้าเหวสูง และผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ จะมีความว้าเหวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัยสูงอายุเป็นวัยที่การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลงทำให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Vellbona and Baker, 1984; Tilden and Weinert, 1987; Ellis and Nowlis, 1989) และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องจากสถานการณ์ บทบาท และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งวัยสูงอายุ จะส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง (Hirsch et al., 1990) จากการศึกษาของ วิริยะ สัมปทานกุล (2542) พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 2 วันแรก หากไม่ได้การดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ทำให้เกิดความว้าเหวได้ (McInnis and White, 2001) จากการศึกษาของ Jylha and Jokela (1990) Holman et al. (1993) และ Kaasa (1998) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำจะมีความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ความช่วยเหลือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสนับสนุน และเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการ (Brandt and Weinert, 1981) การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลให้ดีขึ้น รวมทั้งยังช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985) และกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง (Pender, 1987) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ซึ่งการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคจะสามารถควบคุมตนเองได้ ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ไม่ทำให้เกิดการแยกตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดความว้าเหวได้ จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530)

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยสโตรค

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเอง รวมทั้งการที่ต้องใช้ระยะเวลานานในการที่จะรักษาอาการของโรคให้ทุเลาลงหรือหายจากการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา หรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Bell, 1977) ซึ่งระยะเวลาที่นานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิดความวิตกกังวล การนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เคยเป็นอยู่ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้มีการแยกตัว และก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่ง Holmen et al. (1992) พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวล และจากการศึกษาของ Huckstadt (2002) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการนอนอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาเพียง 1 วัน สามารถทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ รวมทั้งการศึกษาของ Hall and Havens (1999) พบว่า การนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้

ภาวะอารมณ์ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีผลถึงอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (Schultz and Moore, 1984; Shin and Colling, 2000) ความตึงเครียด อ่อนเพลีย และสับสน (Loucks, 1980) จากการศึกษาของ กุสุมา ประชุมชนะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพร่างกายมาก สภาวะจิตใจและอารมณ์มีความรู้สึก ท้อถอย หดหู่ หวาดกลัว บางรายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป บางรายประสบปัญหาความพิการของร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สภาวะจิตใจและอารมณ์มีความวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (Holmes, 1991) อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย และการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปจากเดิม (Palmer and Bolla, 1997) เช่น ความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า สิ้นหวัง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2536 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) จากการศึกษาของ Hansson et al. (1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ Andersson and Stevens (1993) ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าและความ

วิตกกังวล และการศึกษาของ Alpass and Neville (2003) พบว่า ความว่าเหว้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นภาวะจิตสังคมที่ดี ที่นำไปสู่การวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Rosenberg (1965) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (sense of competence) จากความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะลดลงหรือสูญเสียหน้าที่ไป ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมลดน้อยลงหรือไม่สามารถปฏิบัติได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างปกติ เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ลี้หน้าง และหมดหวัง ทำให้หมองตนเองในด้านลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง แยกตนเองจากสังคม ซึ่งทำให้เกิดความว่าเหว้ได้ จากการศึกษาของ Levin and Stokes (1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว่าเหว้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความว่าเหว้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหว้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2547 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2547

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยคือ

1. ตัวแปรต้น คือ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ตัวแปรตาม คือ ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง

อายุ หมายถึง จำนวนปีตามปฏิทินของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากเกิน 6 เดือน ถือว่าเป็น 1 ปี คิดเป็นจำนวนตามปีบริบูรณ์

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับเป็นประจำทุกเดือน อาจเป็นเงินเดือนหลังเกษียณ เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลาน หรือบุคคลสำคัญให้เป็นเพื่อค่าใช้จ่ายรายเดือน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 9 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก ดัชนีบาร์ธเอลดีแอลของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ซึ่งพัฒนาจาก Barthel Index

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ในการได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลจากพยาบาล 3 ด้าน คือ

1) ด้านอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ในการได้รับความผูกพันใกล้ชิด ความมั่นใจ ความเชื่อถือ หรือความไว้วางใจจากพยาบาล

2) ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ในการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ หรือการให้คำปรึกษา ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาจากพยาบาล

3) ด้านการช่วยเหลือหรือบริการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ในการได้รับความช่วยเหลือ หรือกิจกรรมทางการพยาบาลจากพยาบาล

ประเมินได้จากแบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งพัฒนาจากแบบสอบถาม Social Support Questionnaire Part II (SSQ Part II) ของ Schaefer et al. (1981)

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนวันที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอนพักรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะอารมณ์ หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางด้านอารมณ์ 3 ด้าน คือ

1) ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีการแสดงออกของความรู้สึกในลักษณะความไม่สบายใจ เครียด กังวล หวาดหวั่น เป็นทุกข์ เศร้าโศก เสียใจ ลึนหวัง

2) ความกระปรี้กระเปร่า หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีการแสดงออกของความรู้สึกในลักษณะ ความมีชีวิตชีวา เบิกบาน กระฉับกระเฉง

3) ความโกรธ หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีการแสดงออกของความรู้สึกในลักษณะความฉุนเฉียว ชุนเค้น

ประเมินได้จากแบบสอบถามภาวะอารมณ์ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด The Profile of Mood States (POMS) ของ Shin and Colling (2000) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด The Profile of Mood States ของ McNair et al. (1992, cited in Shin and Colling, 2000)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ยอมรับตนเองว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ซึ่งแปลและดัดแปลงจากแนวคิดของ Rosenberg (1965)

ความว่าเหว หมายถึง การประเมินตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่พึงพอใจ ความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ รู้สึกตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว และแยกตัวจากสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการักษาในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความว่าเหวของ วัลลภา โคสิตานนท์ (2542) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด The University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของ Russell (1996)

ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือนหรือ 90 วัน มีทั้งช่วงอาการสงบและกำเริบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในการวิจัยนี้จะศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กระตุ้นให้พยาบาลเกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญของความว่าเหวของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการประเมินความว่าเหวในโรงพยาบาล
3. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไปที่เกี่ยวกับการจัดบริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยสูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดการศึกษาตามหัวข้อดังนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ
2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอารมณ์
7. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
8. บทบาทพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ

1.1 ความหมาย

ความว่าเหว (Loneliness) เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่อธิบายเป็นคำพูดให้เข้าใจได้ยาก มีผู้ศึกษาและให้คำจำกัดความเกี่ยวกับความว่าเหว ดังนี้

Francis (1981, cited in Proffitt and Bryne, 1989) ให้ความหมายว่า ความว่าเหวเป็นความทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุชัดเจน มีการแยกตัวจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวจากสังคม

Peplau and Perlman (1982) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกไม่สบายใจจากการไม่ได้รับสัมพันธภาพที่พึงพอใจ จากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม (person's network of social relations) ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

Hoffman (1991) ให้ความหมายว่า ความว่าเหวเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิด ความรู้สึกว่างเปล่า มีการพลัดพราก รู้สึกไม่สบาย เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

Kaasa (1998) กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกทางด้านลบ (negative feeling) ของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการพร่องทางสัมพันธภาพในสังคม

จากคำจำกัดความเกี่ยวกับความว่าเหวดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีความหมายที่มี ลักษณะเหมือนกัน 2 ลักษณะคือ 1) เป็นความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจ 2) เป็นการไม่ได้รับสัม พันธภาพที่ตนพึงพอใจ

จึงสามารถสรุปได้ว่า ความว่าเหวเป็นความรู้สึกทุกข์ใจ ไม่สบายใจของบุคคล ที่เกิดจากการไม่ได้รับสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนเองพึงพอใจ ทำให้รู้สึกตนว่าไม่มีคุณค่า มีความรู้สึกโดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม

1.2 ชนิดของความว่าเหว

การแบ่งชนิดของความว่าเหว สามารถแบ่งออกได้หลายแบบ ดังนี้

Weiss (1973, cited in Lunt, 1991: 27) แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) ความว่าเหวทางอารมณ์ (Emotional Loneliness) หมายถึง ความรู้สึกทุกข์ ใจ ความนิ่งเฉย (restlessness) และความว่างเปล่า จากการขาดสัมพันธภาพที่ตนพึงพอใจ

2) ความว่าเหวทางสังคม (Social Loneliness) เป็นความรู้สึกเบื่อหน่าย และมี ช่องว่างทางสังคม (marginality society) ที่เกิดจากการขาดสัมพันธภาพที่มีความหมาย หรือการ ขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Moustakas (อ้างถึงใน Zack, 1985) แบ่งความว่าเหวตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จริงในเวลานั้น ออกเป็น 2 ชนิดคือ

1) Existential Loneliness เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นเสมอในวิถีชีวิต เป็น ประสบการณ์ที่บุคคลทุกคนต้องเผชิญโดยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ตั้งแต่เกิด เติบโตและตายไป เช่น ความว่าเหวที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ความเศร้าโศก การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะ เป็นต้น

2) Anxiety Loneliness เป็นความว่าเหวที่เกิดจากความขัดแย้งภายในใจที่สะสม เป็นระยะเวลาช้านาน เกิดเนื่องจากความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่เป็นจริง กับการแสดงออกของตนเอง ทำให้รู้สึกขาดความผูกพันกับคนอื่น รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง มีชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมาย กลัว การอยู่คนเดียว โดดเดี่ยว จึงเกิดความวิตกกังวลสูง ความว่าเหวชนิดนี้สามารถป้องกัน หรือขจัด ออกไป โดยการมีกิจกรรมหรือมีความสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลอื่น

Von-Witzleben (อ้างถึงใน Zack, 1985) แบ่งความจำเหวตามประสบการณ์ของบุคคลออกเป็น 2 ชนิดคือ

1) ความจำเหวปฐมภูมิ (Primary Loneliness) เป็นความจำเหวที่เกิดขึ้นได้ยามอยู่ลำพังคนเดียว มีความรู้สึกว่าจะช่วยเหลือตนเองได้น้อย เบื่อหน่าย ไม่อยากพบปะพูดคุยกับผู้อื่น และมีการแยกตัวออกจากสังคม

2) ความจำเหวทุติยภูมิ (Secondary Loneliness) เป็นความจำเหวที่เกิดจากการพลัดพราก การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รักและมีความหมายต่อบุคคลนั้น

Shultz (1993: 433-434) แบ่งความจำเหวออกเป็น 3 ชนิด คือ

1) ความจำเหวแบบชั่วคราว (Transient Loneliness) หรือความจำเหวในชีวิตประจำวัน (Everyday Loneliness) เป็นความจำเหวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และมีระยะเวลาไม่นาน

2) ความจำเหวจากการมีสถานการณ์ในชีวิต (Situational Loneliness) เป็นความจำเหวที่เกิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การเกษียณอายุ การหย่าร้าง

3) ความจำเหวแบบเรื้อรัง (Chronic Loneliness) เป็นความจำเหวที่เกิดในบุคคลที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพของตนกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน 1-2 ปีติดต่อกัน โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาสัมพันธภาพให้ดีขึ้นได้ ทำให้ไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดสนิทสนมผู้อื่นได้ ความจำเหวชนิดนี้จะอยู่ในการดำเนินชีวิตตลอดไป

1.3 ความจำเหวในผู้สูงอายุ

ความจำเหวเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ในผู้สูงอายุ (Donaldson and Watson, 1996: 952) Cruz (1986: 24-26) อธิบายว่า ความจำเหวในผู้สูงอายุเกิดจากความขัดแย้งทางจิตใจ ในการเผชิญเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต สัมพันธภาพของตนเองมีความบกพร่อง เกิดการแยกตัวจากบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ผู้สูงอายุที่มีความจำเหวอยู่ในระดับที่รุนแรงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Fitcher and Hegge, 2000) มีการทำร้ายตนเองและนำไปสู่ การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Creecy, Berg, and Wright, 1985; Gomez and Gomez, 1993) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ ได้แก่ ประสาทสัมผัสเสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น อาจแปลความหมายใน สิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา หรือบางรายกลับปัสสาวะไม่ได้ เกิดความละอายในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ มีการแยกตัวจาก

สังคม ทำให้มีโอกาสเกิดความว่าเหวได้ง่าย (Brunner and Suddarth, 1984; Goldman, 1988; Eliopoulos, 1993, Barron et al., 1993) ขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ บทบาทหน้าที่การทำงาน การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเป็นหม้าย การเกษียณอายุ นับว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความว่าเหวใน ผู้สูงอายุได้เช่นกัน (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรีตันศิริ, 2536) จากการศึกษาของ Revenson and Johnson (1984) พบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับการสูญเสีย ผู้ที่เป็นหม้ายจะมีความว่าเหวมากที่สุด โดยเฉพาะในผู้ที่เพิ่งเป็นหม้าย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันในครอบครัว เปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว และการพัฒนาจากสังคมเกษตรไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งสิ่งดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้สูงอายุอยู่ลำพังมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531) ทำให้มีโอกาสเกิดความว่าเหวได้ (Hall and Havens, 1999) นอกจากนี้ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การสูญเสียรายได้ หรือมีข้อจำกัดในค่าใช้จ่าย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ยกผู้สูงอายุจากการติดต่อในสังคม ส่งผลทำให้เกิดความว่าเหวได้ (Creecy, Berg and Wright, 1985)

1.4 ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความว่าเหวเป็นปัญหาทางจิตสังคมปัญหาหนึ่ง ที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Proffitt and Bryne (1993) อธิบายว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มีปัจจัย 4 ประการคือ

- 1) การแยกทางกายภาพ (Physical Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับสัมผัส (contact) จากสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
- 2) การไม่ได้รับความรักความผูกพัน (Affectional Deprivation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ความผูกพันใกล้ชิด และการเปิดเผยตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Brandt and Weinert, 1981) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอเหมาะสม จะทำให้เกิดความมั่นใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตที่ดี แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองคิดว่าตนไร้ค่า แยกตนเองจากสังคม ทำให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ และจากการศึกษาของ Barron et al. (1993) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายจากความว่าเหวได้
- 3) การแยกทางสังคม (Social Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแยกจากครอบครัวหรือเพื่อน มาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่แปลก

ใหม่ และเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หากไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้มีการแยกตัว และก่อให้เกิดความว้าเหวได้ (Hall and Havens, 1999)

4) การขาดในสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน (Cathetic Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับในสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่ามีค่า และมีความหมายกับตนเอง

1.5 ผลกระทบของความว้าเหว

ความว้าเหวเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกายและจิต (Andersson and Stevens, 1993; Windriver, 1993; Donaldson and Watson, 1996; Hawkey et al., 2003) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (Prince et al., 1997; Wilkinson and Pierce, 1997; Otto, 2002) และความไม่มั่นคงในชีวิต (Kaasa, 1998) เมื่อเกิดความรู้สึกว้าเหวขึ้น จะมีอาการและอาการแสดงที่สามารถพบได้ คือ

1) ด้านร่างกาย อาการแสดงทางด้านร่างกายได้แก่ เกิดความเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดท้อง มึนงง ปวดเวียนศีรษะ น้ำหนักลด แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากผิดปกติ มีแบบแผนการรับประทานอาหารที่ผิดแปลกไป และมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (Newbern and Krowchuck, 1994) เช่นการศึกษาของ Walker and Beauchene (1991) พบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารได้น้อย

2) ด้านจิตใจ อาการแสดงทางด้านจิตใจ จะมีพฤติกรรมอาการแสดงออกตามแบบแผนต่างๆได้แก่

แบบแผนด้านอารมณ์ (Affective Pattern) จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย และความรู้สึกรังเกียจตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ว่างเปล่า ไร้จุดหมาย มีความขัดแย้งระหว่างความปรารถนาและสัมพันธภาพที่ได้รับจริง ความขัดแย้งระหว่างการพึ่งพาและไม่พึ่งพา มีความรู้สึกโกรธ สับสน เก็บกด เศร้าโศก และซึมเศร้า เป็นต้น

แบบแผนทางด้านความคิด (Cognitive Pattern) มักจะตำหนิตนเอง การเรียนรู้ ความจำ การแปลความหมายของข้อมูลและกระบวนการความคิดบิดเบือน เกิดความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่น คิดหมกมุ่นเรื่องของตนเอง มีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Penninx et al.(1999) พบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับการพ่วงทางการรับรู้

แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavioral Pattern) จะมีความคิดว่าตนเองอยู่ตามลำพังคนเดียว เป็นคนขี้มกวด มือคดื แยกตนเองจากสังคม เก็บตัวใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่คนเดียว และทำกิจกรรมตามลำพัง และอาจมีพฤติกรรมการใช้ยาหรือสารเสพติด

ซึ่งเมื่อเกิดความว้าเหวขึ้นแล้วไม่ได้รับการแก้ไขช่วยเหลือ จะเป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ (Gomez and Gomez, 1993: 28)

1.6 การประเมินความว้าเหว

ในการประเมินความว้าเหว มีเครื่องมือที่ใช้ดังนี้

1) The Loneliness Rating Scale (LRS) ของ Scalise, Ginter, and Gerstein (1984) เป็นแบบวัดความว้าเหวที่ประเมินตนเองเกี่ยวกับความล้นสูญญ (depletion) การแยกตัว (isolation) ความกระวนกระวาย (agitation) และความเศร้าสลด (dejection) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

2) The Murphy-Summerfield-Watson Loneliness Scale (The MSW Loneliness Scale) ของ Murphy, Summerfield, and Watson (1989, cited in Murphy and Kupshik, 1992) เป็นแบบวัดความว้าเหวที่สอบถามความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม (satisfaction of social needs) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

3) The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell (1996) พัฒนาจาก The UCLA Loneliness Scale ของ Russell, Peplau, and Ferguson (1978) ประกอบด้วยข้อความ 20 ประโยค ที่แสดงให้เห็นว่าคุณที่ว้าเหวพูดถึงความว้าเหวว่าอย่างไร ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคย (Never) นานๆ ครั้ง (Rarely) บางครั้ง (Sometimes) และบ่อยครั้ง (Often) เป็นข้อคำถามทางลบทุกข้อ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนในคำตอบ กล่าวคือ ผู้ตอบอาจจะตอบตามคำถามที่ถามนำไว้ก่อน ต่อมา Russell, Peplau, and Cutrona (1980) สร้าง The Revised UCLA Loneliness Scale โดยคงข้อความในแนวเดิม แต่เพิ่มข้อคำถามทางบวกเข้าไปด้วย จึงได้แบบวัดที่ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ ทำให้แบบวัดฉบับนี้มีชุดคำถามที่สัมพันธ์กับความว้าเหวสูงสุด และมีความเชื่อมั่นสูงเช่นเดิม แต่พบว่ามีปัญหาที่ตามมาคือ ข้อความในบางประโยคเป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ซึ่งเป็นประโยคที่เข้าใจยากในผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่ม นักศึกษาพบว่ามีปัญหาในการตอบข้อคำถาม ต่อมา Russell ได้พัฒนาแบบวัดเป็น The UCLA Loneliness Scale Version 3 ในปี ค.ศ. 1994 โดยมีการปรับปรุงข้อคำถามให้สามารถตอบง่ายขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ทางลบ 11 ข้อ มีการตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่

นักศึกษา พยาบาลในโรงพยาบาล ครูในโรงเรียนรัฐบาล และผู้สูงอายุ การประเมินค่าคงที่ภายใน (internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .89 - .94 และค่าความคงที่ (stability) โดยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบค่าความคงที่เพียงในการทดสอบซ้ำภายใน 1 ปี ($r=.73$) และหาค่าความตรง (Validity) โดยการหาค่าความตรงสอดคล้อง (Convergent Validity) การหาค่าความตรงจำแนก (Discriminant Validity) และค่าความตรงตามภาวะสันนิษฐาน (Construct Validity) ในกลุ่มนักศึกษา และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์ พบว่า ค่าความตรงสอดคล้อง ค่าความตรงจำแนก และค่าความตรงตามภาวะสันนิษฐานสูง ซึ่งแบบวัดนี้ได้มีการนำไปใช้วัดความว่าเหว่กันอย่างแพร่หลาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ The UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell (1996) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถเข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมที่จะนำไปใช้

2. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับปี พ.ศ.2546 บัญญัติว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และนักพฤฒาวิทยา (Gerontologist) แบ่งระดับการสูงอายุไว้ 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 อายุ 65-74 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) กลุ่มที่ 2 อายุ 75-84 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old) และกลุ่มที่ 3 อายุ 85 ปีขึ้นไป เรียกว่า ผู้สูงอายุมาก (Old- Old) (Staab and Hodges, 1996) ในประเทศไทย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2545) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 อายุ 60-69 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) กลุ่มที่ 2 อายุ 70-79 ปี เรียกว่า ผู้สูงอายุตอนต้น (Medium-old) และกลุ่มที่ 3 เรียกว่า ผู้สูงอายุมาก (Old-old หรือ Oldest-old) และลักษณะของความสูงอายุจะมี 4 ลักษณะคือ เป็นสิ่งที่ปรากฏทั่วไป (universal) มีการดำเนินอย่างก้าวหน้า (progressive) เป็นความเสื่อม (detrimental) และเกิดจากปัจจัยภายใน (intrinsic factor) (Goldman, 1988) ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ แสดงให้เห็นว่า ความสูงอายุเป็นความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในที่มีการดำเนินอย่างต่อเนื่องและปรากฏให้เห็น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดได้กับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา
2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1. **การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา** ในผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว (Eliopoulos, 1997) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย มีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ระบบผิวหนัง ในผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าลดลงถึง ร้อยละ 50 (Fretwell, 1993 ; Carnevali and Patrick, 1993)) ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินมีจำนวนลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น สามารถมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่บริเวณผิวหนังลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง นอกจากนี้ จำนวนต่อมเหงื่อที่ลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการควบคุมความร้อนลดลงด้วย การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่อ่อนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย ผมหงอกและจำนวนขนลดลง สิวางลงจากการที่เซลล์ผลิตสีผมหงอก เส้นผมร่วงและแห้งง่ายเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น อัตราการเจริญของเล็บลดลง มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous System and Special Senses)

1.2.1 ในส่วนของระบบประสาท พบว่า เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวในการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้า การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงอวกาศ จนบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ เพราะความสามารถในการเก็บข้อมูลลดลง แต่สามารถจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

1.2.2 ความสามารถในการมองเห็นลดลง ลูกตามีขนาดเล็กกลางและลึก เพราะไขมันของลูกตาลดลง กระจกตาที่มีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้กระจกตาตึง รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในสถานที่ต่างๆ ไม่ดี และพบว่า สายตาวาว ลานสายตาแคบลง ทำให้เกิดปัญหาในการมองเห็น น้ำหล่อเลี้ยงลูกตา

เพิ่มขึ้น การดูดซึมในลูกตาลดลง เลนส์ตาขุ่น ความดันในลูกตาสูงขึ้น เกิดต้อหินและต้อกระจกได้ การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

1.2.3 ความสามารถในการได้ยินลดลง เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ และพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีอาการหูตึง (Birchenall and Streight, 1982) รวมทั้งมีการทรงตัวไม่ดี มีอาการเวียนศีรษะ และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) ในส่วนของกล้ามเนื้อ เซลล์ของกล้ามเนื้อจะเหี่ยวลีบลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความตึงตัวและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งพบว่กำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณร้อยละ 12-15 จากอายุ 30 ถึง 70 ปี (Fletcher, 1999) เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายและติดขัด ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้หลังค่อม ทรงตัวไม่ดี (Christiansen and Gryzbowski, 1993) การเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ ปริมาณน้ำไขข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะที่มีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่มีการเสื่อมได้บ่อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

1.4 ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปพอสทินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ขนาดหัวใจอาจเล็กลงหรือโตขึ้นได้ ลิ้นหัวใจแข็งและหนา มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี จึงเป็นเหตุให้พบภาวะเอมโบไลและ thrombosis ในผู้สูงอายุได้บ่อยขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและความไวต่อสิ่งเร้าของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง รวมทั้งความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ง่าย ในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง หน้ามืดเป็นลมได้บ่อย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) มีการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของปอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น มีการระบายอากาศภายในปอดไม่สม่ำเสมอ ในทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน (cilia) ตลอดทางเดินหายใจ รีเฟล็กซ์การไหลลดลง เนื่องจากมีการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการ

ทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี ประกอบกับปริมาตร I_{A} ในสภาวะหลัง และ alveolar macrophage ลดลง จึงทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย และการทำงานของฝาปิดกล่องเสียงลดลง ส่งผลทำให้เกิดอาการสำลัก และเกิดโรคปอดบวมง่ายขึ้น

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกหุ้มรากฟันร่นลงทำให้ฟันยาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ต่อม น้ำลายเสื่อมหน้าที่ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ทำให้การย่อยแบ่งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้อในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น ระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ทำให้อาหารไม่ย่อย ท้องอืด แน่นท้อง ท้องผูกง่าย

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary System) ขนาดและน้ำหนักของไตในผู้สูงอายุลดลง ผนังหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดในไต และอัตราการกรองของไตลดลงประมาณร้อยละ 50 (Eliopoulos, 1993) การทำงานของท่อไตลดลงทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ความถ่วงจำเพาะลดลงจากเดิม กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจึงลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย รวมทั้งการทำงานของตัวรับการกระตุ้นลดลง ทำให้รู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะ เมื่อมีปัสสาวะเต็มในกระเพาะปัสสาวะ

ในผู้ชาย ต่อมลูกหมากโตขึ้น และผลิตสารคัดหลั่งน้อยลง อวัยวะเกี่ยวเนื่องและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ส่วนในเพศหญิง รังไข่ฝ่อเล็กน้อย มดลูกขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น เยื่อบุช่องคลอดบางลง

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง ต่อมไทรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีเนื้อเยื่อพังผืดสะสมมากขึ้น มีการทำงานลดลง ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย และน้ำหนักลดลงได้ (Fretwell, 1993) ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราไทรอยด์เพิ่มขึ้น ต่อมหมวกไตส่วนนอกมีเนื้อเยื่อพังผืดและรงควัตถุเพิ่มขึ้น ระดับฮอร์โมนลดลง ส่วนต่อมหมวกไตส่วนในมีการผลิตอีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟรินในระดับคงที่ แต่ใช้เวลาในการหลั่งนาน ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลงระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ ทำให้ระดับความทนต่อน้ำตาลลดลง ต่อมเพศทำงานลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุหญิงระดับฮอร์โมน

เอสโตรเจนจึงลดลงมากทำให้ไม่มีประจำเดือน สำหรับผู้สูงอายุชาย มีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่า เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อย

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม มีผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเริ่มวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกกลัว เช่น กลัวช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย เป็นต้น (วิภาวี คงอินทร์, 2537) และวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสีย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข โดยจะนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างซ้ำๆ และเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง การไม่ยอมรับในกระบวนการเปลี่ยนแปลง จะนำมาซึ่งความด้อยประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้สูงอายุพยายามมีส่วนร่วมในสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การเลือกสรรสิ่งหรือกิจกรรมที่เหมาะสม และการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful ageing) ผู้ที่ประสบความสำเร็จ จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัย และสถานะของตน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุ มีดังต่อไปนี้

2.1 การเรียนรู้และความจำ (Learning and Memory) การเรียนรู้และความจำจะลดลงมากขึ้น ซึ่งการเรียนรู้จะลดลงมาหรือน้อยขึ้นขึ้นอยู่กับสติปัญญา การศึกษา แรงจูงใจ ความตั้งใจ การรับส่งข้อมูลของสมอง การยอมรับและสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมา และการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้สูงอายุทำได้ดีและเร็ว คือ การเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่เร่งรัด ผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่มีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ลดลง การกระตุ้นความจำต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน ไม่ควรเน้นหรือถามซ้ำในเรื่องที่ผู้สูงอายุจำไม่ได้ และการจดบันทึกจะเป็นการช่วยให้จำได้มากขึ้น

2.2 บุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพของบุคคลมีพื้นฐานตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต โดยมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ อีริคสันเชื่อว่า บุคลิกภาพต้องมีการพัฒนาตลอดเวลาและตลอดชีวิต ในวัยสูงอายุบุคลิกภาพมักไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไปของวัยสูงอายุ รวมทั้งการรับรู้ความมีอายุและการยอมรับของสังคม

2.3 สติปัญญา (Intelligence) สติปัญญา ของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถของสมอง ระดับการศึกษา การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และสภาวะสุขภาพ ใน

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้อะไรใหม่ๆ มากขึ้น รวมทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์มีผลทำให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุดีขึ้น และบุคคลในวัยต่างๆ ให้ความสนใจเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ดังนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีสติปัญญาดีกว่าในอดีต โดยทั่วไป การเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน ลักษณะความเสื่อมทางสติปัญญาที่พบได้ในผู้สูงอายุคือ

2.3.1 ความสามารถในการใช้เหตุผลเสื่อมเร็วกว่าความสามารถในการคำนวณบวก ลบตัวเลข

2.3.2 ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรมมีจำกัด

2.3.3 ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ลดลง

2.3.4 ความสามารถในการคิดอิสระลดลง ต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยในการตัดสินใจ

2.3.5 มักใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบที่เคยปฏิบัติโดยไม่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากความจำสั้นทำให้แยกสาเหตุไม่ได้

2.4 สมรรถภาพ (Competence and Performance) สมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและสมรรถภาพในการนำความรู้ไปปฏิบัติลดลง ผู้สูงอายุจึงต้องการการส่งเสริมสนับสนุน และต้องการแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมใหม่ๆ

2.5 เจตคติ ความสนใจ และคุณค่า (Attitudes, Interests and Values) จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติ และวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุไม่ใช่สิ่งง่าย การสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงเจตคติของผู้สูงอายุจะเกิดได้ง่าย และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.6 การรับรู้ตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า (Self concept and self esteem) ถ้าเป็นไปได้ในทางบวก จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลมาจากกระบวนการคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม รวมทั้งยังเกี่ยวข้องกับงานและสังคมของผู้สูงอายุด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งพบได้ในการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อบุตรแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือไปประกอบอาชีพในที่ต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น ถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุเหินห่าง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงาและว่าเหว ขาดที่พึ่ง (ฤดีดาว ช่างสาน, 2542) ในรายที่เศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนี้การ

ตายจากไปของคุณครอง ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเอง

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้นเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เนื่องจากบุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต การเคารพนับถือและการกตัญญูลดน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปยึดถือด้านวัตถุนิยม ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาวะเหตุการณ์สิ่งแวดล้อม และสภาวะวิกฤตที่แต่ละคนกำลังเผชิญอยู่

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุมักมีความคิดคดงที่ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม จึงทำให้เกิดการต่อต้านความคิดใหม่ๆ เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้นกลายเป็นคนลำสมัย ทำให้ลูกหลานไม่อยากจะยุ่ง กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว จึงแยกตัวเอง และเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

3.4 การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน เป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะทำให้บุคคลมีความมั่นคง และมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุค่อยๆ ถอยตัวเองออกจากงานและเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นทันทีทันใดที่ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทัน จะทำให้เกิดการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้ หรือรายได้ลดลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงาน และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการสูญเสียดังกล่าว อาจก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ใจแก่ผู้สูงอายุอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่ไม่ยอมรับและไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะการเปลี่ยนแปลงหลังการปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากไม่สามารถปรับตัวได้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหวาดหวั่น ซึ่งเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.1 ความหมาย

ในการประชุมระหว่างชาติเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง (1952, cited in Dimond and Jones, 1983) ได้กำหนดความหมายของภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเสียหายที่ หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งอาจมีเพียง 1 ลักษณะ หรือมากกว่า กล่าวคือเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาพยาบาลหรือเป็นไปอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ ต้องการฝึกฝนพิเศษ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่มีรูปแบบเฉพาะ และต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง หรือต้องการดูแลเป็นระยะเวลานาน

วาทีนี้ บุญชะลักษ์ (2530) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการเป็นติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วันขึ้นไป และโรคบางโรคที่รวมอยู่ในกลุ่มที่จัดว่าเป็นโรคเรื้อรัง แม้จะมีอาการไม่ถึง 90 วันก็ตาม

นิตยา ไทยาภิรมย์ (2532) ให้ความหมายของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังว่า เป็นความเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้ระยะเวลารักษานานตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งลักษณะของโรคอาจมีอาการดีขึ้น เลวลง หรือตายในที่สุด

Milliken and Campbell (1985) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งถาวรที่มีระยะเวลานานเป็นความเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ และอารมณ์ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การรักษาจึงมุ่งไปที่การควบคุมอาการ และแสดงความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีทั้งอาการกำเริบรุนแรง และอาการสงบ ช่วงอาการกำเริบรุนแรงจะมีอาการแสดงอย่างเฉียบพลัน อาจต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการแสดง และช่วงอาการสงบ อาการแสดงจะบรรเทาลงอาจไม่มีความต้องการยา หรือการรักษาอื่น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรำคาญ และรบกวนการดำเนินชีวิต หรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

Ritche et al. (1984) ให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมานานกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน หรือเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการยืดเยื้อสามารถมีอาการรุนแรงขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้นจึงสามารถสรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึง ความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่ หรือเบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งไม่สามารถรักษาพยาบาล หรือเป็นไปอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ จึงมีความต้องการการดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

เป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรง และอาการสงบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

3.2 ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูงอายุ

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในระบบต่างๆ ของร่างกาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้าๆ ยังไม่ปรากฏให้เห็นในระยะแรก ผู้ป่วยมักจะทราบว่าเป็นโรคเรื้อรังเมื่ออาการของโรครุนแรงและลุกลามไปทุกระบบของร่างกาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สุขภาพจึงไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติ ต้องมีการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต การรักษาจะช่วยให้อาการทุเลา หรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคเกิดช้าลง แต่การรักษาไม่สามารถยับยั้งการดำเนินของโรคได้ตลอดไป ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น และมีความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ด้วยตนเองเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการสูญเสีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพึ่งพา ฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทในหน้าที่การงานในสังคม (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2530) ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการทำงานต่างๆ ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปจะมีโรคประจำตัว 2 โรค หรือมากกว่า (Centers of Medicare and Medicaid Services, 1999) ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคของระบบไหลเวียนโลหิต (Lueckenotte, 1996) และการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2538 ของคณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย (2541) พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ โรคเบาหวาน

นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (Miller, 1992: 403 - 411) ซึ่ง Specht (2003) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ร่วมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ Ellis and Nowlis (1989) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีความจำกัดในกิจวัตรประจำวันมากที่สุดเมื่อเทียบกับวัยอื่น เห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วย

สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการหายหรือการฟื้นฟู จากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ในขณะที่เดียวกันหากไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ถูกละเลย ทอดทิ้ง จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไร้ค่า เกิดการแยกตัว (Strauss, 1975) ก่อให้เกิดความว้าวุ่นขึ้นได้ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2533) จากการศึกษาของ สุพรรณณี นันทชัย (2534) และ Foxall and Ekberg (1989) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความว้าวุ่น

4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะมีการเสียน้ำที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากสภาพปกติ เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนาน เกิดขึ้นอย่างถาวรมีความพิการหลงเหลืออยู่ และพยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ (The National Commission on Chronic Illness, 1952, cited in Dimond and Jones, 1983) ก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 1.7 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในระดับปานกลางและระดับรุนแรง สอดคล้องกับ Tilden and Weinert (1987) พบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 100) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลง จากการศึกษาของ แย้มวงษ์ (2538) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุจะลดลงเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับในระยะก่อนเข้ารับการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hirsch et al. (1990) ที่พบว่า ในวันที่สองของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 65 จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เปรียบเทียบกับสองสัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องการความช่วยเหลือ และพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

4.2 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถกระทำโดยการประเมินได้จากคนที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมตามที่กำหนดหรือไม่ กิจกรรมที่เลือกใช้จะเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (Basal Activity of Daily Living) และกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อ การดำรงชีวิต (Instrumental Activity of Daily Living: IADL) เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่

1) The Katz Index of ADL (Katz and Stroud, 1989) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

2) Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney (1958, cited in McDowell and Newell, 1996) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น

3) แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน เป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index: CAI) เป็นแบบวัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้น สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมของคนไทย โดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ ดัชเนียร์เทเลเอดีแอล เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติทุกด้าน และเหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย จึงเหมาะสมมากกว่าแบบประเมินอื่นๆ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

5.1 ความหมาย

ความช่วยเหลือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม และเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Brandt and Weinert, 1981) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

Weiss (1974, cited in Brandt and Weinert, 1981)) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประดับประดาจากสมาชิกในสังคม

Cobb (1976: 300-301) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า เขาได้รับการดูแล ให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมทั้ง การมองตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

Kahn (1979, cited in Lindsey, 1997) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ ยอมรับพฤติกรรม และช่วยเหลือทางด้านวัตถุซึ่งกันและกัน

Cohen and Syme (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน และมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งร่างกายและจิตใจ

จากความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์ และได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในด้านการได้รับการดูแลเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า การได้รับคำแนะนำ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งร่างกายและจิตใจ

5.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งอาจจะอยู่ในลักษณะที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ซึ่งมีผู้ศึกษาและได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Weiss (1974, cited in Murphy and Kupshik, 1992: 36-37) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน โดยเน้นถึงสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ

1) ด้านความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) ทำให้บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความรู้สึกอบอุ่น

2) ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารประสบการณ์ และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3) ด้านการมีโอกาสอบรมเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่ามีความหมาย เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พักพิงของผู้อื่นได้

4) ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) หมายถึงการที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกตนว่ามีคุณค่า

5) ด้านความรู้สึกเป็นมิตร (A sense of reliable alliance) หมายถึงสัมพันธภาพจากครอบครัวสายตรง เครือญาติ ซึ่งบุคคลหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

6) ด้านการได้รับคำแนะนำชี้แนะ (The obtaining of guidance) หมายถึงการที่บุคคลได้รับคำแนะนำชี้แนะจากบุคคลที่ศรัทธาและไว้ใจ ในช่วงที่บุคคลเผชิญความเครียด

Cobb (1976: 300-301) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่ามีผู้ให้การยอมรับ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support or Network Support) เป็นข้อมูลที่แสดงว่า บุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทาง

สังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Toits (1982: 145) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

- 1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feed-back)
- 2) การสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน อุปกรณ์สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ
- 3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional Support) เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Schaefer et al. (1981: 385-386) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจบุคคล
- 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่คุณได้กระทำแล้ว
- 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible Aid) เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของและรวมถึงการช่วยเหลือ หรือการให้บริการ

House (1985, cited in Tilden and Weinert, 1987) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่าและมีความผูกพัน
- 2) การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) เป็นการเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน หรือสังคมเดียวกัน
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการให้ข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4) การสนับสนุนด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental Support) เป็นพฤติกรรมทำให้การช่วยเหลือโดยตรงกับบุคคล

จะเห็นได้ว่า หลายท่านที่ได้กล่าวถึงชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นนั้น จะครอบคลุมการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และร่างกาย

5.3 แหล่งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสนับสนุน

แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงลักษณะ และขนาดของเครือข่ายทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดรูปแบบ และปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับ (Stewart, 1993) ซึ่งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือสนับสนุนนั้น ตามแนวคิดของ Pender (1987) ได้แบ่งกลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือสนับสนุนออกเป็น 5 ระบบ คือ

1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือได้ว่ามีความสำคัญมากที่สุด

2) ระบบสนับสนุนจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญ และสามารถชักจูงบุคคลได้ง่าย 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 ที่ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

ในขณะที่เดียวกัน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531) แบ่งกลุ่มสนับสนุนออกเป็น 2 ประเภทคือ กลุ่มสังคมปฐมภูมิ หมายถึง ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน และกลุ่มสังคมทฤษฎีภูมิ หมายถึง เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่น ซึ่งการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนนั้น ขึ้นอยู่กับสมาชิกเครือข่ายทางสังคมจะพิจารณาว่าแหล่งบุคคลใดสำคัญที่สุด และสถานการณ์ในเวลานั้น (Norbeck, 1981)

5.4 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 II (SSQ Part II) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของรวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ

3) Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) สร้างโดย Norbeck et al. (1985, cited in Lindsey, 1997) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (1977, cited in Lindsey, 1997) ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ Social Support Questionnaire Part II (SSQ Part II) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) เนื่องจากมีการประเมินการช่วยเหลือสนับสนุนที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะอารมณ์

6.1 ความหมาย

ภาวะอารมณ์ (Mood States) เป็นปัจจัยทางสุขภาพจิตที่สำคัญของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรง นักทฤษฎีหลายท่านที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ไม่ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะอารมณ์ (Mood States) ที่เฉพาะเจาะจง แต่ได้กล่าวถึงคำที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ Affect และ Emotion จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้คำจำกัดความเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ ดังนี้

พจนานุกรมภาษาอังกฤษของ Webster (1984) ให้คำจำกัดความ ภาวะอารมณ์ว่า เป็นอารมณ์ หรือความรู้สึก ที่มีลักษณะเฉพาะพิเศษ ซึ่งเกิดจากการรับรู้และมีพลังที่จะสามารถทำสิ่งใดได้ตั้งใจ

Kapland and Sadock (1988) ให้ความหมายของภาวะอารมณ์ว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น และคงอยู่ระยะหนึ่ง เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลและต้องรายงานออกมาด้วยตนเอง

Parkinson et al. (1996) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และไม่ได้หายไปทันที แบ่งออกเป็นพึงพอใจและไม่พึงพอใจ

Morris (1998, cited in Shin and Colling, 2000) ให้ความหมายของภาวะอารมณ์ว่า เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตอบสนองหลายชนิด

Shin and Colling (2000) กล่าวว่า ภาวะอารมณ์ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า (Anxiety-Depression) ความโกรธ (Anger) และความรู้สึกทางด้านบวก คือ ความกระปรี้กระเปร่า (Vigor)

จากคำจำกัดความเกี่ยวกับภาวะอารมณ์ดังกล่าว พบว่า มีลักษณะที่คล้ายกันคือ

- 1) เป็นความรู้สึกทางจิตใจที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
- 2) ประกอบด้วยอารมณ์ทางด้านลบและบวก

จึงสามารถสรุปได้ว่า ภาวะอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นและคงอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยความรู้สึกทางด้านลบและด้านบวก ซึ่งบุคคลต้องรายงานออกมาด้วยตนเอง

6.2 ภาวะอารมณ์กับการสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ ประกอบกับสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจและเทคโนโลยี สภาพสังคมจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม

ทำให้เกิดการขยายตัวเมือง มีการอพยพแรงงานคนวัยทำงานจากชนบทเข้าสู่เมือง (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2537) โครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนใจ และดูแลเอาใจใส่น้อยลง ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก และปัญหาทางจิตใจในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อารมณ์ที่มักแสดงออกได้แก่ น้อยใจ หงุดหงิด โกรธง่าย เสียใจง่าย เครียด และวิตกกังวล เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) ซึ่ง Shin and Colling (2000) กล่าวว่า อารมณ์ที่มักพบได้ในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยอารมณ์ทางด้านบวกและด้านลบ กล่าวคือ อารมณ์ทางด้านลบ ได้แก่ ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ด้านความโกรธ ส่วนอารมณ์ทางด้านบวก คือด้านความกระปรี้กระเปร่า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.2.1 ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์พื้นฐาน และเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์ ที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ เป็นสภาวะอารมณ์ที่เป็นสัญญาณเตือนว่า มีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ และอารมณ์ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลที่ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ ดังนี้

Zung (1971) ให้คำจำกัดความความวิตกกังวลว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น และมักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพร่วมด้วย

Cater (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามหรือเป็นอันตรายจากภายนอก เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า เกี่ยวกับสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตรายที่เกิดขึ้น

Lambert and Lambert (1985) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นประสบการณ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในใจ และเป็นเสมือนเพื่อนคู่กายที่ผลักดันให้บุคคลมีแรงสร้างสรรค์หรือทำลาย

Valente and Sellers (1990) ให้คำจำกัดความความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรือสิ่งที่อันตรายต่อชีวิต

Janosik and Davies (1986) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่หวาดหวั่น หรือหวาดกลัว ซึ่งมีสาเหตุจากภายในจิตใจของบุคคล โดยไม่มีสิ่งภายนอกมากระตุ้น

จึงอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว คับข้องใจ กังวลต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรือสิ่งที่อันตรายต่อชีวิต ทำให้บุคคลมีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

สาเหตุของความวิตกกังวล แบ่งออกตามสิ่งที่คุกคามบุคคลได้ 2 ชนิด คือ (Taylor, 1986)

1) สิ่งที่คุกคามทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่รบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือมีผลให้ความสามารถของบุคคลลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะเข้าไปในทางที่เสื่อมถอยลง ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งดังกล่าวนี้ เป็นสิ่งที่คุกคามทางด้านร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้

2) สิ่งที่คุกคามต่อความเป็นตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวัยสูงอายุ เป็นวัยแห่งการสูญเสีย ทั้งบทบาทหน้าที่ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ คู่ชีวิต เป็นต้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้น (Verwoerdt, 1981 cited in Salzman and Lebowitz, 1991)

นอกจากนี้ MaConnell (1988) ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ได้แก่

- 1) ความขัดแย้งในจิตใจเกี่ยวกับคุณค่า หรือเป้าหมายของชีวิต
- 2) การถูกคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง
- 3) การถูกคุกคามด้วยความตาย
- 4) การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนของภาวะสุขภาพ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ บทบาทหน้าที่การทำงาน สิ่งแวดล้อม และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- 5) ภาวะวิกฤตในชีวิต
- 6) ปัญหาการติดต่อระหว่างบุคคล
- 7) ความอ้างว้างหรือโดดเดี่ยว

นอกจากนี้ สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุอาจเกิดจากโรคจิตที่คิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย ภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ความหวาดระแวง รวมทั้งผลของยาและสารบางอย่าง (Salzman and Lebowitz, 1991)

ประเภทของความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) วิตกกังวลปกติ (Normal Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไป เป็นแรงผลักดันให้ชีวิตประสบความสำเร็จ มีผลทำให้บุคคลตื่นตัว กระตือรือร้นที่จะแก้ปัญหา การรับรู้ ร่องไวและถูกต้อง ความจำและสมาธิดี อารมณ์และการกระทำไม่เปลี่ยนไปจากเดิมมาก

2) ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (Acute Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกคุกคาม หรือได้รับอันตราย อาจเรียกว่าภาวะวิตกกังวล (Anxiety stage)

3) ความวิตกกังวลเฉียบพลัน (Chronic Anxiety) หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข ขาดความมั่นคงปลอดภัยที่แฝงอยู่ในตัวของบุคคลนั้นตลอดเวลา อาจเรียกว่าอุปนิสัยวิตกกังวล (Trait Anxiety) ความวิตกกังวลลักษณะนี้ ไม่แสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะลอบตัวแบบคงที่ เมื่อมีภาวะวิตกกังวลพื้นฐานที่ถูกเก็บกดไว้ จะเป็นแรงเสริมให้สภาพอารมณ์หวาดวิตกรุนแรง หรือเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถอธิบายสาเหตุของความรู้สึกเหล่านั้นได้

ระดับความวิตกกังวล ระดับของความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลและสถานการณ์มีความแตกต่างกัน ซึ่งสามารถแบ่งระดับความวิตกกังวลได้ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541; Peplau, 1952 cited in Burgess and Hartmann, 1990)

1) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild Anxiety Level) เป็นความวิตกกังวลในระดับต่ำที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น สมาธิและความจำดีขึ้น สามารถจำกัดความสนใจไว้เฉพาะเรื่องที่ตนต้องการได้ จึงสามารถเผชิญ หรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety Level) เป็นความวิตกกังวลที่สูงขึ้นในระดับที่บุคคลมีการรับรู้แคบ และเลือกรับรู้เฉพาะที่สนใจหรือต้องการ การเปลี่ยนแปลงที่พบได้แก่ รู้สึกตึงเครียด ใจสั่นระริก สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น มีอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย กระวนกระวาย แต่อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลระดับนี้ ทำให้เกิดความสามารถแก้ปัญหา ช่วยทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety Level) ความวิตกกังวลในระดับนี้ บุคคลมีการรับรู้แคบมาก หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดเกินไป และเลือกรับรู้เฉพาะบางส่วน ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาหาย อาจมีอาการงุนงง สับสน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย อาการแสดงออกทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ ท้องเดิน ท้องผูก เป็นต้น มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย บางรายต่อต้านไม่ร่วมมือรู้สึกว่าคุณใจถึงวาระสุดท้าย หรือใกล้ตาย

4) ความวิตกกังวลระดับสูง (Panic Anxiety Level) เป็นความวิตกกังวลในภาวะหวาดหวั่น บุคคลไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ มีการรับรู้แคบมากหรือไม่มีการเรียนรู้เสียไปไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ มีความคิดและการสัมผัสผิดแปลกไป ทำให้มีอาการ

หลงผิด หรือประสาทหลอนชั่วคราว หากมีความวิตกกังวลในระดับนี้เป็นระยะเวลาสั้น อาจเป็นอันตราย และอาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตนเองได้

ขั้นตอนการเกิดความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (Peplau อ้างถึงใน อูบล นิวัติชัย, 2541)

ขั้นตอนที่ 1 บุคคลมีความคาดหวัง ปรารถนา ต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งเด่นชัด ความต้องการนั้นมีพลังผลักดันสูงกว่าความต้องการเรื่องอื่น

ขั้นตอนที่ 2 ความต้องการ ความคาดหวัง ไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะรู้สึกว่า ความต้องการของตนได้รับการขัดขวาง มีอุปสรรค และมีความคับข้องใจตามมา

ขั้นตอนที่ 3 ในภาวะคับข้องใจ บุคคลจะรู้สึกไม่มีความสุข หงุดหงิด สับสน ทำอะไรไม่ถูก รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง ไม่มีพลัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงอย่างมากในทันที

ขั้นตอนที่ 4 ธรรมชาติของการปรับตัว กระบวนการขั้นตอนที่ 3 จะไม่คงที่อยู่นาน จะมีพลังงานที่เปลี่ยนแปลงออกเป็น 2 แนวทางคือ พฤติกรรมที่มุ่งสู่การแก้ปัญหา และพฤติกรรมที่มุ่งสู่การหลีกเลี่ยง หนีปัญหา ซึ่งทั้ง 2 แนวทางนี้ไม่สามารถกำหนดทิศทางที่ชัดเจนได้

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นตอนที่ความวิตกกังวลแก้ไขหมดไป ถ้าพฤติกรรมมุ่งสู่การแก้ปัญหา บุคคลอาจมีการแสดงออกทางสีหน้าว่า อึดอัด ไม่สบายใจ แต่พยายามหาวิธีแก้ปัญหา อาจใช้วิธีการประนีประนอม หรือดึงกลไกการป้องกันทางจิตที่ไม่ก่อโทษมาใช้ เช่น การเลียนแบบ การทดแทน การชดเชย เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่มุ่งสู่การหลีกเลี่ยง หนีปัญหา บุคคลจะมีพฤติกรรมแสดงออกมาทางสีหน้าและอากัปกริยา กลไกการป้องกันทางจิตที่ถูกดึงมาใช้ จะมุ่งลดความวิตกกังวลเท่านั้น เช่น สนุกสนานครื้นเครงเกิดเหตุ ก้าวร้าว ลงโทษตนเอง เป็นต้น

ผลของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจ ดังนี้ (Zung, 1971; Stuart and Sundeen, 1991)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีอาการและอาการแสดงของอวัยวะในระบบต่างๆ คือ ระบบหายใจ พบว่า มีอาการหายใจแรงเร็ว ลักษณะเหมือนหายใจไม่อิ่มหายใจตื้น วิงเวียน แน่นอก รู้สึกคล้ายเป็นลม รู้สึกเสียวชาบริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้า ระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว หอบ เจ็บหน้าอก ระบบทางเดินอาหาร พบว่า มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ พบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือถ่ายปัสสาวะบ่อย ระบบผิวหนัง พบว่า มีอาการหน้าแดง หรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะฝ่ามือ ระบบประสาท พบว่า มีอาการลึ้มง่าย ไม่มีสมาธิ อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่

หลับ และระบบกล้ามเนื้อ พบว่า มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ มือเท้าสั่นกระตุก ปวดเมื่อย เมื่อยล้า อ่อนเพลีย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะมี อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไวต่อสิ่งที่มากระตุ้น อารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ได้แก่ อารมณ์โกรธ ชุนเคือง หงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะไม่มีสมาธิ หรือไม่สามารรถแก้ปัญหาได้ ไม่สามารถคิดเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่เป็นนามธรรม หรือในทางที่ไม่เหมาะสม

(Beare and Myers, 1990)

4) การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม บุคคลจะมีการแสดงออกทางพฤติกรรมหลายรูปแบบ ทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง มือสั่น พูดเร็ว อ้าอึ้ง พูดติดอ่าง หลบตา พยายามหลบหนี ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น (Watson, 1974 อ้างถึงใน บังอร เครียดชัยภูมิ, 2533)

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ และมักพบได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ที่มักจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเสื่อม หรือสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งความว้าวเหวมีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหาทางสุขภาพ (เกษม ต้นติผลาชีวะ และ กุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528) เห็นได้จากการศึกษาของ วชิราภรณ์ สุมนวงศ์ (2536) ที่พบว่า ความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และความวิตกกังวล เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว้าวเหวในผู้สูงอายุ เห็นได้จากการศึกษาของ Hansson et al.(1986) และ Andersson and Stevens (1993) ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความว้าวเหวในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่เกิดจากการเกษียณอายุ การเปลี่ยนบทบาทตนเองมาอยู่บ้าน ไม่มีงานประจำ ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจ ขาดรายได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

6.1.2 ความซึมเศร้า

ความซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์หม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ต่ำหนิตนเอง (สถาบัน

สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536) มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของความซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังนี้

สวเนียร์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) กล่าวว่า ความซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย

พะยอม อิงคตานุวัฒน์ (2525) ให้คำจำกัดความว่า ความซึมเศร้า เป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอาการซึมเศร้า หมดหวัง โดดเดี่ยว และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) ให้ความหมายว่า ความซึมเศร้า เป็นลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์ บุคคลจะรู้สึกเศร้าสร้อย สลดหดหู่ สิ้นหวัง ท้อแท้

อุบล นิวัติชัย (2540) ให้ความหมายว่า ความซึมเศร้า เป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อย ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย

จึงอาจสรุปได้ว่า ความซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่มีการแสดงออกของความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ ความหม่นหมอง เศร้าสร้อย ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย หมดหวัง

สาเหตุการเกิดพฤติกรรมซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการวิเคราะห์ความเป็นมาของจิตใจ (Psychodynamic Approach) ว่า สาเหตุสำคัญมาจากความเจ็บปวดที่เกิดจากการสูญเสีย เช่น การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียตำแหน่งหรือบทบาทตนเอง การสูญเสียทรัพย์สินสมบัติ หรือการสูญเสียอวัยวะบางส่วน เป็นต้น และการสูญเสียที่รุนแรง คือ การสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง หรือการไม่ชื่นชอบตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการท้อแท้ หมดหวังไร้ค่า ไม่อยากมีชีวิตต่อไป ซึ่งบุคคลมักจะหนีความรู้สึกของตนเองด้วยการฆ่าตัวตายนอกจากนี้ การเกิดพฤติกรรมซึมเศร้า อาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือสะสมเป็นแบบแผนมาตั้งแต่เยาว์วัย เนื่องจากประสบการณ์การพลัดพราก ขาดความสนใจดูแลและผิดหวังซ้ำแล้วซ้ำอีก จนบุคคลรู้สึกกลัวต่อการผิดหวัง ลังเลไม่แน่ใจต่อสิ่งที่ตนรัก การทำงานของอวัยวะพร่อง และใช้การเผชิญปัญหาแบบโทษตนเองจึงรู้สึกว่าตนเองผิด บาป และไร้ค่า บุคคลจึงรู้สึกเศร้าหมอง สิ้นหวัง และสลดหดหู่

ระดับของความซึมเศร้า มีการแบ่งตามความรุนแรงของพฤติกรรมซึมเศร้า ดังนี้ (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน อ้างถึงใน อุบล นิวัติชัย, 2540)

1) พฤติกรรมซึมเศร้าอย่างอ่อน (Mild Depression) คือภาวะอารมณ์ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง มักพบภาวะนี้เป็นครั้งคราว เช่น ในภาวะที่เกิดการสูญเสียบุคคล หรือสิ่งของที่มีค่า และมีความหมายต่อตน

2) พุทธิกรรมซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depression) คือภาวะอารมณ์ที่รุนแรงกว่าพุทธิกรรมซึมเศร้าอย่างอ่อน และจะส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความโศกเศร้าเสียใจ จนไม่สามารถทำงานตามปกติได้เป็นเวลาหลายเดือน

3) พุทธิกรรมซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe Depression) คือภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรมอย่างเห็นได้ชัด ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน มักถอยหนีจากโลกความเป็นจริง อาจมีความคิดทำร้ายตนเอง ประสาทหลอน หรือหลงผิด

ผลกระทบต่อของความซึมเศร้า ความซึมเศร้าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพุทธิกรรมในบุคคล ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527; อุบล นิวัติชัย, 2540; ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง กล่าวคือ มีอาการเหนื่อยง่ายโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลีย ไม่มีความอยากอาหาร เบื่ออาหาร ท้องผูก กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย การเคลื่อนไหวลดลงจึงเดินช้า พูดช้า ระบบประจำเดือนเปลี่ยน บางคนอาจมีน้อยกว่าปกติหรือมาไม่สม่ำเสมอ ความต้องการทางเพศลดลง และความสนใจในตนเองลดลง

2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ บุคคลที่มีพุทธิกรรมซึมเศร้าส่วนใหญ่มักมีจิตใจหงอยเหงา เศร้าสร้อย ไร้ชีวิตชีวา อารมณ์หม่นหมอง ไม่ร่าเริง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนว่าไร้ค่า มีความคิดซ้ำ สมาธิไม่ดี จำอะไรไม่ค่อยได้ ขาดความสนใจ ขาดพลังใจ มีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเอง มักจะบ่นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางร่างกาย บางรายอาจมีอาการกระสับกระส่าย ไม่สงบ ไม่อยู่นิ่ง หรือมีพุทธิกรรมการทำลาย และทำร้ายตนเอง

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าจะมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง จึงชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ไม่ชอบการสังคมหรือร่วมสังสรรค์ กลายเป็นคนแยกตัว หนีสังคม

ความซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Ebersole and Hess, 1998) และเป็นสาเหตุสองถึงสามของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ (สุดสบาย จุลกัทัพพะ, 2536) ซึ่งวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลงทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการปรับตัวของผู้สูงอายุ (Murphy, 1982) นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ การเกษียณอายุ การเป็นที่ยอมรับในสังคม รวมทั้งการพรัดพรากจากสิ่งที่รัก การแยกจากครอบครัวของบุตร การเสียชีวิตของคู่ครองหรือเพื่อน ล้วน

ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจส่งผลทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ (Linn, Hunter and Harris, 1980) ซึ่งความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ (Fitcher and Hegge, 2000) เห็นได้จากการศึกษาของ Alpass and Neville (2003) ที่พบว่า ความว้าเหว่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

6.1.3 ความโกรธ

ความโกรธ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างรุนแรงในด้านความไม่พึงพอใจ ความรำคาญ ความขัดเคือง ความรู้สึกโกรธจะมีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เป็นปฏิกิริยาตอบสนองอัตโนมัติเมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อเป้าหมาย ความหวัง ค่านิยม ความปลอดภัย หรือความมีคุณค่าในตนเอง (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) และเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลเมื่อสภาพพจน์ของตนเองถูกทำให้สิ้นคลอน (อุบล นิวัติชัย, 2540)

สาเหตุของความโกรธ เกิดจากการมีสิ่งมาคุกคามต่อเป้าหมาย ความหวัง ค่านิยม ความปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง บุคคลจะประสบภาวะคับข้องใจ ผิดหวัง ซึ่งจะนำไปสู่ความวิตกกังวลและความโกรธ ตามลำดับ ความโกรธเป็นการปรับตัวอย่างหนึ่งของบุคคล ที่มีต่อสิ่งที่มาคุกคามความมั่นคง ถ้าบุคคลเก็บกดความโกรธไว้ ไม่หาทางแก้ไข และสะสมไว้นาน จะทำให้เกิดความแปรปรวนของพฤติกรรมต่างๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความไม่เป็นมิตรอย่างเรื้อรัง เป็นต้น

ระดับความโกรธ ความโกรธเป็นอารมณ์ที่มีระดับแบบต่อเนื่อง ระดับความโกรธแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ความรำคาญใจ เป็นความรู้สึก และอารมณ์ทางลบลักษณะอ่อนๆ ซึ่งบุคคลสามารถเผชิญความโกรธในระดับนี้ได้

2) ความโกรธ เป็นความรู้สึกไม่พอใจเหนือขึ้นมาจากความรำคาญใจ จะมีผลขัดขวางต่อเป้าหมายของบุคคล ทำให้เกิดความคับข้องใจ บุคคลจะพิจารณาเหตุการณ์นั้น และสร้างเป้าหมายใหม่ ถ้าได้รับการแก้ไขทันที่ บุคคลจะเข้าสู่ภาวะปกติได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ระดับความโกรธจะเข้าสู่ขั้นรุนแรงที่ยากจะแก้ไขได้ ความโกรธระดับนี้ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้เข้าสู่ภาวะสมดุลเหมือนเดิม

3) โทสะ เป็นความโกรธในระดับสูงสุด บุคคลไม่สามารถควบคุมการแสดงความรู้สึก ซึ่งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงได้ มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิต ที่ไม่สามารถควบคุมภาวะคับข้องใจได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความโกรธ บุคคลจะมีความโกรธขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังนี้

1) สภาพทางร่างกาย ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย มักจะหงุดหงิดโมโห ง่ายด้วยสิ่งทีมากระตุ้นเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่เคยกระฉับกระเฉง เมื่อมาเจ็บป่วย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกเหมือนถูกบังคับ มีอาการน้อยใจ พยายามข่มความโกรธไว้ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2) พื้นฐานการพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ผู้ที่ความอ่อนแอ ไม่เชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย เกิดความรู้สึกต่ำต้อย มีปมด้อยในตนเองบ่อยๆ มักเกิดความรู้สึกด้านลบได้ง่าย บุคคลประเภทนี้จะข่มความโกรธไว้เป็นเวลานาน เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเล็กน้อย ความโกรธที่แฝงอยู่ จะแสดงออกมาในลักษณะที่รุนแรง

3) บทบาทหน้าที่การงาน ผู้ที่คิดว่าตนมีบทบาทมากกว่าผู้อื่น มักจะไม่ยับยั้งอารมณ์ตนเอง ตรงข้ามกับผู้ที่ต้อยกว่า มักเก็บซ่อนความโกรธไว้ และไประบายออกกับผู้อื่นที่ตนรู้สึกเหนือกว่า

4) พื้นฐานทางอายุ ทารกแสดงอารมณ์โกรธอย่างตรงไปตรงมา ส่วนผู้ใหญ่ที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดู รวมทั้งวัฒนธรรมประเพณี ทำให้รู้จักเก็บซ่อน ผ่อนความโกรธให้ออกมาในรูปแบบต่างๆ

ผลกระทบของความโกรธ ความโกรธจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ปฏิกริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อความโกรธ มักเป็นผลมาจากปฏิกริยาของประสาทระบบอัตโนมัติ อาการที่แสดงออก ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หน้าแดง จมูกแดง มือกำแน่น ตัวแข็งเกร็ง น้ำเสียงเปลี่ยนไป ตื่นตัวมาก ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะบ่อย ม่านตาขยาย อาจมีคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้ยังพบว่า มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผลเลือดทางเคมี

2) ด้านอารมณ์ บุคคลที่มีความโกรธจะรู้สึกไม่มีความสุข อาจแสดงภาษาพูดต่างๆ อาจซึมเศร้า ปฏิเสธความโกรธ แยกตัว มีความคับข้องใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การบันดาลโทสะ ความดุร้าย ความไม่เป็นมิตร การต่อต้าน การขู่มขู่ การตำหนิ เป็นต้น นอกจากนี้บางรายอาจมีความโกรธพุ่งเข้าหาตนเอง ทำให้รู้สึกผิดหวังและซึมเศร้า

3) ด้านสติปัญญา การทำหน้าที่ด้านสติปัญญามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ กระบวนการนึกคิด

4) ด้านสังคม บุคคลจะเรียนรู้การแสดงออกของความโกรธจากสังคม เพื่อมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาตามวัย จากครอบครัว วัฒนธรรม และความเชื่อที่ต่างกัน

จะมีการแสดงความโกรธออกมาต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมและการอบรมเลี้ยงดู นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นสูง จะไม่ยอมรับความโกรธ เพราะกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความว่าเหว่

ความโกรธ เป็นอารมณ์และความรู้สึกที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายและจิตใจที่ไปในทางที่เสื่อมถอย ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ และความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ด้อยลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย มักจะหงุดหงิดโมโหง่าย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป จากการที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เมื่อมาเจ็บป่วยและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Vellbona and Baker, 1984) จะมีการแสดงอารมณ์หงุดหงิดใจน้อย และโกรธง่าย (เบญจวรรณ บ่อมเสมาพิทักษ์ (2536) สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิดเกิดความห่างเหิน ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความว่าเหว่ได้

6.1.4 ความกระปรี้กระเปร่า

ความกระปรี้กระเปร่า เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะมีการแสดงออกในลักษณะทางด้านบวก ได้แก่ ความมีชีวิตชีวา ความกระฉับกระเฉง ความคล่องแคล่ว ว่องไว ความชุ่มชื้น ความชื่นบาน ความปลอดโปร่ง (Shin and Colling, 2000) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี จะมีความพึงพอใจกับสภาพตนเอง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมได้ พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดีควรประกอบด้วยคุณสมบัติของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ซึ่งวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกเป็นจำนวนมากที่มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531) ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความมั่นคงทางด้านจิตใจและอารมณ์

6.3 การประเมินภาวะอารมณ์

ในการประเมินภาวะอารมณ์ มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะอารมณ์ เป็นการประเมินตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะอารมณ์ คือ

1) The Profile of Mood States (POMS) ของ McNair et al. (1971, cited in Shacham ,1983) เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 2 ด้าน คือ อารมณ์ทางด้านลบ ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า และความสับสน อารมณ์ทางด้านบวก

คือ ความกระปรี้กระเปร่า ประกอบด้วยคำคุณศัพท์ (Adjective) ที่อธิบายลักษณะอารมณ์ 65 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย (not at all) รู้สึกเล็กน้อย (a little) รู้สึกปานกลาง (moderately) รู้สึกมาก (quite a bit) และ รู้สึกมากที่สุด (extremely) นำไปใช้ประเมินอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .74 - .91

2) A Shortened form of the Profile of Mood States (POMS-SF) ของ Shacham (1983) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาจาก The Profile of Mood States (POMS) ของ McNair et al. (1971) ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ วัดภาวะอารมณ์ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ อารมณ์ทางด้านลบ แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้าความโกรธ ความเหนื่อยล้า และความสับสน และอารมณ์ทางด้านบวก คือ ความกระปรี้กระเปร่า ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย จนถึง รู้สึกมากที่สุด นำไปใช้วัดในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 83 ราย ที่ The Clinical Science Center of the University of Wisconsin-Medison พบว่ามีค่าคงที่ภายใน ระหว่าง .80-.91 และเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับแบบประเมินของ McNair et al. พบว่ามีค่าเท่ากับ .99 (Malouff, Schutte and Ramerth 1985, cited in Curran, Andrykowski, and Studts, 1995) นำไปใช้ประเมินอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่จำนวน 131 ราย พบว่ามีค่าคงที่ภายในเท่ากับ .93

2) The Linear Analogue Scale Analysis Scale (LASA Scale) ของ Sutherland, Walker, and Till (1988) เป็นการประเมินภาวะอารมณ์ ที่ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ซึ่งวัดลักษณะอารมณ์ 6 ด้าน คือ ลักษณะอารมณ์ด้านลบ 5 ข้อ คือ ความวิตกกังวล ความสับสน ความซึมเศร้า ความโกรธ ความอ่อนเพลีย และลักษณะด้านบวก 1 ข้อ คือความกระปรี้กระเปร่า ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ปลายสุดทั้งสองด้านของเส้นตรงประกอบด้วยข้อความไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย จนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด คะแนนรวมยิ่งมาก แสดงว่า มีความผิดปกติของภาวะอารมณ์มาก และนำไปวัดความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 29 ราย พบว่ามีค่าความสัมพันธ์สูงเท่ากับ .79

3) The Profile of Mood States (POMS) ของ Shin and Colling (2000) เป็นแบบวัดที่ปรับปรุงจาก The Profile of Mood States (POMS) ของ Yun (1993) ที่แปลจาก The Profile of Mood States (POMS) ของ McNair et al. (1992) Shin and Colling (2000) นำมาใช้วัดภาวะอารมณ์ในผู้สูงอายุเกาหลีที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป จำนวน 370 ราย และวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) แล้วเหลือปัจจัยทางภาวะอารมณ์ 3 ด้าน คือ อารมณ์

ด้านลบ 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อความที่เป็นคำคุณศัพท์จำนวน 21 ข้อ และความโกรธ จำนวน 5 ข้อ อารมณ์ด้านบวก 1 ชนิด คือ ความกระปรี้กระเปร่าจำนวน 8 ข้อ รวมแล้วมีคำคุณศัพท์ที่วัดลักษณะอารมณ์ทั้งสิ้น 34 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย จนถึง รู้สึกมากที่สุด และนำไปใช้วัดในผู้สูงอายุเกาหลี พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .95

เนื่องจากแบบวัด The Profile of Mood States (POMS) ของ Shin and Colling (2000) มีลักษณะข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และสามารถประเมินอารมณ์ในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวัดภาวะอารมณ์ในบริบทผู้สูงอายุไทย ยังไม่พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะอารมณ์โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้แปลและปรับปรุงแบบวัดนี้ให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและสังคมไทย เพื่อนำมาใช้ประเมินภาวะอารมณ์ในผู้สูงอายุไทย ในงานวิจัยครั้งนี้

7. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

7.1 ความหมาย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นรากฐานทางด้านสุขภาพจิตสังคม ซึ่งบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต (Taft, 1985) ความมั่นใจในตนเอง และการนับถือตนเอง (Branden, 1983) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมั่นใจในการกระทำต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือสิ่งอื่น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง ปรารถนาที่จะมีสุขภาพดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุม และรักษาสุขภาพของตน รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (เขาวลักษณะ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังนี้

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

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

Coopersmith (1984) ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองว่า เป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับ และไม่

ยอมรับของตนเอง รวมทั้งแสดงถึงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง

Berk (1989) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบของการเข้าใจในตนเอง และเป็นตัวประเมินคุณค่า ความรู้สึก บุคลิก และความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งเชื่อมกับทัศนคติของการยอมรับตนเอง และการนับถือตนเอง

จากความหมายเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีลักษณะความหมายที่เหมือนกัน 2 ลักษณะคือ 1) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง และยอมรับตนเอง 2) รู้สึกตนว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ

จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง และยอมรับตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกตนว่ามีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จได้

7.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับการสูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนไปตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนเองกระทำ การมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตนว่าหมดความสามารถ ไร้คุณค่า การมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง (Kosier, Erb, and Bufalino, 1989: 165-168) ในผู้สูงอายุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพในอดีต และปัจจุบัน รวมทั้งความพึงพอใจในสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมากหรือน้อยยังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญหลายประการคือ บทบาท การสัมผัส สัมพันธภาพที่มีความหมาย เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระ และขอบเขต ถ้าสิ่งต่างๆ นี้ได้รับความกระทบกระเทือนมาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง และหากได้รับความกระทบกระเทือนน้อย ก็จะสามารถรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ได้ (Hirst and Metcalf, 1984: 73-74)

เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมในวัยสูงอายุเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิต เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียคู่ชีวิต และสูญเสียบทบาททางสังคม เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนไร้คุณค่า สิ้นหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ก่อให้เกิดความสูญเสีย ความทุกข์ทรมานอย่างมากต่อสุขภาพตนเอง และการควบคุมหน้าที่การทำงาน เช่น การสูญเสียการประสานงานของร่างกายเพียงบางส่วน สูญเสียในบทบาทของตน

สูญเสีย ความนับถือตนเอง สูญเสียความมั่นคง สูญเสียต่อการดึงดูดเพศตรงข้าม สูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม สูญเสียความมีอิสระ และสูญเสียเศรษฐกิจ (Miller, 1992: 403-411) ซึ่งจะส่งผลให้ควมมีคุณค่าในผู้สูงอายุลดลงมากขึ้น

7.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความพึงพอใจในตนเอง การประเมินความรู้สึกจึงเป็นการกระทำที่ค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตามได้มีการผู้สร้างเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยวิธีการรายงานตนเองไว้หลายแบบ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้วัดนั้น ผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ ดังนี้

1) Rosenberg Self-Esteem Scale: RSE ของ Rosenberg (1965) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณค่าในตนเองที่ Rosenberg สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงจนได้แบบวัดที่มีลักษณะกระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถเข้าใจได้ง่าย และสะดวกในการนำไปใช้ (Feather and Wainstock, 1989) เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อยมาก และมากที่สุดประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ประเมินผลโดยคะแนนสูง แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ Rosenberg (1965) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .97 ต่อมาได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มอื่น ได้แก่ วัยผู้สูงอายุ วัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Breytsprak and George, 1979) นอกจากนี้ยังได้ถูกนำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงด้วยวิธีการต่างๆ พบว่ามีความตรงและความเที่ยงในระดับสูง (Goldberg and Fitzpatric, 1980)

2) Graphic descriptive of self-esteem ของ Makay and Graw (1975, cited in Taylor, Lillis, and Lemone, 1989) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนด ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริง (real self) และตำแหน่งที่สองแทนตัวตนในอุดมคติ (ideal self) ผลของการประเมินได้จากการพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสอง หากตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าตำแหน่งทั้งสองชิดกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกในตนเองสูง

3) Coopersmith Self-Esteem Inventory 1984 – SEI Adult Form ของ Coopersmith (1984) ซึ่งสร้างในปี ค.ศ. 1984 เป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทั่วไป 2) ด้านสังคม 3) ด้านการงาน และ 4) ในกลุ่มเพื่อน

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 และสามารถประเมินได้ครอบคลุมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

8. บทบาทพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาแล้วเบื้องต้น จะเห็นว่า ความว่าเหว่เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ ที่นำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อเข้ามาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยการช่วยเหลือให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ หรือหายจากการเจ็บป่วย การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการเพิ่มความรู้ความสามารถให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้เร็วที่สุด บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ประการ คือ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536; จุรีรัตน์ รัทวิธรรม, 2543; จันทนา รัตนวิรัชย์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

8.1 พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ

8.1.1 ด้านจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรให้การดูแลเอาใจใส่ พูดคุยสอบถามทุกข์สุขด้วยน้ำเสียงไพเราะอ่อนหวาน ลักษณะการพูด ควรพูดด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เสียงดังพอสมควร ใช้ระดับเสียงต่ำๆ การพูดควรพูดช้าๆ ไม่ยาวจนเกินไป ให้หยุดเป็นช่วงๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีเวลาคิด ทำความเข้าใจ และได้ตอบได้มากขึ้น ท่าที่แสดงออกควรสุภาพอ่อนน้อม อ่อนโยนและห่วงใย มีการสัมผัสตามความเหมาะสม ให้การดูแลในบรรยากาศที่อบอุ่นไม่เร่งรีบ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้มีโอกาสรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แนวทางการรักษาของตนเอง การดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการป้องกันโรค

8.1.2 ด้านร่างกาย พยาบาลควรให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย ได้แก่ การได้รับประทานอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ การได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น

8.1.3 ด้านสังคม วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีบทบาทหน้าที่การทำงานลดลง มีการเกษียณอายุ เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุสามารถแสดงออกในความสำเร็จของหน้าที่การทำงานได้ โดยบอกเล่าประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาที่ประสบความสำเร็จของตนเองให้ฟัง การได้เล่าเรื่องราวต่างๆ ในอดีตซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจให้ผู้อื่นฟัง จะก่อให้เกิดความสุขและความภาคภูมิใจ และจะเพิ่มมากขึ้นถ้าผู้อื่นเข้าใจและสนใจรับฟัง พร้อมแสดงความชื่นชมยกย่อง นอกจากนี้ พยาบาลควรจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีกิจกรรมร่วมกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในวัยเดียวกัน ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล และยังทำให้รู้สึกตนว่ามีบทบาทในสังคม มีเพื่อนซึ่งเป็นการทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรู้สึกตนว่ามีคุณค่า และมีความมั่นใจมากขึ้น จะทำให้ไม่รู้สึกเหงาและว้าเหว่

8.1.4 ด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจะมีความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาที่แตกต่างกัน โดยระบบความเชื่อเป็นวัฒนธรรมที่ถ่ายทอดผ่านระบบครอบครัว และสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อและค่านิยม ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการดำรงชีวิต ความเชื่อจึงเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ค่อนข้างยาก การท้าทายต่อความเชื่อ และค่านิยมเก่าของคนยุคใหม่ อาจก่อให้เกิดความขัดแย้ง ความไม่มั่นคง และไม่แน่ใจขึ้นได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) บทบาทของพยาบาลในการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แสดงออกถึงความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้แก่ การสวดมนต์ ภาวนา การใช้วัตถุมงคล เช่น พระห้อยคล้องคอ ซึ่งทำให้ได้เคารพบูชาในสิ่งที่นับถือศรัทธา หรืออาจใช้สื่อที่เกี่ยวข้องกับทางศาสนา เช่น หนังสือธรรมะ คัมภีร์ ให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อ่าน เป็นต้น

8.2 พยาบาลควรมีความตระหนักถึงความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งสามารถประเมินความรู้สึกว่าเหว่ และหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

8.3 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างชัดเจนลึกซึ้ง ส่งผลต่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณดังกล่าวข้างต้น จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำให้มีกำลังใจ ส่งผลให้มีความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

โอกาสหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ จะเป็นไปได้ในทางที่ดีขึ้น มีสุขภาพกายและจิตที่ดี

9. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามแนวคิดของ Profitt and Bryne (1993) แล้วพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรและนำมาศึกษาได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

9.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Vellbona and Baker, 1984; Tilden and Weinert, 1987; Ellis and Nowlis, 1989) และจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไป เมื่อเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์ บทบาท และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งวัยสูงอายุ จะส่งผลทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยสูงอายุลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมขั้นพื้นฐาน 9 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ จากการศึกษาของวิริยะ สัมปทานุกุล (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงในสองวันแรก แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Covinsky et al. (2003) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางอายุรกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจะยิ่งมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปและนอนอยู่ใน โรงพยาบาลเป็นเวลานาน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หรือสูญเสียไป จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากเป็น

ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุในด้านความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological or Biological Need) (Ebersole and Hess, 1998) หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้รู้สึกตนเองถูกทอดทิ้ง ขาดที่พึ่ง ส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวได้ (McInnis and White, 2001) จากการศึกษาของ Jylha and Jokela (1990) Holmen et al. (1993) และ Kaasa (1998) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำจะมีความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

9.2 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลกับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985: 310-357) และพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมแหล่งหนึ่ง (Pender, 1987) ที่สามารถตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นตัวการที่เข้มแข็ง และเป็นสมาชิกที่มีความสำคัญยิ่งในเครือข่ายทางสังคม (Malone, 1988: 20) นอกจากนี้ยังเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การสูญเสียและข้อจำกัดของร่างกายจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพบกับข้อจำกัดในการปฏิบัติตนซึ่งนำไปสู่ความต้องการการพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น (Hoeman, 1996) ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้บริการ (Schaefer et al., 1981) จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณค่า มีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต ขณะเดียวกันหากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลในแต่ละด้านดังกล่าวแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจจากการถูกละเลย สูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดการแยกตัว ส่งผลทำให้เกิดความว้าเหวได้ (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวในผู้ป่วยสตรี

9.3 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลกับความจำหวัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเอง รวมทั้งการที่ต้องใช้เวลานานในการที่จะรักษาอาการของโรคให้ทุเลาลงหรือหายจากการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา หรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Bell, 1977) ซึ่งระยะเวลาที่นานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิดความจำหวัด แต่อย่างไรก็ตาม การนอนอยู่ในโรงพยาบาลจัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายคิดว่าโรงพยาบาลเป็นสถานที่แห่งความตาย (McConnell and Matteson, 1988; Payne, 1994) และทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลสูง เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และการรักษาที่ไม่คุ้นเคย (Palmer and Bolla, 1997) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต รวมทั้งคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป (Creditor, 1993: 219) ซึ่งหากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถปรับตัวได้ จะส่งผลทำให้เกิดความจำหวัดได้ จากการศึกษาของ Proffitt and Bryne (1993) พบว่าผู้สูงอายุที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล 2 วันขึ้นไปมีความจำหวัดเกิดขึ้น ขณะที่การศึกษาของ Huckstadt (2002) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการนอนอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่าระยะเวลาเพียง 1 วัน สามารถทำให้เกิดความจำหวัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

9.4 ภาวะอารมณ์กับความจำหวัดในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นและคงอยู่ระยะหนึ่ง (Kapland and Sadock, 1988) ประกอบด้วยความรู้สึกทางด้านลบ 2 ชนิด ได้แก่ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ความโกรธ และความรู้สึกทางด้านบวก คือ ความกระปรี้กระเปร่า (Shin and Colling, 2000) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์และจิตใจ เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปัญหาทางด้านสุขภาพส่งผลทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาทางด้านจิตใจที่มักพบ ได้แก่ กลัวการนอนอยู่ในโรงพยาบาล กลัวโรค อาการหนักกลัวไม่หาย และรู้สึกไม่มั่นใจ ซึ่งจะส่งผล

กระทบทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว รู้สึกตนเองไร้อำนาจ ไม่มีใครช่วยได้ สิ้นหวัง สูญเสียคุณค่าในตนเอง ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปของการพึ่งพาผู้อื่น หรือมีการแยกตัว (อพรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา (Milliken and Campbell, 1985) ส่งผลทำให้มีการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้รู้สึกเป็นปมด้อยพยายามแยกตัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความรู้สึกด้านบวกต่อตนเองเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น หวาดกลัวในสิ่งที่จะเกิดขึ้น กลัวตาย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการจากไปของบุคคลรอบข้าง สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยหรือสิ่งอันเป็นที่รัก กลัวเสียความรักจากบุคคลรอบตัว และสิ้นหวังในที่สุด ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ดังนั้นอารมณ์ที่ผู้ที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังมักแสดงออกมา เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ้มใจ เครียดแค้น และรู้สึกสูญเสีย เป็นต้น (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) สอดคล้องกับ Pinneo (1984: 460) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง จะรู้สึกว่าเป็นโรคที่คุกคามชีวิตตลอดเวลา สูญเสียความแข็งแรง สุขภาพ และกำลังใจ อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพา และเป็นภาระของผู้อื่น จากการศึกษาของ กุสุมา ประชุมชนะ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีปัญหาสุขภาพร่างกายมาก สภาวะจิตใจและอารมณ์มีความรู้สึก ท้อถอย หดหู่ หวาดกลัว บางรายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป บางรายประสบปัญหาความพิการของร่างกายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สภาวะจิตใจและอารมณ์มีความวิตกกังวล ไม่สนใจสิ่งที่อยู่รอบตัว สภาวะจิตใจและอารมณ์ดังกล่าวนี้ หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ครอบคลุมเหมาะสมแล้ว จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียคุณค่าในตนเอง เกิดการแยกตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดความว้าเหว่ได้

9.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) พฤติกรรมการแสดงออกจะสะท้อนจากความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การประสบความสำเร็จย่อมทำให้บุคคลนั้นรู้สึกภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม และเชื่อในอำนาจการกระทำของตน (Wallace, Cunningham and Monte, 1984: 262) ดังนั้น บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ย่อมเชื่อมั่นในความสามารถที่จะควบคุม และรักษาสุขภาพตนเองด้วย (Gordon อ้างถึงใน

เสมอจันทร์ อณะเทพ, 2535) ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะรับรู้ตนเองว่าด้อยค่า เกิดความรู้สึกตนว่ามีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว แยกตัวจากสังคม ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ เกิดการสูญเสียพลังและรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลทำให้สุขภาพเสื่อมลง สูญเสียบทบาทในสังคม สูญเสียความเป็นตัวเอง (Taft, 1985)

ปัญหาทางด้านสุขภาพทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่ง Thompson, McFarland and Hirsch (1986) ได้อธิบายถึงลักษณะของความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำว่า จะมีความรู้สึกหมดหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ สูญเสียพลังอำนาจ เส่ร้ายรู้สึกผิด ล้มเหลว คับข้องใจ ผิดหวัง ไร้คุณค่า และแยกตัว โดยเกี่ยวเนื่องมาจากความรู้สึกเส่ร้ายเสียใจ สูญเสีย ซึมเศร้า วิตกกังวล และโกรธ เป็นต้น นอกจากนี้ยังปรากฏอาการทางกายที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เบื่ออาหาร ไม่ยอมทำกิจกรรม ไม่มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ไม่ยอมเปิดเผยตนเอง และไม่คอยให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งซึ่งหากเกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการหายจากโรค และการฟื้นฟูสภาพได้ยากและช้ากว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ เนื่องจากความเสื่อมตามวัย จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกตนว่าไร้คุณค่า เกิดการแยกตัว และทำให้เกิดความหวาดได้ที่สุดในที่สุด จากการศึกษาของ Levin and Stokes (1986) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความหวาดมากกว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ป่วย (sick role) และต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป จากบ้านที่คุ้นเคย แต่ต้องมาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ที่แปลกไป ซึ่งแตกต่างจากบ้านที่อยู่โดยสิ้นเชิง ผู้สูงอายุต้องพบกับบุคคลแปลกหน้า เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ และเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง เป็นต้น นอกจากนี้วิธีการตรวจรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับ และการปฏิบัติตนขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่ได้รับคำแนะนำและอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ทำให้การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปจากเดิม (Palmer and Bolla, 1997) ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมร่างกายตนเองได้ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล ถูกจำกัดการเข้าเยี่ยมจากบุคคลเครือข่ายในสังคม ต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ตลอดจนถูกรบกวนจากแบบแผนการตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลตลอดเวลา เช่น ถูกปลุกให้ตื่นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจวัดไข้และความดันโลหิตตามเวลาที่กำหนด ถูกเร่งให้รับประทานอาหารเพื่อไปปรับการตรวจพิเศษ และรวมถึงความสามารถในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้

ผู้สูงอายุขาดความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียความภาคภูมิใจ (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2531; ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2538; ททัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ, 2539) สูญเสียอำนาจไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Taft, 1985: 79) ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุลดลงได้ (Kosier, Erb and Bufalino, 1989)

9.6 เพศกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม ในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดเป็นแม่บ้าน และให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย จากการที่เพศชายได้รับความเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคม ทำให้ เพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง ขณะเดียวกันเพศหญิงมีความรู้สึกว่ามี ความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่า มีการปรับตัวได้ยากกว่า มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร ประจำวันมากกว่าเพศชาย (Hanlon and Pickett, 1984) และเพศชายมีอัตราโนทัศน์ทางบวกสูงกว่าเพศหญิง (ฉันทนา กาญจนพณี, 2530) ซึ่งสิ่งดังกล่าวอาจมีผลต่อความว่าเหวในผู้ป่วย สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศหญิง มักจะอยู่ตามลำพัง (Ferrini and Ferrini, 1993; Ebersole and Hess, 1998) และมีอายุ คาดหวังมากกว่าผู้สูงอายุชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 52) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง และขาดการติดต่อพบปะเพื่อนฝูง ก่อให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Dykstra, 1995) จากการศึกษา ของ Kivett (1979) และ Cramer and Neyedly (1998) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหว มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Mullins et al. (1989) พบว่า ผู้ที่มีความ ว่าเหวเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่เพิ่งเข้าสู่วัยชรา อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Creecy, Berg and Wright (1985) พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เข้าสู่วัยสูงอายุในระยะแรกจะมีความว่าเหวน้อยกว่า กลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เนื่องจากไม่ชราสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมได้มากกว่า

9.7 อายุกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

อายุมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาที่ส่งผลต่อการปรับตัวกับ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson อธิบายการปรับตัวในวัยสูงอายุว่า การปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลของพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา (อรพรรณ คือบุญธวัชชัย, 2545) ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา แม้จะเข้าสู่ วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยเสื่อมของร่างกาย จะสามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ได้ดี จะเกิด

ความภาคภูมิใจ มีความมั่นคง หากว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในชีวิตที่ผ่านมา จะรู้สึกผิดหวังและอยากย้อนกลับไปอดีต แต่ไม่สามารถทำได้ ส่งผลทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ จากการศึกษาของ Lobdell and Perlman (1986) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความว่าเหว่มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

9.8 รายได้กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงินในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เท่ากัน เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และความมั่นคงทางฐานะทางสังคม (Eliopoulos, 1993) ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีรายได้เป็นของตนเอง หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน อาจไม่เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลทำให้ไม่เกิดความเครียดในระหว่างการรักษา และช่วยให้มีการปรับตัวที่ดี ส่งผลต่อความมีคุณค่าในตนเอง ไม่เกิดความว่าเหวได้ ส่วนในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง หรือถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน หรือครอบครัวมีปัญหาทางการเงินทำให้ต้องหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อนำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือเป็นค่าเดินทางในการมาเยี่ยมเยียนขณะรักษาในโรงพยาบาล สิ่งดังกล่าวนี้ อาจจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดวิตกกังวล กลัวเป็นภาระของครอบครัว กลัวครอบครัวเบียดเบียนทอดทิ้งตน ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีการแยกตัว และทำให้เกิดความว่าเหวได้ ซึ่งรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลของผู้สูงอายุ (จำเรียง กุระมะสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ตันติมูล, 2532; สุวิมล พนารัตนกุล, 2534) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534) ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือสูญเสียรายได้ จะสูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิต ทำให้รู้สึกที่ตนไร้ค่า ก่อให้เกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Forbes, 1996) และยังพบว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่แยกผู้สูงอายุออกจากการติดต่อในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความว่าเหวเช่นเดียวกัน

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60-96 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 คน ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

แบบวัดความว่างเหว และแบบวัดภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า ความว่างเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความว่างเหวในผู้ป่วยสตรีโรค กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสตรีโรค ที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบ หรืออุดตัน เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ที่หน่วยระบบประสาทและหน่วยเวชกรรมฟื้นฟู แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 50 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถทางสติปัญญา แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความว่างเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่างเหวในผู้ป่วยสตรีโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความพิการในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพร่องของการติดต่อสื่อสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่างเหวในผู้ป่วยสตรีโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความว่างเหวในผู้ป่วยสตรีโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรมฤดี ศรีราม (2539) ศึกษาความว่างเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 250 คน ในเขตเมืองและชนบท จังหวัดอ่างทอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความว่างเหว และแบบสัมภาษณ์การปรับตัว ผลการวิจัยพบว่า ความว่างเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mullins, Johnson and Andersson (1987) ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวและเพื่อนต่อความว่างเหวในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุเฉลี่ย 76 ปี จำนวน 131 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนผู้สูงอายุ เมืองฟลอริดา สหรัฐอเมริกา โดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความว่างเหว (Revised UCLA Loneliness Scale) และแบบสอบถามเกี่ยวกับการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานจะมีความว่างเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานอย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุที่ไม่มีเพื่อนจะมีความว่างเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญ การมีพี่น้องและสมาชิกในครอบครัวไม่มีผลกับความว่างเหว และยังพบอีกว่า ความบ่อยครั้งของการติดต่อกับบุตรหลาน พี่น้อง หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวไม่มีผลกับความว่างเหวเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ การติดต่อกับเพื่อนบ้านและเพื่อนมากขึ้นทำให้ความว่างเหวลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และผู้สูงอายุที่ต้องการจะติดต่อกับบุตรหลาน และญาติ

มากกว่าเดิม มักจะมีความว่าเหว่สูงกว่าผู้สูงอายุที่คิดว่าการติดต่อกับบุตรหลานและญาตินั้นเพียงพอแล้ว

Bobek (1992) ศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหว่ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีอายุระหว่าง 21-79 ปี จำนวน 87 คน ใน Central United States เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดความว่าเหว่ (UCLA Loneliness Scale) แบบวัดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel's Uncertainty in Illness Scale) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Tilden's Interpersonal Relationship Inventory) และมาตรวัดการรับรู้การควบคุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัวและเพื่อน ปัจจัยที่ใช้ทำนายความว่าเหว่ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสนับสนุนทางสังคมการรับรู้การควบคุมสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจากครอบครัวและเพื่อน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายความว่าเหว่ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่ดีที่สุด

Proffitt and Byrne (1993) ศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จำนวน 260 คน ในโรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง และนอนอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 วัน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบวัด Francis Loneliness Scale ปัจจัยที่ใช้ทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การแยกทางกายภาพ (Physical isolation) การไม่ได้รับความรักความผูกพัน (Affectional deprivation) การแยกทางสังคม (Social isolation) และการขาดในสิ่งที่มีค่าและมีความหมายกับตนเอง (Cathetic deprivation) ผลการศึกษาพบว่า การแยกทางกายภาพ และการขาดสิ่งของและวัตถุที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน เป็นปัจจัยที่ทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลได้ดีที่สุด

Kim (1999) ศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุสตรีเกาหลีอพยพในสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุสตรีเกาหลีอพยพที่อายุอย่างน้อย 65 ปีขึ้นไป จำนวน 110 คน ที่อาศัยอยู่ใน Large metropolitan city ในสหรัฐอเมริกา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดความว่าเหว่ (Revised UCLA Loneliness Scale) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ6) แบบสอบถามความผูกพันทางจริยธรรม (Ethnic Attachment Questionnaire) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living :ADL) ปัจจัยที่ใช้ทำนายความว่าเหว่ในผู้สูงอายุสตรีเกาหลีอพยพในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคม ขนาดเครือข่ายทางสังคม

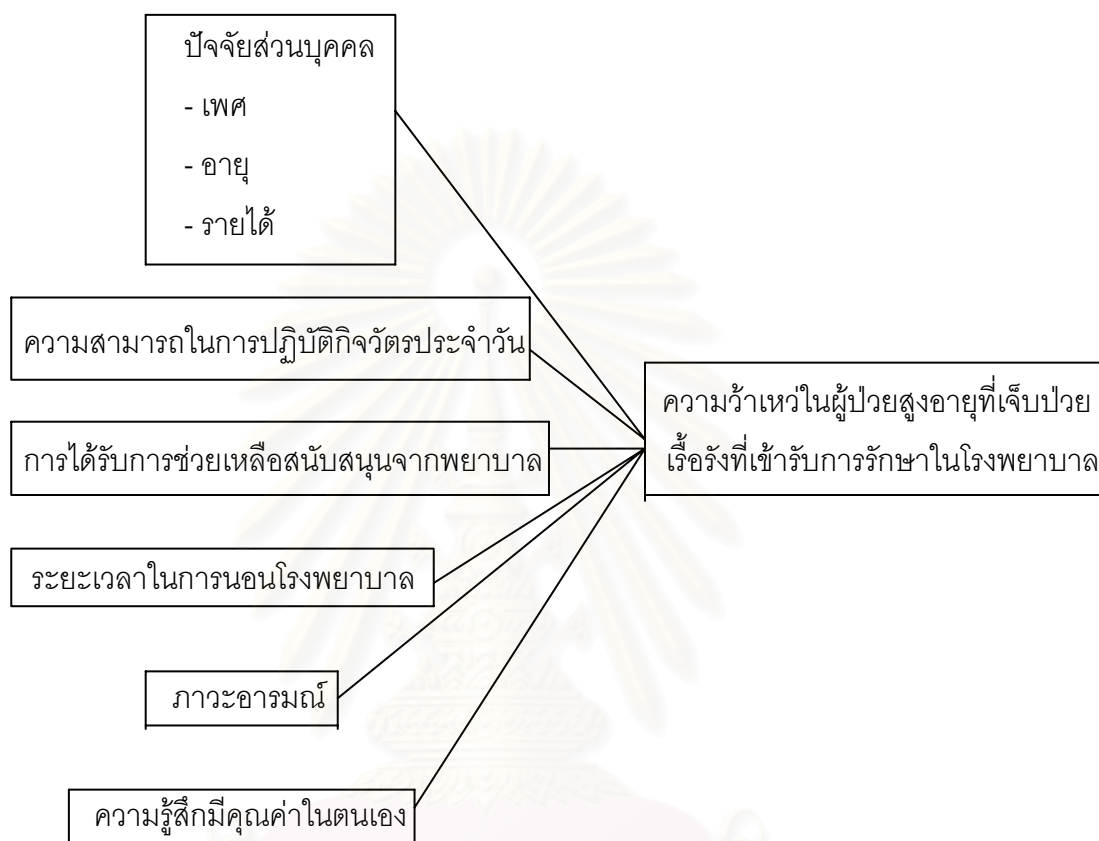
ความผูกพันทางจริยธรรม และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุสตรีเกาหลี อพยพในสหรัฐอเมริกาที่ดีที่สุด

Alpass and Neville (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จำนวน 217 คน โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การรายงานตนเองว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ตามลำพังจะมีความวิตกกังวลมากและพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการแยกทางสังคมส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี ที่มีคุณสมบัติค้างนี้

- 1) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม
- 2) อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน
- 3) ฟังและพูดภาษาไทยรู้เรื่อง และเข้าใจ
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้างนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ หรือผู้ป่วยห้องพิเศษ ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดำเนินการค้างนี้

1. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณจากสูตรของ Thordike (1978, cited in Prescott, 1987) คือ $\geq 10K + 50$ โดย K เป็นจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ซึ่งในการวิจัยค้างนี้ มีตัวแปรที่นำมาศึกษา 9 ตัวแปร จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป และมีการจัดบริการทางด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 โรงพยาบาล ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากจำนวนโรงพยาบาลที่ได้มา และมีเกณฑ์การจับฉลากคือหนึ่งในสามของทั้งหมด ซึ่งโรงพยาบาลที่ได้คือ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี และได้สำรวจจำนวน ผู้ป่วยแผนกสามัญอายุรกรรมชายและหญิงในโรงพยาบาลดังกล่าวในเดือน พฤษภาคม 2547 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 236 คน จึงนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างประชากรในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลตำรวจ	62	37
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	56	33
โรงพยาบาลภูมิพล	50	30
โรงพยาบาลราชวิถี	68	40
รวม	236	140

3. การสุ่มตัวอย่าง ในการสุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้

3.1 สำรวจผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชายและหญิง ในโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลราชวิถี ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด บันทึกชื่อ หมายเลขเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่ได้

3.2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละวัน กำหนดเกณฑ์สามโนสี จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลาตามที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2547 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2547 จนกระทั่งครบตามจำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย รวมทั้งบทความในวารสารทั้งในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความหวาดหวั่นในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม เพื่อให้มีเนื้อหาครอบคลุม รวมทั้งปรับปรุงข้อคำถามให้ครอบคลุมเหมาะสมกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel and Mahoney เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง แต่เนื่องจากในโรงพยาบาลไม่มีกิจกรรมการขึ้นลงบันได ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงโดยการตัดกิจกรรมข้อนี้ออก จึงเหลือกิจกรรมทั้งสิ้น 9 กิจกรรม

เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในการทำกิจกรรม ดังนี้

การรับประทานอาหาร การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า ก า ร ค ว บ ค ุ ม การขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีคะแนน 0-2 คะแนน คือ

ไม่สามารถปฏิบัติได้ มีคะแนน 0 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้บ้าง มีคะแนน 1 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้ มีคะแนน 2 คะแนน

การแต่งตัว การอาบน้ำ มีคะแนน 0-1 คะแนน คือ

ไม่สามารถปฏิบัติได้ มีคะแนน 0 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้ มีคะแนน 1 คะแนน

การเคลื่อนย้าย การเคลื่อนที่ มีคะแนน 0-3 คะแนน คือ

ไม่สามารถปฏิบัติได้ มีคะแนน 0 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้เล็กน้อย มีคะแนน 1 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้บ้าง มีคะแนน 2 คะแนน

สามารถปฏิบัติเองได้ มีคะแนน 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล , 2537)

คะแนนอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คะแนนอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ

คะแนนอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลาง

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) ซึ่งพัฒนาจาก Social Support Questionnaire Part II = SSQ Part II ของ Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คือ ด้านอารมณ์ จำนวนข้อคำถาม 2 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ และด้านความช่วยเหลือ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเลย จนถึงให้ความช่วยเหลือมากที่สุด จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) นำไปวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราวน์ .85 แต่เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีข้อคำถามบางข้อไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เหมาะสมกับการวิจัยครั้งนี้โดยเพิ่มจำนวนข้อคำถามทั้งหมดเป็น 10 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ มีจำนวนข้อคำถาม 4 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ และด้านความช่วยเหลือ ปรับเปลี่ยนเป็นการช่วยเหลือหรือบริการ มีจำนวนข้อคำถาม 3 ข้อ และปรับลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เพื่อ

ให้มีการตอบแบบสอบถามเช่นเดียวกับแบบสอบถามฉบับอื่น และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิดความสับสนในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

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

ด้านอารมณ์ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4

ด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6, 7

ด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 8, 9, 10

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อความ ดังนี้

เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลคะแนนการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ผู้วิจัยแบ่งตามค่าเฉลี่ยตามแบบของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.01-4.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 31-40 คะแนน)	การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล อยู่ในระดับสูง
2.01-3.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน)	การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง
1.00-2.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 10-20 คะแนน)	การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ

4. แบบสอบถามภาวะอารมณ์ โดยใช้แบบวัดภาวะอารมณ์ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจากแบบวัด The Profile of Mood States (POMS) ของ Shin and Colling (2000) เป็นการวัดลักษณะอารมณ์ 3 ด้าน ประกอบด้วย อารมณ์ด้านลบ 2 ชนิด ได้แก่ 1) ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และ 2) ด้านความโกรธ อารมณ์ด้านบวก 1 ชนิด คือ 3) ด้านความกระปรี้กระเปร่า ประกอบด้วยคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์จำนวน 34 ข้อ คือ ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า

มีจำนวนข้อคำถาม 21 ข้อ ด้านความโกรธ มีจำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ และด้านความกระปรี้กระเปร่า มีจำนวนข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ รู้สึกมากที่สุด รู้สึกมาก รู้สึกปานกลาง รู้สึกน้อย และไม่รู้สึก Shin and Colling (2000) นำไปวัดภาวะอารมณ์ในผู้สูงอายุเกาหลี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .95 แต่เนื่องจากแบบสอบถามภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและซึมเศร้า มีข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกับความว่าเหว่ 1 ข้อ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อคำถามนี้ออก จึงเหลือจำนวนข้อคำถามด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ดังนั้นแบบสอบถามภาวะอารมณ์มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 33 ข้อ

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

รู้สึกมากที่สุด	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกมากที่สุดกับข้อความนั้น
รู้สึกมาก	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกมากกับข้อความนั้น
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกปานกลางกับข้อความนั้น
รู้สึกน้อย	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกน้อยกับข้อความนั้น
ไม่รู้สึก	หมายถึง ผู้ตอบไม่รู้สึกด้วยกับข้อความนั้น

ข้อคำถามทางบวก

ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 10, 17, 19, 26, 28, 32

ข้อคำถามทางลบ มี 2 ชนิด คือ

1) ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มีจำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 33

2) ด้านความโกรธ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 8, 13, 20, 27

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความ	ข้อคำถามทางบวก (คะแนน)	ข้อคำถามทางลบ (คะแนน)
รู้สึกมากที่สุด	1	5
รู้สึกมาก	2	4
รู้สึกปานกลาง	3	3
รู้สึกน้อย	4	2
ไม่รู้สึก	5	1

การแปลคะแนนภาวะอารมณ์ ผู้วิจัยกำหนดการแปลความหมายของคะแนนภาวะอารมณ์ โดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
4.50-5.00	ภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับสูงมาก
3.50-4.49	ภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับสูง
2.50-3.49	ภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับปานกลาง
1.50-2.49	ภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับต่ำ
1.00-1.49	ภาวะอารมณ์ด้านลบอยู่ในระดับต่ำมาก

5. **แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) ซึ่งแปลมาจากแนวคิดของ Rosenberg (1965) เป็นแบบสอบถามที่วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ตลอดเวลา บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เลย ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) นำไปวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .91 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดนี้โดยปรับสำนวนภาษาในข้อคำถามบางข้อให้มีความชัดเจนและเหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

- ตลอดเวลา หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตลอดเวลากับข้อความนั้น
- บ่อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกบ่อยกับข้อความนั้น
- นานๆ ครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกนานๆ ครั้งกับข้อความนั้น
- ไม่เลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเลยกับข้อความนั้น

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความ	ข้อคำถามทางบวก (คะแนน)	ข้อคำถามทางลบ (คะแนน)
ตลอดเวลา	4	1
บ่อย	3	2
นานๆ ครั้ง	2	3
ไม่เลย	1	4

การแปลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งตามค่าเฉลี่ยตามแบบของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
3.01-4.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 31-40 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง
2.01-3.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 21-30 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-2.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 10-20 คะแนน)	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ

6. แบบวัดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความว่าเหวของ วัลลภา โคสิตานนท์ (2542) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัด UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell (1996) เป็นแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 9 ข้อ และทางลบจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ บ่อยมากหรือเป็นประจำ บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เลย วัลลภา โคสิตานนท์ (2542) นำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค .99 ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดนี้โดยตัดข้อคำถามทางด้านลบออกจำนวน 4 ข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งไม่เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาความว่าเหวในโรงพยาบาล ดังนั้นแบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ และทางลบจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ บ่อยมากหรือเป็นประจำ บ่อย นานๆ ครั้ง และไม่เลย

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของตัวเลือกดังนี้

บ่อยมาก/เป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกบ่อยมากหรือเป็นประจำกับข้อความนั้น
บ่อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกบ่อยกับข้อความนั้น
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกนานๆ ครั้งกับข้อความนั้น
ไม่เลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเลยกับข้อความนั้น

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18

กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

ข้อความ	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
บ่อยมาก/เป็นประจำ	1	4
บ่อย	2	3
นานๆ ครั้ง	3	2
ไม่เลย	4	1

การแปลคะแนนความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยแปลผลคะแนน ผู้วิจัยแบ่งตามค่าเฉลี่ยตามแบบของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

การแปลความหมาย

3.01-4.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 61-80 คะแนน)	ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับสูง
2.01-3.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 41-60 คะแนน)	ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
1.00-2.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 20-40 คะแนน)	ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของบริบทผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ดังนี้

1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน

1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอนและดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน

1.3 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

1.4 พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาล จำนวน 1 ท่าน

กำหนดเกณฑ์ความตรงของเนื้อหาโดยถือเกณฑ์ 5 ใน 6 ท่านของผู้ทรงคุณวุฒิที่ยอมรับ และเห็นชอบด้วยจึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา และในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาครั้งนี้ ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ในแต่ละแบบสอบถาม ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 1 และข้อที่ 9
- 2) แบบสอบถามภาวะอารมณ์ ในด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 6, 7, 14, 15, 21, 23, 25, 30, 33 ด้านความกระปรี้กระเปร่า ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 2, 17, 19, 26, 28, 32, และด้านความโกรธ ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 8, 13, 20, 27
- 3) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10
- 4) แบบวัดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ควรปรับปรุงข้อคำถามข้อที่ 7, 8, 10, 12, 13, 14, 20

ซึ่งผู้วิจัยได้มีการปรับข้อความในข้อคำถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความว่าเหวที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันจำนวน 30 คน ในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างวันที่ 10 มิถุนายน 2547 ถึงวันที่ 2 กรกฎาคม 2547 และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ .79 แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล เท่ากับ .94 แบบสอบถามภาวะอารมณ์ เท่ากับ .92 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เท่ากับ .83 และแบบวัดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ .72 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีการเดิม ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจาก

พยาบาล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความไว้หวุ่นในผู้ป่วยสูงอายุเท่ากับ .80, .93, .93, .87 และ .88 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ขั้นทดลองใช้ (N=30)	ฉบับใช้จริง (N=140)
แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.79	.80
แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล	.94	.93
แบบสอบถามภาวะอารมณ์	.92	.93
แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.83	.87
แบบวัดความไว้หวุ่น	.72	.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึง ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 คณะอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ และอนุญาตให้ทำการวิจัย

2.2 คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมการแพทย์ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้เวลา 3 สัปดาห์ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ และอนุญาตให้ทำการวิจัย

2.3 กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพล ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ และอนุญาตให้ทำการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 6 สัปดาห์ จึงได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว จึงได้ติดต่อและเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชายและหญิง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตจากหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรมชายและหญิง ให้เก็บข้อมูลได้ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตามเวลาที่กำหนด ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ และตามเวลาที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งกำหนด โดยมีการเก็บข้อมูลวันละโรงพยาบาล หมุนเวียนกันไปตามลำดับ ดังนี้

วันจันทร์	โรงพยาบาลตำรวจ	เวลา 10.00-16.00 น.
วันอังคาร	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	เวลา 13.00-16.00 น.
วันพุธ	โรงพยาบาลภูมิพล	เวลา 13.00-18.00 น.
วันพฤหัสบดี	โรงพยาบาลราชวิถี	เวลา 11.00-17.00 น.

เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2547 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2547 รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอนุญาต และยินดีเข้าร่วมวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้สูงอายุฟัง และให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาคนละประมาณ 1 ชั่วโมง และทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งครบจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

5. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 140 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์การแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมการแพทย์ ทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและการได้รับการรักษาแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 11 (Statistical Package for the Social Science for Window Version 11) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนอายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแบ่งระดับจากคะแนน หรือค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (The Point Biserial Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคองกรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง .70-.90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง .30-.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าระหว่าง .29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่ม หรือลดตามกัน แต่ถ้าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่ม หรือลดตรงข้ามกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 140 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4-11

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (n=140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Range	\bar{X}	S.D.
เพศ					
ชาย	33	23.6			
หญิง	107	76.4			
อายุ			61-84	69.28	6.19
60-69 ปี	81	57.9			
70-79 ปี	48	34.4			
80 ปีขึ้นไป	11	7.7			
รายได้			800-15000	3944.28	3441.31
ไม่มีรายได้	15	10.7			
1- 3000 บาท	176	54.3			
3001-6000 บาท	20	14.3			
มากกว่า 6000 บาท	29	20.7			
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล			2-23	7.46	4.79
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	80	57.1			
1-2 สัปดาห์	52	37.2			
มากกว่า 2 สัปดาห์	8	5.7			

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ศึกษา มีจำนวน 140 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 และเพศชาย จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 อายุเฉลี่ย 69.28 ปี มีรายได้โดยเฉลี่ย 3944.28 บาทต่อเดือน และมีรายได้น้อยกว่า

3000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.3 มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 7.46 วัน และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล น้อยกว่า 1 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหวของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหว ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=140)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	15.24	3.6	สูง
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล	3.23	.42	สูง
ภาวะอารมณ์	2.13	.42	ต่ำ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	2.63	.55	ปานกลาง
ความว่าเหว	1.95	.37	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =15.24, 3.23 ตามลำดับ) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.63) ภาวะอารมณ์ และความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ (\bar{X} =2.13, 1.95 ตามลำดับ)

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n=140)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	Range	\bar{x}	S.D.
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน			4-19	15.24	3.6
ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	3	2.1			
ระดับต่ำ	4	2.8			
ระดับปานกลาง	18	13			
ระดับสูง	115	82.1			

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ระหว่าง 4-19 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 15.24 คะแนน ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.1 และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 2.1

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การรับประทานอาหาร			1.91	.369	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	16	11.4			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	120	85.7			
ปฏิบัติเองได้	4	2.9			
การแต่งตัว			.96	.25	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	7	5			
ปฏิบัติเองได้	133	95			
การเคลื่อนย้าย			2.6	.68	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	5	3.6			
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	2	1.4			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	25	17.9			
ปฏิบัติเองได้	108	77.1			
การใช้ห้องสุขา			1.6	.60	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	7	5			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	40	28.6			
ปฏิบัติเองได้	93	66.4			
การเคลื่อนที่			1.9	1.3	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	5	3.6			
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	2	1.4			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	25	17.9			
ปฏิบัติเองได้	108	77.1			
การสวมใส่เสื้อผ้า			1.7	.54	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	2.9			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	29	20.7			
ปฏิบัติเองได้	107	76.4			

ตารางที่ 6 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การอาบน้ำ			.70	.49	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	43	30.7			
ปฏิบัติเองได้	97	69.3			
การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ			1.99	.12	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	2	1.4			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	0	0			
ปฏิบัติเองได้	138	98.6			
การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ			1.6	.59	
ไม่สามารถปฏิบัติได้	9	6.4			
ปฏิบัติเองได้บ้าง	26	18.6			
ปฏิบัติเองได้	105	75			
โดยรวม			15.26	3.56	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง ($\bar{X}=15.26$) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรมได้ทุกข้อ ได้แก่ กิจกรรมการรับประทานอาหาร สามารถปฏิบัติเองได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 85.7 กิจกรรมการแต่งตัว ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติเองได้ คิดเป็นร้อยละ 95 กิจกรรมการเคลื่อนย้าย ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติเองได้ คิดเป็นร้อยละ 77.1 กิจกรรมการสวมใส่เสื้อผ้า ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติเองได้ คิดเป็นร้อยละ 76.4 กิจกรรมการอาบน้ำ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติเองได้ คิดเป็นร้อยละ 69.3 การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ คิดเป็นร้อยละ 98.6 และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 75

2.3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายด้าน (n=140)

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.32	.42	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.96	.59	ปานกลาง
ด้านการช่วยเหลือหรือบริการ	3.40	.43	สูง
โดยรวม	3.23	.42	สูง

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.23$)

เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ($\bar{X}=3.40$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=2.96$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายข้อ (n=140)

ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความสนใจเอาใจในการดูแลทุกข์สุข	3.39	.49	สูง
พูดคุยปัญหาต่างๆ กับพยาบาลได้	3.11	.48	สูง
ดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี	3.40	.49	สูง
รู้สึกอบอุ่นใจ	3.40	.52	สูง
โดยรวม	3.32	.42	สูง

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.32$)

เมื่อพิจารณาตามรายข้อ พบว่า ระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านอารมณ์ทุกข้ออยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2 ข้อ คือ การดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี และรู้สึกอบอุ่นใจ ($\bar{X}=3.40$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ พูดคุยปัญหาต่างๆ กับพยาบาลได้ ($\bar{X}=3.11$)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค	2.84	.72	ปานกลาง
ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน	2.98	.61	ปานกลาง
เมื่อมีข้อสงสัยได้รับคำปรึกษา	2.96	.60	ปานกลาง
โดยรวม	2.96	.59	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.96$)

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสารทุกข้ออยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ($\bar{X}=2.98$) รองลงมา คือ เมื่อมีข้อสงสัยได้รับคำปรึกษา ($\bar{X}=2.96$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ($\bar{X}=2.84$)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายชื่อ (n=140)

ได้รับการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือหรือบริการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน	3.41	.52	สูง
การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบาย	3.39	.49	สูง
การดูแลช่วยเหลืออย่างสุภาพ	3.42	.50	สูง
โดยรวม	3.40	.44	สูง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านการช่วยเหลือหรือบริการ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.40$)

เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่า ระดับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสารทุกข้อ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลช่วยเหลืออย่างสุภาพ ($\bar{X}=3.42$) รองลงมาคือ ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการไม่สบาย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($\bar{X}=3.41, 3.39$ ตามลำดับ)

2.4 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตามรายด้าน (n=140)

ภาวะอารมณ์	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	1.59	.45	ต่ำ
ด้านความกระปรี้กระเปร่า	3.13	.71	ปานกลาง
ด้านความโกรธ	1.42	.50	ต่ำมาก
โดยรวม	2.13	.42	ต่ำ

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.13$)

เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ระดับภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$) รองลงมา คือ ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ($\bar{X}=1.59$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความโกรธ ($\bar{X}=1.42$)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแปร	r	ระดับความสัมพันธ์
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล	-.250**	ต่ำ
ภาวะอารมณ์	.625**	ปานกลาง
ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า	.682**	ปานกลาง
ด้านความกระปรี้กระเปร่า	-.196*	ต่ำ
ด้านความโกรธ	.680**	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.321**	ต่ำ

**p<0.01, *p<0.05

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์พบว่า การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.250, -.321$ ตามลำดับ) ภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.625$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และ ความ โกรธ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.682, .680$ ตามลำดับ) ภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.196$) แต่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม
- 2) อยู่ในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 2 วัน
- 3) ฟังและพูดภาษาไทยรู้เรื่อง และเข้าใจ
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thronndike (1978, cited in Prescott, 1987) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ
- 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) จำนวน 9 ข้อ
- 3) แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ จันท์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ตามแนวคิดของ Schaefer et al (1981) จำนวน 10 ข้อ
- 4) แบบสอบถามภาวะอารมณ์ ที่ผู้วิจัยแปลและปรับปรุงจาก The Profile of Mood States ของ Shin and Colling (2000) จำนวน 33 ข้อ

5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ฝ่องศรี ศรีมรกต ตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ

6) แบบวัดความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบวัดความว้าเหวของ วัลลภา โคสิตานนท์ (2542) ซึ่งแปลและดัดแปลงจาก แบบวัด UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell (1996) จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ สำนวนภาษา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล แบบสอบถามภาวะอารมณ์ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความว้าเหวในผู้สูงอายุ เท่ากับ .79, .94, .92, .83 และ .72 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 140 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .93, .93, .87 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างประชากร จำนวน 140 คน ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยในโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างวันที่ 5 กรกฎาคม 2547 ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2547 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ได้ข้อมูลครบทั้งหมด 140 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 11 (Statistical Package for the Social Science for Window Version 11) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (The Point Biserial Correlation Coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.4 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.9 อายุเฉลี่ย 69.28 ปี มีรายได้น้อยกว่า 1-3000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.3 รายได้โดยเฉลี่ย 3944.28 บาทต่อเดือน มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล น้อยกว่า 1 สัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57 เฉลี่ย 7.46 วัน

2. ผลการวิเคราะห์ ความว่าเหว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

2.1 ความว่าเหวของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$)

2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}= 15.24$)

2.3 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.23$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการช่วยเหลือหรือบริการ ($\bar{X}=3.40$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X}=2.96$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2.4 ภาวะอารมณ์ ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.13$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ระดับภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=3.13$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ($\bar{X}=1.91$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านความโกรธ ($\bar{X}=1.42$)

2.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.63$)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า

3.1 เพศ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.2 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.3 รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.5 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความว่าเหว ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.250$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.6 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.7 ภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.625$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.8 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.321$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ($\bar{X}=69.28$) ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นยังมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง และพบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=15.24$) ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง โดยมีต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระกับผู้อื่น เป็นการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง อาจส่งผลให้เกิดความว่าเหว หรือมีความรู้สึกว้าเหวในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jylha and Jokela (1990) Holmen et al. (1993) และ Kaasa (1998) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ จะมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ผลการศึกษายังพบอีกว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.63$) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพทางจิตสังคม (Taft, 1985) จากการศึกษาของ Levin and Stokes (1986) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว่าเหวมากกว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

ประกอบกับขณะที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.23$) ซึ่งประกอบด้วย การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือหรือบริการ (Schaefer et al. 1981) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านการช่วยเหลือหรือบริการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.40$) ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล เป็นการสนับสนุนทางสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง อีกทั้งยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลให้ดีขึ้น (Cohen and Wills, 1985) ดังนั้น การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล จึงเป็นการทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.13$) ซึ่งประกอบด้วยภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ด้านความกระปรี้กระเปร่า และ

ด้านความโกรธ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถปรับตัวและยอมรับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี จะมีบทบาทที่ถูกต้องเหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมรับการสูญเสีย มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีปฏิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี (พัชรี ต้นศิริ, 2536 ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536)

ดังนั้นแม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย แต่จากการที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล จึงทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังคงดำรงอยู่ ซึ่งส่งผลต่อความมั่นคงทางอารมณ์ นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดความว่าเหวได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อาจเนื่องจาก ในสังคมไทยมีการดูแลช่วยเหลือกันในระบบครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านเป็นอย่างดี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะมีการเยี่ยมเยียน ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยไม่เลือกว่าเป็นเพศหญิงหรือชาย ถึงแม้ว่าเพศจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม และในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้ปกป้องคุ้มครองภรรยาและบุตร มีหน้าที่ทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับความเคารพนับถือ และยกย่องจากสังคม ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดเป็นแม่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้านและเลี้ยงดูบุตร และให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนดั้งเดิมได้ สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องมีการปรับตัว โดยการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่แทน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนและครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่ว่าเพศชายหรือหญิง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือ

สูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายต่างมีผลกระทบต่อจิตใจที่คล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยจะมีความทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หากได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านความรัก ความอบอุ่น การดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย รู้สึกตนว่ามีคุณค่า ไม่ว่าจะเหว่ ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี (Hatcher, Durham and Richer, 1985) อาจกล่าวได้ว่า ความแตกต่างในด้านเพศของบุคคล ไม่ทำให้ความเหว่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) Jones and Goswick (1981) Mahon (1983) และ Perry (1990) พบว่า เพศที่แตกต่างกัน ไม่ทำให้มีความเหว่แตกต่างกัน

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับความเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.002$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอายุมากหรือน้อยมีความเหว่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากวัยสูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอยู่แล้ว และถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งมีการสูญเสียในหลายด้าน ได้แก่ สูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี เพราะขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง สูญเสียอิสระและการพึ่งพาตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (จันทนา รัตนพิริวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) ประสบการณ์การปรับตัวในอดีตที่ผ่านมา อาจช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ดีขึ้น จึงทำให้ อายุที่แตกต่างกัน มีความเหว่ที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหว่ในผู้ป่วยสตรีโรค การศึกษาของ Baum (1982) และ Moore and Schultz (1983) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเหว่ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ Christian, Dluhy and O'Neill (1987) ที่ศึกษาในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน พบว่า ความเหว่ไม่จำเป็นต้องเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้น

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.034$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจการเงินในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่เท่ากัน เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่จะตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของบุคคล และความมั่นคงทางฐานะทางสังคม (Eliopoulos, 1993) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.3) มีรายได้เป็นของตนเองเฉลี่ยเดือนละ 3944 บาท รวมทั้ง ระบบบริการสุขภาพทางภาครัฐในปัจจุบัน มีโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นกรให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย โดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุจะได้รับบัตรทองซึ่งจะได้รับบริการสุขภาพฟรี ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่มีรายได้เป็นของตนเองและไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล สิ่งดังกล่าวนี้ทำให้ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี ไม่เกิดความว่าเหว ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่มีรายได้ และไม่มีรายได้ มีความว่าเหวที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับจากการศึกษาของ Austin (1984) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้สูงอายุ

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับ ความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.064$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=15.24$) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาเป็นภาระของผู้อื่น จึงส่งผลทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) พบว่า ความพิการในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสตรี

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = -.250$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง และช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลให้ดีขึ้น รวมทั้งยังช่วยลดความเครียดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้ (Cohen and Wills, 1985: 310-357) ในขณะที่ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกตนว่ามีความแตกต่างจากผู้อื่นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและเป็นภาระกับผู้อื่น หากไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งดังกล่าว ส่งผลทำให้เกิดความว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีราม (2539) พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือหรือบริการนั้น อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการพื้นฐาน ส่งเสริมให้มีกำลังใจรู้สึกตนว่ามีคุณค่า ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี เมื่อวิเคราะห์รายด้านผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านการช่วยเหลือหรือบริการ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.40$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีอนันต์ และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2535) ที่พบว่า กิจกรรมการให้พยาบาลด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่นำลำดับแรก และพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.32$) เช่นเดียวกัน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับความสนใจเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี มีความรู้สึกอบอุ่นใจ สามารถพูดคุยกัยปัญหาต่างๆ กับพยาบาลได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์อย่างสูง ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีความมั่นคงทางจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล ได้รับคำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างพอเพียง การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือหรือบริการ (Schaefer et al., 1981) ที่เพียงพอ อาจส่งผลให้ไม่เกิดความว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ตั้งตระกูล (2537) ที่ศึกษาแรงสนับสนุน

ทางสังคมที่มีผลต่อความจำหวุ่นผู้ป่วยสตรีค พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความจำหวุ่นผู้ป่วย สตรีค รวมทั้งการศึกษาของ Pruden (1991) และการศึกษาของ Keele-Card, Foxall and Barron (1993) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม กับความจำหวุ่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในเชิงลบ กับความจำหวุ่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการศึกษาของ Bobek (1992) ศึกษาปัจจัยทำนายความจำหวุ่นผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายความจำหวุ่นผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลที่ดีที่สุด ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความจำหวุ่นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล กับความจำหวุ่นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความจำหวุ่นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.013$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจอธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จัดเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อแนวคิดและการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาและการดูแลตนเอง รวมทั้งการที่ต้องใช้เวลานานในการที่จะรักษาอาการของโรคให้ทุเลาลงหรือหายจากการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจะเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหา หรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Bell, 1977) ซึ่งระยะเวลาที่นานขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น อาจส่งผลให้ไม่เกิดความจำหวุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ศรีราม (2539) ที่พบว่า ความจำหวุ่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ หากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้มีการแยกตัว และก่อให้เกิดความจำหวุ่น อย่างไรก็ตามผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall and Havens (1999) พบว่า การนอนอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้ความจำหวุ่นเกิดขึ้นได้ การศึกษาของ Proffitt and Bryne (1993) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2 วันขึ้นไป จะมีความจำหวุ่นเกิดขึ้น รวมทั้งการศึกษาประสบการณ์การนอนอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุของ Huckstadt (2002) พบว่า ระยะเวลาเพียง 1 วันของผู้สูงอายุนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ก็สามารถทำให้เกิดความจำหวุ่นขึ้นได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทที่แตกต่าง

ต่างกันทางวัฒนธรรม ผู้สูงอายุไทยที่นอนอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ยังคงได้รับการเยี่ยมเยียน จากลูกหลานทุกวัน ซึ่งอาจแตกต่างจากสังคมตะวันตกที่ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว เมื่อเข้าอยู่ใน โรงพยาบาลอาจไม่มีใครมาเยี่ยม ยิ่งย้ายเข้าไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม จึงอาจ ทำให้เกิดความว้าเหว่มากขึ้น อย่างไรก็ตามประเด็นด้านระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลกับ ความว้าเหว ยังหาข้อสรุปไม่ได้ต้องการการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอารมณ์กับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว้าเหวใน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($r = .625$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีภาวะอารมณ์ทางลบในระดับสูง จะยังมีความ ว้าเหวในระดับสูง เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดกับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการ รักษา (Milliken and Campbell, 1985) ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดความวิตก กังวล ซึมเศร้า สุขภาพจิตเสื่อมลง (Florian and Krulik, 1991) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทาง อารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นไปในทางที่ เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ และจิตใจ เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ปัญหาทางด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความว้าเหวขึ้นได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Ryan (1998) ที่พบว่า ความว้าเหวมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า จึงเป็นเหตุผล ให้ภาวะอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามผลการศึกษา พบว่า ระดับภาวะอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.13$) อาจอธิบายได้ว่า อารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงถึงการดำรงอยู่ของชีวิต เป็นเครื่องบ่งชี้ว่ามนุษย์มีการ รับรู้ต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลเกิดอารมณ์ในระดับต่างๆ ได้ ตลอดเวลา แต่อารมณ์ที่เกิดขึ้นส่วนมากอยู่ในขอบเขตที่จะระงับหรือควบคุมได้ (อำไพวรรณ พุ่ม ศรีสวัสดิ์, 2541) อารมณ์ทางด้านลบที่มักจะแสดงออกมา ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิด กลุ่มใจ เป็นต้น (จุไรรัตน์ มิตรทองแท้, 2532) และการศึกษาครั้งนี้ ภาวะอารมณ์ ประกอบด้วยอารมณ์ทางด้านลบ ได้แก่ ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และด้านความ โกรธ และอารมณ์ทางด้านบวก คือ ด้านความกระปรี้กระเปร่า เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.682$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Andersson and Stevens (1993) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหว ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าความว่าเหว มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Hansson et al.(1986) พบว่าผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าและวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความว่าเหว จึงเป็นเหตุให้ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในระดับสูง จะมีความว่าเหวในระดับสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.91$) ทำให้แนวโน้มกลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหวในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.196$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี นันทชัย (2534) Foxall and Exberg (1989) และ Holmen et al. (1992) พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จึงเป็นเหตุให้ภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ยังมีภาวะอารมณ์ด้านความความกระปรี้กระเปร่าในระดับต่ำ จะยังมีความว่าเหวในระดับสูง เนื่องจากความกระปรี้กระเปร่าเป็นอารมณ์ทางด้านบวก เป็นภาวะอารมณ์ของผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะมีการแสดงออกในลักษณะความมีชีวิตชีวา ความกระฉับกระเฉง ความคล่องแคล่วว่องไว ความชุ่มชื่น ความชื่นบาน ความปลอดภัย (Shin and Colling, 2000) จากการพูดคุยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความรู้สึกขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลในลักษณะคล้ายกันว่า มีความรู้สึกดีใจ ชุ่มชื่นใจ และสบายใจ ที่ได้มาอยู่ภายใต้การดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาล แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยจากโรคก็ตาม และจากผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.13$) จึงอาจส่งผล

ต่อสุขภาพจิตที่ดี ทำให้มีความว่าเหวน้อยลง แสดงว่าภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่ามีความสัมพันธ์กับความว่าเหว

ภาวะอารมณ์ด้านความโกรธ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.680$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Loucks (1980) ที่ศึกษาความว่าเหวกับภาวะอารมณ์พบว่า ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ด้านความโกรธ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ยังมีภาวะอารมณ์ด้านความโกรธในระดับสูง จะยังมีความว่าเหวในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า ความโกรธเป็นปฏิกริยาตอบสนองอย่างอัตโนมัติ เมื่อบุคคลรู้สึกว่ามีสิ่งคุกคามต่อเป้าหมาย ความหวัง ค่านิยม ความปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลมีความโกรธจะรู้สึกไม่มีความสุข อาจแสดงออกทางอารมณ์หลายรูปแบบ ได้แก่ ก้าวร้าว ปฏิเสธ เจ็บขม ถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ แยกตัว (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นอาจส่งผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ดีต่อกัน มีการแยกตัว ทำให้เกิดความว่าเหวได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษา พบว่า ภาวะอารมณ์ด้านความโกรธโดยรวมอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X}=1.42$) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาตัวในครั้งนี้ จึงมีความโกรธอยู่ในระดับต่ำ ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า บุคคลมีการพึ่งพาผู้อื่นสูงจะไม่ยอมรับความโกรธ เนื่องจากกลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความว่าเหว แต่เนื่องจากพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=15.24$) มีการพึ่งพาผู้อื่นน้อย จึงทำให้มีภาวะอารมณ์ด้านความโกรธอยู่ในระดับต่ำ

2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r=-.321$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Levin and Stokes (1986) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว่าเหวมากกว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรัก ตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง

และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) พฤติกรรมการแสดงออกจะสะท้อนจากความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การประสบความสำเร็จย่อมทำให้บุคคลนั้นรู้สึกภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะควบคุมสิ่งแวดล้อม และเชื่อในอำนาจการกระทำของตน (Wallace, Cunningham and Monte, 1984: 262) รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพทางจิตสังคม และบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต (Taft, 1985) ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ตั้งแต่การทำกิจกรรมต่างๆ จนถึงบทบาทหน้าที่ในสังคม หากไม่สามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่มีคุณค่าในตนเองลดลง จะเป็นปัญหาต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย (Hopping, 1980) ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดความว่าเหวขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอเหมาะสม จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีคุณค่า มองโลกในแง่ดี (ฉันทนา กาญจนพจน์, 2530) ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=1.95$) อย่างไรก็ตาม พยาบาล ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ก็ควรให้ความสนใจ และเห็นความสำคัญของความว่าเหว และให้กิจกรรมการพยาบาลที่ลดความว่าเหวให้มัน้อยที่สุด โดยต้องมีความรู้ความสามารถในการที่จะประเมินความว่าเหว และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งควรมีการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพร่วมกัน ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงวัยที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 15.24$) แต่มีส่วนน้อย (ร้อยละ 2.8) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีความว่าเหว่เกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลควรมีการให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการประเมินความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมสนับสนุนให้ดูแลช่วยเหลือตนเองตามความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งควมมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่เกิดความว่าเหว่ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

1.3 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลด้านข้อมูลข่าวสาร ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$) ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดความว่าเหว่ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรค คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และการให้คำแนะนำปรึกษาในการเจ็บป่วยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับนำมาดูแลตนเองอย่างถูกต้อง และช่วยทำให้เกิดความมั่นใจในการรักษาครั้งนี้ ซึ่งจะส่งผลทำให้ไม่เกิดความว่าเหว่ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

1.4 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีภาวะอารมณ์ทางด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.59$) ด้านความโกรธอยู่ในระดับต่ำมาก ($\bar{X} = 1.42$) และด้านความกระปรี้กระเปร่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.13$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตที่ดีขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลควรมีการประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กิจกรรมการพยาบาลที่ลดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความโกรธ แต่ส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มความกระปรี้กระเปร่า เช่น การให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และกำลังใจต่อผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น เชื่อมั่น เกิดกำลังใจ ความหวัง และความไว้วางใจ ทำให้เกิดความสมดุลของจิตใจ ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดความว่าเหว่ขึ้นได้

1.5 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63$) ซึ่งอาจจะมีแนวโน้มทำให้เกิดความว่าเหว่ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้ ดังนั้น พยาบาลควรมีการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่กลุ่มตัวอย่าง เช่น การให้ความเคารพยกย่อง การให้ความ

รักความเข้าใจ ความไว้วางใจ ส่งเสริมให้ช่วยเหลือตนเองเท่าที่ทำได้ ส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความว่าเหว่เกิดขึ้น

2. ด้านการวิจัย

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความว่าเหว่ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยในเท่านั้น ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความว่าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มอื่น ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคกระดูกและข้อ โรคมะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีเกี่ยวข้อง เช่น ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

2.3 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น เมื่อทราบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว จึงควรนำมาศึกษาเชิงทำนาย เพื่อนำไปสู่วิจัยเชิงทดลอง เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว ที่จะส่งผลต่อความว่าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป เช่น การจัดโปรแกรมการให้การพยาบาล การทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อลดความว่าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กวรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2530). การพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคม. ในเอกสารชุดกรณี
เลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 6-10, หน้า 111 - 116.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2544). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวชชน 7-10.
พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ซี เค แอนด์เอส โฟโต้สตูดิโอ.
- กุสุมา ประชุมชนะ. (2543). ชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- คณะกรรมการโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย. (2541). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปี
ขึ้นไป ประเทศไทย ปีพ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ขวัญใจ ต้นติวัฒนเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพตามรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- จรรย์วัตร คมพัยค์. (2531). แรงสนับสนุนทางสังคม: มโนทัศน์และการนำไปใช้. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ 6 (2): 96-106.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. (2536). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเรียง กุระมสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ต้นติมูล. (2532). รายงานการวิจัย
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จวีรัตน์ รักวิธรรม. (2543). ความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จวีรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบความเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม.(2530). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ฉันทนา กาญจนพณี.(2530). ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมานันท์ บัวงาม. (2539). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความว่าห่วยของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอปะทิว จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวลี แยมวงษ์. (2538). ผลการประยุกต์ใช้ระบบพยาบาลตามทฤษฎีโอเร็มต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2544). การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย: หลักการพยาบาลแบบองค์รวมและการพยาบาลที่เป็นจริง. วารสารการพยาบาล 16 (ตุลาคม - ธันวาคม): 52 – 64.
- ทัศนาศูววรรณปะกรณ์. (2546). การดูแลผู้สูงอายุ: ประเด็นปัญหาและคุณภาพการดูแล. ในการอบรมวิชาการประจำปี พ.ศ. 2546 “การดูแลผู้สูงอายุ ...คุณภาพที่คาดหวัง”. หน้า105-109. 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2546 ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2538). ผลของการส่งเสริมญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติ

- ต่อกรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทศพร พัฒนนิรมาน. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2533). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2 (เมษายน-มิถุนายน): 74-80.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2532). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531). พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- บังอร เครียดชัยภูมิ. (2533). ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรวรรณสุด. (2538). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2536). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. หน้า 1-7. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิศิษฏ์สิน.
- เปรมฤดี ศรีราม. (2539). การศึกษาความว่าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจา ภูโพลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ฤดีดาว ช่างसान. (2542). ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วชิราภรณ์ สุนนวงศ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณวิไล จันทราภา. (2541). พฤติกรรมการปรับตัวและการพยาบาล. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช, หน้า 819-865. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วาทีณี บุญชะลิกษ์. (2530). รูปแบบการเลือกใช้บริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัลลภา โคสีตานนท์. (2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความหวาดหวั่นในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). มาตรฐาน การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุธีรา ตั้งตระกูล. (2537). การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความ หวาดหวั่นในผู้ป่วยสตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภรณ์ ลิ้มวิภาวีนันต์ และจินตนา ยูนิพันธุ์. (2535). เจตคติต่อผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมของ พยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 4 (2): 68 – 88.
- สุดสบาย จุลกัทัพพะ. (2536). การสำรวจการฆ่าตัวตายในประเทศไทย 2533. สารศิริราช 45: 246-255.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2537). ภาวะทุพพลภาพ: ปัญหาของผู้สูงอายุ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 3 : 67-75.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2545). ผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวน องค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และศรีจิตรา นูนาค. (2535). การเสียชีวิตและการกลับบ้านของผู้ป่วยใน แผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 36: 839-844.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวาดหวั่นและสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุวณีย์ เกี่ยววิกิงแก้ว. (2527). การพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง.
- สุวิมล พนารัตนกุล. (2534). อึดมั่นในทัศนคติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสมอจันทร์ อະนะเทพ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเกี่ยวกับโรค และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2541). ในคณาจารย์สถาบันพระบรมชนก. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2537). สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ. (2539). สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุญราชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อุบล นิวัตชัย. (2541). พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล. ใน เอกสารการสนชดวิชาการนี้เลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และการพยาบาลจิตเวช, หน้า1081-1144. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Alpass, F.M., and Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. Aging & Mental Health 7(3): 212-217.
- Andersson, L., and Stevens, N. (1993). Association between elderly experiences with parents and wellbeing in old aged. Journal of Gerontology 48: 109-116.

- Austin, B.A. (1984). The relationship of social support and creative potential to loneliness in older women [Online] Available from: <http://thailis.uni.net.th/dao/detail.nsp> [2004, Jan 15]
- Barron, C.R., Foxall, M.L., Von Dollen, K., Jones, P.A., and Shull, K.A. (1994). Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. Journal of Advanced Nursing 19 : 272-280.
- Baum, S.K. (1982). Loneliness in elderly persons: A Preliminary study. Psychological Reports 50: 1317-1318.
- Beare, P.G. and Myers, J.L. (1990). Principles and practice of adult health nursing. Philadelphia: C.V. Mosby.
- Bell, J.W. (1977). Stressful life event and coping method in mental illness and wellness behavior. Nursing Research 26(May-June): 136.
- Berk, L.K. (1989). Child development. 4th ed. MA: Aviacom.
- Berg, S., et al. (1981). Loneliness in the Swedish aged. Journal of Gerontology 36: 342 – 349.
- Birchenall, J.M., and Streight, M.E. (1982). Care of the Older Adult. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Birren, J. E., Sloane, R. B., and Cohen, G. D. (1992). Handbook of Mental Health and Aging. 2nd ed. California: Academic Press.
- Bobek, S.C. (1992). The predictors of loneliness in hospitalized adult medical-surgical patients. Available from: <http://thailis.uni.net.th/dao/detail.nsp> [2004, Jan 15]
- Branden, N. (1983). Honoring the Self: The Psychology of Confidence and Respect. New York: Bantam Books.
- Brandt, P., and Weinert, C. (1981). The PRQ-A social support measure. Nursing Research 30(5): 4-9.
- Breytsprak, L.M., and George, L.K. (1979). Measurement of self-concept and self-esteem in older people: state of the art . Experimental Aging Research 5(2): 137-148.
- Brunner, L.S., and Suddarth, D.S. (1984). Textbook of Medical-Surgical Nursing. 5th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.

- Burgess, A.W., and Hartmann, C.R. (1990). Assessment protocols in psychiatric mental health nursing practice. In A.W. Burgess (ed.), Psychiatric nursing in the hospital and the community, pp.153-195. California: Appleton & Lange.
- Carnevali, D.L., and Patrick, M. (1993). Nursing Management for the Elderly. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Cater, F.M. (1976). Psychosocial nursing: Theory and practice in hospital and community mental health. New York: Macmillan Publishing.
- Centers of Medicare & Medicaid Services. (1999). The characteristics and perceptions of the medicare population. Available from : <http://cms.hhs.gov/mcbs/CMSsrc/1999/Summary2.pdf> [2004, Jan 15]
- Christian, E., Dluhy, N., and O'Neill, R. (1987). Sounds of silence coping with hearing loss and loneliness. Journal of Gerontological Nursing 15(11): 4-9.
- Christiansen, J.L., and Gryzbowski, J.M. (1993). Biology of Aging. St. Louis: Mosby.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38 (5): 300-313.
- Cohen, S., and Syme, S.L. (1985). Social Support and Health. New York: Academic Press.
- Cohen, S., and Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support and Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin 98: 310-357.
- Coopersmith, S. (1984). SEI: Coopersmith Inventory Adult Form. 2nd ed. California: Consulting, Psychologist Press.
- Covinsky, K.E., et al. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illness: Increased Vulnerability with Age. Journal American Geriatrics Societies 51(4): 451-458.
- Cramer, K.M. and Neyedly, K.A. (1998). Sex Difference in Loneliness : The Role of Masculinity and Femininity. Sex Roles 38: 645-652.
- Creditor, M. (1993). Harzards of Hospitalized of the Elderly. Annals of Internal Medicine. 118(3): 219-223.
- Creecy, R.F., Berg, W.E., and Wright, R. (1985). Loneliness among the elderly: Causal approach. Journal of Gerontology 1(1): 487-493.

- Cruz, A.D. (1986). On loneliness and the elderly. Journal of Gerontological Nursing 12 (11): 22– 27.
- Curran, S.L., Andrykowski, M.A., and Studts, J.L. (1995). Short Form of the Profile of Mood States (POMS-SF): Psychometric Information. Psychological Assessment 7(1): 80-83.
- Dimond, M., and Jone, S.L. (1983). Chronic illness across the life span. London: Prentice-Hall.
- Donaldson, J.M. and Watson, R. (1996). Loneliness in elderly people : an important area for nursing research. Journal of Advanced Nursing 24: 952 – 959.
- Dykstra, P.A. (1995). Loneliness among the never and formerly married: the importance of supportive friendships and a desire for independence. Journal of Gerontology 50B(5):321.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1998). Toward Healthy Aging. 5th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Eliopoulos, C. (1993). Gerontological Nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Ellis, J. R., and Nowlis, E.A. (1989). Nursing A Human Needs Approach. 5th ed. Pennsylvania: Houghton Mifflin Company.
- Feather, B.L., and Wainstock, J.M. (1989). Perception of post mastectomy patients Part II: Social support and attitude towards mastectomy. Cancer Nursing 12(5): 301-309.
- Ferrini, A.F., and Ferrini, R.L. (1993). Health in the Later Year. 2nd ed. New York: The McGraw-Hill.
- Fitcher, C., and Hegge, M. (2000). The elderly women at risk. American Journal of Nursing 100(6): 54-57.
- Fletcher, K.K. (1999). Physical and Laboratory Assessment. In J.T. Stone; J.F. Wyman; S.A. Salisbury (eds.), Clinical Gerontological Nursing, pp.85-111. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Florian, V., and Krulik, T. (1991). Loneliness and social support of mothers of chronically ill children. Social Science Medicine 32(11): 1291-1296.

- Forbes, A. (1996). Loneliness in old age. British Medical Journal 313: 352-355.
- Foxall, M., and Ekberg, J. (1989). Loneliness of chronically ill adults and their spouses. Issues in Mental Health Nursing 10: 149-167.
- Fretwell, M.D. (1993). Aging Changes in Structure and Function. In D.L. Carnevali; M. Patrick (eds.), Nursing Management for the Elderly, pp. 113-140. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Goldberg, W.G., and Fitzpatrick, J.J. (1980). Movement therapy with the aged. Nursing Research 29 (6): 339-346.
- Goldman, H.H. (1988). Review of General Psychiatry. 2nd ed. Norwalk: Prentice-Hall International.
- Gomez, G., and Gomez, E. (1993). Depress in the elderly. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 5(31): 28-33.
- Hall, M., and Havens, B. (1999). The Effect Of Social Isolation And Loneliness On The Health Of Older Women. Available from: <file:///A:\SOCIAL%20ISOLATION%20AND%20SOCIAL%20LONELINESS%...> [2004, Jan 15]
- Hanlon, J.J., and Pickett, G.E. (1984). Public Health Administration and Practice. 8th ed. St. Louis: Times Mirrow/Mosby College Publishing.
- Hansson, R.O., et al. (1986). Loneliness and adjustment to old age. International Journal of Aging and Human Development 24: 41-53.
- Hanucharurnkul, S. (1988). Social Support, self-care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral Dissertation of Nursing Wayne State University.
- Hatcher, B.J., Durham, J.D., and Richey, M. (1985). Overcoming stroke-related depression. Journal of Gerontological Nursing 11(11): 34-39.
- Hirsch, C.H., et al. (1990). The National History of Functional Morbidity in Hospitalized Older Patients. JAGS 38 (12): 1296-1303.
- Hirst, S.P., and Metcalf, B.J. (1984). Promoting self-esteem. Journal of Gerontological Nursing 10(2): 72-77.
- Hoeman, S.P. (1996). Rehabilitation nursing: process and application. St. Louis: Mosby Year Book.

- Hoenig, H.M., and Rubenstein, L.Z. (1991). Hospital-associated deconditioning and dysfunction. Journal of American Geriatric Society 39: 220-222.
- Hoffman, A.L.(1991). Loneliness. In G.H. Mafarland; and M. D.Thomas (eds.), Psychiatric Mental Health Nursing Application of Nursing Process, pp. 297-301. Philadelphia: J.B. Lippicott.
- Holmen, K., et al. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. Journal of Advanced Nursing 17(1): 43-51.
- Holmen, K., Ericson, K., Andersson, L., and Winblad, B. (1993). ADL capacity and loneliness among elderly persons with cognitive impairment. Scandinavian Journal of Primary Health Care 11: 56-60.
- Holmes, S. (1991). Preliminary investigations of symptom distress in two cancer patient populations: evaluation of a measurement instrument. Journal of Advanced Nursing 19: 439-446.
- Hopping, B. (1980). Physiological response to stress: A nursing concern. Nursing Forum 19: 260-261.
- Huckstadt, A.A. (2002). The Experience of Hospitalized Elderly Patients. Journal of Gerontological Nursing 28 (9): 24 – 29.
- Hughes, C.P. (1992). Community psychiatric nursing and depression in elderly people. Journal of Advanced Nursing 17: 34-42.
- Janosik, E.H., and Davies, J.L. (1986). Psychiatric mental health nursing. Boston: Jones and Bartlett.
- Jones, W.H., and Goswick, R.A. (1981). Lonelinessself-concept and adjustment. The Journal of Psychology 107: 237-240.
- Jylha, M., and Jokela, J. (1990). Individual experience as cultural-a cross-cultural study on loneliness among the elderly. Ageing and Society 10: 295-315.
- Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. Norwegian Journal of Epidemiology 8 (2): 195-201.
- Kapland, H.I., and Sadock, B.J. (1988). Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 5th ed. Baltimore: Williams & Williams.

- Katz, S., and Stroud, M. (1989). Functional assessment in geriatrics: A review of progress and directions. Journal of American Geriatrics Society 37: 267-271.
- Keele-Card, G., Foxall, M.J., and Barron, C.R. (1993). Loneliness, depression, and social support of patients with COPD and their spouses. Public Health Nursing 10(4): 245-251.
- Kim, O. (1999). Predictors of loneliness in elderly Korean immigrant women living in the United States of America. Journal of Advanced Nursing 29(5): 1082-1088.
- Kivett, V.R. (1979). Discriminators of loneliness among the rural elderly: Implications for intervention. The Gerontologist 19: 108-115.
- Kosier, B., Erb, G., and Bufalino, P.M. (1989). Introduction to nursing. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Krasnova, O. (1999). A view of life of elderly men and women. Available from: <http://www.owl.ru/eng/womplus/1999/krasnova.htm> [29/5/46]
- Lambert, V.A., and Lambert, C.E. (1985). Psychosocial care of the physical ill: What every nursing should know. New Jersey: Prentice-Hall.
- Levin, I., and Stokes, J.P. (1986). An examination of the relation of individual difference variables to loneliness. Journal of Personality 54(4): 1986.
- Lindsey, A.M. (1997). Social Support: Conceptualization and Measurement Instruments. In F.S. Marilyn (ed.), Instruments for Clinical Nursing Research. USA: Jones and Barlett.
- Livingstone, G., et al. (1990). The Gospel Oak Study: the prevalence of rates of dementia depression and activity limitations among elderly residents in Inner London. Psychological Medicine 20: 137-146.
- Lobdell, J., and Perlman, D. (1986). The intergenerational transmission of loneliness: A study of college females and parents. Journal of Marriage and the Family 48: 589-595.
- Loucks, S. (1980). Loneliness, affect and self-concept: Construct validity of the Bradley loneliness scale. Journal of Personality Assessment 44: 142-147.
- Lueckenotte, A.G. (1996). Gerontologic Nursing. St. Louis : Mosby Year Book .

- Lunt, P.K. (1991). The Perceived Causal Structure of Loneliness. Journal of Personality and Social Psychology 61: 26-34.
- Mahon, N.E. (1982). The relationship of self-disclosure, interpersonal dependency and life changes to loneliness in young adults. Nursing Research 31(6): 343-347.
- Malone, J. (1988). The Social Support Social Dissupport Continuum. Journal of Psychosocial Nursing 26: 18-22.
- Maslow, A.W. (1970). Motivation and Personality. 2nd ed. New York: Harper and Row Publishers.
- McConnell, E.S. (1988). Nursing diagnosis related to psychosocial alternations. In M.A. Matteson; and E.S. McConnell (eds.), Gerontological nursing: concepts and practice, pp.5-56. Philadelphia: W.B. Saunders.
- McConnell, E., and Matteson, M.A. (1988). Gerontological Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- McDowell, I., and Newell, C. (1996). Measurement Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- McInnis, G.J., and White, J.H. (2001). A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. Archives of Psychiatric Nursing 15: 128 – 139.
- Mies, M. (1985). Loneliness in the elderly. Orthopaedic Nursing 4(3): 63-66.
- Miller, F.J. (1992). Coping with chronic illness. 2nd ed. Philadelphia: F.A.Davis.
- Milliken, M.E., and Campbell, G. (1985). Essential competencies for patient care. St. Louis: The C.V. Mosby company.
- Mion, L., Frengley, J.D., and Adam, M. (1986). Nursing patients 75 years and older. Nursing Management. 17: 24 – 28.
- Moore, D., and Schultz, N.R. (1983). Loneliness at adolescence: correlation attribution and coping. Journal of Youth and Adolescence 12(2): 95-100).
- Mullins,L.C., Johnson, D.P., and Andersson, L. (1987). Loneliness of the Elderly: The Impact of Family and Friends. In M. Hojat; and R. Crandall (eds.), Loneliness: Theory, Research, and Applications. California: Sage Publications.
- Mullins,L.C., et al. (1989). An examination of loneliness among elderly Canadian seasonal residents in Florida. Journal of Gerontology 44(2): 80-86.

- Murphy, P.M., and Kupshik, G.A. (1992). Loneliness, stress and well-being: a helper's guide. London: Routledge.
- Newbern, V.B., and Krowchuck, H.V. (1994). Failure to thrive in elderly people: a conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing 19: 840 - 849.
- New Webster's Dictionary of English Language. (1984). The Delair Publishing Company.
- Norbeck, J.S. (1981). Social Support: A model for clinical research and application. Advances In Nursing Science 7: 43-59.
- Nunnally, J. (1994). Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- O' Brien, M.J. (1975). The Care of Elderly Person. The CV. Mosby Company.
- Otto, K.C. (2002). Depression in the elderly. Available from: <http://www.healingcenterpc.com/apieceofmymind-april2002.htm> [2003, May 29]
- Palkeinen, H. (2003). Loneliness of the elderly-a challenge for nursing. Available from : <http://www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=2303> [2004, Jan 30]
- Palmer,R.M. and Bolla, L. (1997). When your patient is hospitalized: Tips for primary care physicians. Geriatrics 52 (9): 36 - 42.
- Parkinson, B., et al. (1996). Changing mood: the psychology of mood and mood regulation. London: Longman.
- Payne, R.K. (1994). Hospitalized Older Adults. In M.O. Hogstel (ed.), p. 252. Nursing Care of the Older Adult. New York: Delmar Publishers Inc.
- Pender, N.J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. California: Appleton & Lange.
- Penninx, V.W., et al. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. Journal of Aging and Health 11(20): 151-168.
- Peplau, L.A., and Perlman, D. (1982). Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy. USA: Wiley-Interscience Publication.
- Perry, G.R. (1990). Loneliness and coping among tertiary-level adult cancer patients in the home. Cancer Nursing 13(5): 293-302.
- Pinneo, O. (1984). Living with coronary artery disease. The nurse's role. Nursing Clinical North America 19(13): 459-467.

- Prescott, P.A. (1987). Multiple regression analysis with samples: caution and suggestion. Nursing Research 36: 130-134.
- Prince, M.J., et al. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. Psychological Medicine 27(92): 323-332.
- Proffitt, C., and Byrne, M. (1993). Predicting Loneliness in Hospital Elderly: What are the risk factors. Geriatric Nursing 14(6): 311-314.
- Pruden, E.P.S. (1991). Roy adaptation model testing, dyadic adaptation, social support, and loneliness in COPD dyads. PhD University of South Carolina. Dissertation Abstract International 52(12): 6320B.
- Revenson, T.A., and Johnson, J.L. (1984). Social and demographic correlates of loneliness in late life. American Journal of Community Psychology 12: 71-85.
- Ritche, J.A., et al. (1984). Concerns of acutely ill, chronically ill and healthy preschool children. Research in Nursing and Health 7: 265-274.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press.
- Russell, D.W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment 66 (1): 20- 40.
- Russell, D.W., Peplau, L.A., and Cutrona, C.E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Current and Discriminant Validity Evidence. Journal of Personality and Social Psychology 39: 472-480.
- Russell, D.W., Peplau, L.A., and Ferguson, M.L. (1978). Developing a measure of loneliness. Journal of Personality Assessment 42: 290-294.
- Ryan, M.C., and Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. Journal of Gerontological Nursing 13 (5): 7-11.
- Salzman, C., and Lebowitz, D. (1991). Anxiety in the elderly. New York: Springer.
- Scalise, J.J., Ginter, E.J., and Gerstein, L.H. (1984). A multidimensional loneliness measure: The Loneliness Rating Scale (LRS). Journal of Personality Assessment 48: 525-530.
- Schaefer, C., et al. (1981). The health related function of social support. Journal of Behavioral Medicine 4 (March-December): 381-405.

- Schmitt, J.P., and Kurdek, L.A. (1985). Age and gender differences in and personality correlates of loneliness in different relationships. Journal of Personality Assessment 49: 485-496.
- Shultz, C.M. (1993). Loneliness. In R.P. Rawlins; S. Williams; and C.K.Beck (eds), Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach, pp.432-450. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Schultz, N.R., and Moore, D. (1984). Loneliness: Correlates, attributions, and coping among older adults. Personality and Social Psychology Bulletin 10: 67-77.
- Shacham, A. (1983). A shortened Version of the Profile of Mood States. Journal of Personality Assessment 47(3): 305-306.
- Shin, Y.H., and Colling,K.B. (2000). Cultural Verification and Application of the Profile of Mood States (POMS) With Korean Elders. Western Journal of Nursing Research 22(1): 68-83.
- Snyder, C.R., and Forsyth, D.R. (1991). Handbook of social and clinical psychology: the health perspective. New York: Pergamon Press.
- Specht, J.K.P. (2003). Gender and Aging. Journal of Gerontological Nursing 3(17): 3-4.
- Stabb, A.S., and Hodges, L.C. (1996). Essentials of Gerontological Nursing. Philadelphia: Lippincott Company.
- Stanley, M. and Beare, P.G. (1995). Gerontological Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stone, J.T. (1991). Preventing Physical Iatrogenic Problems. In W.C. Chenitz; J.T. Stone; and S.A. Salisbery (eds.), Clinical Gerontological Nursing: A guide to Advanced Practice, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Stewart, M.J. (1993) Intergrating social support in nursing. California: SAGE.
- Strauss, A.L. (1975). Chronic illness and Quality of life. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (1991). Principle and Practice of Psychiatric Nursing. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Sutherland, H.J., Walker, P., and Till, T.E. (1988). The Development of a method of determining oncology patients' distress using linear analogue scale. Cancer Nursing 11: 303-308.

- Taft, L.B. (1985). Self-esteem in later life: a nursing perspective. Advance in Nursing Science 8: 77-84.
- Taylor, C.M. (1986). Essential of psychiatric nursing. London: C.V. Mosby.
- Taylor, C., Lillis, C., and Lemone, P. (1989). Fundamental of nursing: the art and science of nursing care. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior 23: 145-159.
- Thompson, J.M., McFarland, G.K., and Hirsch, J.E. (1986). Clinical Nursing. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Tilden, V.P., and Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. Nursing Clinical of North America 22: 613 - 620.
- Valente, S.M., and Sellers, J.R. (1990). Effective coping. In D.M. Corr; C.A. Corr (eds.), Nursing care in an aging society, pp.359-376. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Vellbona, C. and Baker, S.B. (1984). Physical Fitness Prospects in the Elderly. Archives of Physical Medical and Rehabilitation 65: 194 – 200.
- Walker, D., and Beauchene, R.E. (1991). The relationship of loneliness, social isolation and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. Journal of the American Dietetic Association 19: 300-305.
- Wallace, J.R., Cunningham, T.F., and Monte, V. (1984). Changes in the relationship between self esteem and locus of control. The Journal of Social Psychology 12: 261-262.
- Wilkinson, L., and Pierce, L. (1997). The lived experience of aloneness for older women currently being treated for depression. Issues in Mental Health Nursing 18 (2): 99-111.
- Windriver, W. (1993). Social isolation: unit based activities for impaired elders. Journal of Gerontological Nursing 19(13): 15-22.
- Wright, L.M. (1975) . A symbolic tree: Loneliness is the root, delusion are the leaves. Journal of Psychiatric Nursing 13(51): 30-35.

Zack, M.V. (1985). Loneliness: A concept relevant to the care of dying persons. Nursing Clinics of North America 20(2): 403-413.

Zung, W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorder. Psychosomatic 12(6): 371-379.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

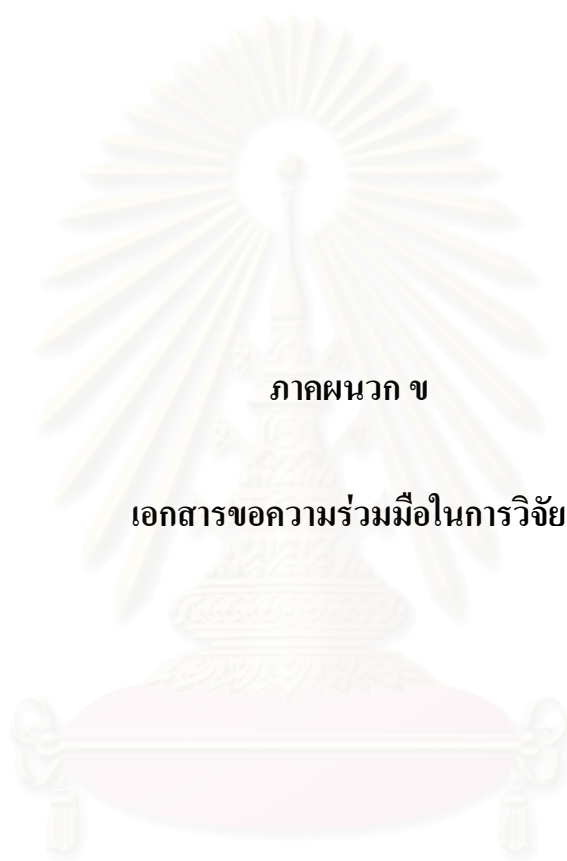
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิษณุภรณ์ มูลศิลป์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนาคัตย์เชื้อ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางพจนา สุพรรณสมบุรณ์ หัวหน้างานการพยาบาลอายุรกรรม
โรงพยาบาลราชวิถี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

เอกสารขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศส 0512.11/ 6๒6

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ มีนาคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี อ.รช.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตให้นิสิตใช้ เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด คือ แบบวัดความว่าเหว วิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบ กลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ" ของ เรือเอกหญิงวัลลภา โคสิตานนท์ ปี พ.ศ. 2542

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจูดิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ รช.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9808

ชื่อนิสิต นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ โทร. 02-9148163 ก๒

ที่ ศธ 0512 11/ 604

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน ประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยที่ติดเกี่ยวกับความไว้วางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี
อ.รช.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตให้นิสิตใช้
เครื่องมือการวิจัย 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม วิทยานิพนธ์เรื่อง "แรงสนับสนุนทางสังคม ความ
รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย" ของ
จันทร์ พุ่มวงศิริวัฒน์ ปี พ.ศ. 2536

2. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง วิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของการให้คำปรึกษาแบบ
ประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจใน
ผู้ป่วยระยะปลายกมลคุณที่ได้รับการรักษา" ของ ผ่องศรี ศรีมรกต ปี พ.ศ. 2536

ผู้เรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ
อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

- อ.หญิง
- อ.หญิง
Nov 2547
31 มี.ค. 47

ขอแสดงความนับถือ
ศิริณี ประจักษ์กุล
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์กุล)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนา ให้
งานบัณฑิตศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ รช.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาลัดย์ โทร. 02-218-9808
ผู้นิสิิต นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ โทร. 02-9148163 กต2

ที่ ศธ 0512.11/ 724

ภาคที่
วันที่ 1	19 เม.ย. 2547
ครั้งที่ 2
ครั้งที่ 3 เวลา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/6 เมษายน 2547

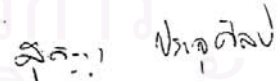
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย 1 ชุด คือ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย" (2536)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ โทร. 0-2914-8163 กต 2

(สำเนา)

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๗/๑๑๐๔

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กทม.๑๐๔๐๐

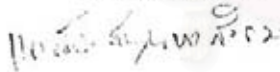
๒๗ เมษายน ๒๕๕๗

เรื่อง ยินดีให้ความร่วมมือ
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๗๒๔
ลงวันที่ ๑๖ เมษายน ๒๕๕๗

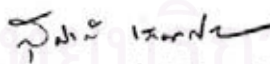
คามหนังสือที่อ้างถึงคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แจ้งว่า นางสาวเพ็ญพโยม
เชยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไว้วางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล"
จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์
จากวิทยานิพนธ์เรื่อง "แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว
ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย" (๒๕๓๖) คามรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง
ยินดีให้ความร่วมมือและ โปรดแจ้งให้นิสิตติดต่อโดยตรงกับ นางสาวพรนงนที สารบรรณ
ณ หน่วยหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โทร. ๐-๒๖๒๐๑-๑๖๗๓

จึงเรียนมาเพื่อทราบ



ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์สุปราณี เสนาคิสัย)
หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ สำนักวิชา - สำนักงานภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มุกดา/รุ่ง/ตรวจ
โทร. ๐-๒๓๕๔-๗๓๐๒, ๐-๒๓๕๔-๐๕๕๕ / ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
โทรสาร ๐-๒๓๕๔-๗๒๖๕ แก้วใจ/พิมพ์



ที่ ศร 0512.11/ ๗๘๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๕ เมษายน 2547

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญภรณ์ มูลศิลป์

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญพโยม เชนสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สิริ-นุ ประจวบดิษฐ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจวบดิษฐ์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9808

นางสาวเพ็ญพโยม เชนสมบัติ โทร. 02-9148163 กด2



ที่ ศธ 0512.11/ ๗๘/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒๙ เมษายน 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ

เนื่องด้วย นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" โดยมี อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน และเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล 4) แบบสอบถามภาวะอารมณ์ 5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 6) แบบวัดความว่าหว ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ดร. สุภัทญา ประจักษ์ศิลป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัทญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ โทร. 02-9148163 กด2



ที่ ศธ 0512.11/ 1016

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วยนางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไว้วางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” โดยมีอาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยใน จำนวน 15 คน และเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล 4) แบบสอบถามภาวะอารมณ์ 5) แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง และ 6) แบบวัดความไว้วางใจ ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ประจุกสิลา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกสิลา)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำแหน่งเรียน

หัวหน้ากองการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ โทร. 0-2914-8163 กค 2



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย
เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวู่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะอารมณ์
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 6 แบบวัดความว่าหวู่ในผู้ป่วยสูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย \surd หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตรงกับคำตอบของท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ ปี
3. รายได้ของตนเอง บาทต่อเดือน
4. ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล วัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ผู้วิจัยบันทึกเอง)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับกรกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำอะไรได้บ้างหรือทำได้อยู่จริง ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ ให้ผู้วิจัยพิจารณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ หน้าข้อความที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกระทำกิจกรรมนั้นได้ตามความเป็นจริง

1. การรับประทานอาหาร

- () 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน
- () 1 ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- () 2 ดักอาหาร และช่วยเหลือตัวเองได้ดี

9. การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

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

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบการรับรู้ของท่าน ในการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
 เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
 ไม่เห็นด้วย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน			
	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
1. ท่านได้รับความสนใจเอาใจใส่ในทุกข์สุข				
2. ท่านสามารถพูดคุยปัญหาต่างๆกับพยาบาลได้				
10.				

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะอารมณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน ที่มีต่อตนเอง ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านในขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด แล้วทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องด้านขวามือโดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- มากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 มาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 ปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
 เล็กน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
 ไม่รู้สึก (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่รู้สึก (1)
ขณะท่านนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ท่านรู้สึกอย่างไรบ้าง					
1. โกรธ					
2. ปลอดภัย					
33					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน ที่มีต่อตนเอง ในแต่ละข้อคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ขอให้ท่านพิจารณาข้อความ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือโดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- ตลอดเวลา (4) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา
 บ่อย (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้บ่อย
 นานๆ ครั้ง (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้นานๆ ครั้ง
 ไม่เลย (1) หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	ตลอดเวลา (4)	บ่อย (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เลย (1)
1. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น				
2. ท่านรู้สึกว่าท่านยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
10.				

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด แล้วทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องด้านขวามือโดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

บ่อยมาก/เป็นประจำ (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด


บ่อย (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

นานๆ ครั้ง (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย

ไม่เลย (1) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	ระดับความรู้สึก			
	บ่อยมาก/ เป็นประจำ (4)	บ่อย (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่เลย (1)
1. ท่านรู้สึกว่าคุณเข้ากันได้ดีกับคนรอบข้าง				
2. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่มีเพื่อน				
20.				

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่
เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวเพ็ญพโยม เชยสมบัติ

ที่อยู่ 2 ต. พุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02-9149163 กต2

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย
รวมทั้งทราบถึงผลดี ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับ
การศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษา
นี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้ทำการวิจัย และการถอนตัวจากการศึกษานี้ จะ
ไม่มีผลใดๆต่อการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งู้ออนใจที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....

สถานที่ / วันที่

.....

(.....)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

.....

(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญพโยม เชนสมบัติ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2460052 ต่อ 3400
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 02- 9148163 กด 2
E-mail : Penpayome.C @ student.chula.ac.th
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ
 - 4.2.1 เพื่อศึกษาความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 4.3 เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้อมูลซึ่งอาจจะระบุถึงผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ให้ข้อมูล
5. ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม 6 ชุด ซึ่งประกอบด้วย
 - 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

- 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 3) แบบสอบถามการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล
 - 4) แบบสอบถามภาวะอารมณ์
 - 5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 - 6) แบบวัดความวิตกกังวล
6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสาวเพ็ญพโยม เขยสมบัติ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 02-9148163 กด 2
7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าในฐานะผู้ร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว
9. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับแต่ประการใด
10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือข้าพเจ้าที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของข้าพเจ้า จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยคณะกรรมการวิจัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
12. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 140 คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หนังสืออนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88183

ที่ ศษ 0512.25/ ๒๖7/2547

วันที่ 29 เมษายน 2547

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 4/2547 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 8 เมษายน 2547 ที่ประชุมได้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" (Relationships between Selected Factors and Loneliness of Hospitalized Chronically Ill Elderly Patients) ซึ่งมี นางสาวเพ็ญโพยม เชนสมบัติ เป็นผู้วิจัยหลัก ที่ประชุมได้พิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์ และมีมติให้มีข้อเสนอแนะสำหรับแก้ไขโครงการวิทยานิพนธ์เพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

1. Exclusion Criteria ควรจะคัดเลือกให้เหมาะสมกับเรื่องของความว้าเหว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะตามความเหมาะสม และเมื่อได้ดำเนินการแก้ไขแล้วขอความกรุณาให้ส่งเอกสารฉบับแก้ไขพร้อมชี้แจงรายละเอียดในการแก้ไขจำนวน 3 ชุด มายังฝ่ายเลขานุการ เพื่อนำเสนอในที่ประชุมในครั้งต่อไป และขอขอบพระคุณในความร่วมมืออย่างดียิ่ง มา ณ ที่นี้



(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทิศนประดิษฐ์)

ประธานคณะกรรมการฯ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางสาวเพ็ญโพยม เชนสมบัติ



คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

Q024q/47

ชั้น 5 อาคารพระมงกุฎเกล้าเวชวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์, โทรสาร (662) 354-7600-28 ต่อ 93681

ที่ ๕๗๕/2547

วันที่ 3 มิถุนายน 2547

เรื่อง แจงผลการพิจารณาโครงการวิจัย

เรียน นางสาวเพ็ญพยอม เรยสมบัติ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล" [Relationships between Selected Factors and Loneliness of the Hospitalized Chronically Ill Elderly Patients.] เพื่อพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและจริยธรรม จากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก เพื่อประกอบการพิจารณาสับสนุนการเก็บข้อมูล นั้น อนุมัติผ่านเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2547 เมื่อท่านได้ทำวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นลง กรุณาส่งวิทยานิพนธ์ของท่านมายังคณะอนุกรรมการฯ 1 ชุด

จึงเวียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ พันเอกหญิง

(ศรีลักษณ์ สิมะเสถียร)

รองประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก ทำการแทน
ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก

สถาบันจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ 0029.2(องค์กรแพทย์)/๕๕

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ มิถุนายน 2547

เรื่อง อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาลตำรวจ

เรียน คณะแพทยโยม เขยสมมติ

ตามที่ท่านได้ขอเสนอโครงการวิจัยวิทยานิพนธ์ โดยขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไวของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล” นั้น.-

คณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ ได้พิจารณาแล้ว เห็นว่า เป็นไปตามกฎเกณฑ์ของแพทยสภา ว่าด้วยเรื่องการวิจัยในมนุษย์ จึงอนุญาตให้ทำการวิจัยใน โครงการดังกล่าวได้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

พันตำรวจเอก

(สุรพล เกษประยูร)

ประธานอนุกรรมการการวิจัยในมนุษย์ องค์กรแพทย์
โรงพยาบาลตำรวจ

องค์กรแพทย์ โรงพยาบาลตำรวจ
โทร. 0-2252-8111-25

เอกสารรับรองโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยในคน
โรงพยาบาลราชวิถี

เอกสารเลขที่ 48 / 2547

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย) “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล”

(ภาษาอังกฤษ) “Relationships between selected factors and loneliness of the hospitalized
chronically ill elderly patients”

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวเพ็ญพโยม เศษสมบัติ
ตำแหน่ง -
สังกัดหน่วยงาน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 17 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2547

ลงนาม

(นายแพทย์สิริวัฒน์ อนันตพันธุ์พงศ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายสุรวิทย์ เศษสุวรรณนท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี



ภาคผนวก ฉ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแต่ละชุด ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Coefficient Cronbach Alpha) ดังนี้ (ประคอง วรรณสูต, 2542)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

เมื่อ α คือ สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม
 n คือ จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ คือ ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
 S_T^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. จำนวนค่าร้อยละ (Percentage) ของเพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ P คือ ค่าร้อยละ
 f คือ แทนความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ
 n คือ จำนวนรวมทั้งหมด

3. ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ \bar{X} คือ ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ คือ ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มีสูตรดังนี้

$$S.D. = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ คือ ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

N คือ จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

5. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สูตรที่ใช้ดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	คือ	สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
	Σx	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร x
	Σy	คือ	ผลรวมของข้อมูลที่วัดได้จากตัวแปร y
	Σxy	คือ	ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าของตัวแปร x และ y
	Σx^2	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร x
	Σy^2	คือ	ผลรวมของกำลังสองของข้อมูลจากตัวแปร y
	N	คือ	จำนวนข้อมูลหรือจำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

6. หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความว่าแหวนในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติ Point biserial correlation สูตรที่ใช้ ดังนี้

$$r_{pb} = \frac{y_1 - y_0}{S_y} \sqrt{\frac{n_1 n_2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	r_{pb}	คือ	สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล
	Y_1	คือ	ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 1
	Y_0	คือ	ค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มที่กำหนดรหัสค่าเป็น 0
	n_1	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดที่กำหนดรหัสค่าเป็น 1
	n_2	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดที่กำหนดรหัสค่าเป็น 0
	n	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n_1 + n_2$)
	S_y	คือ	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน

$$S_y = \sqrt{\frac{\Sigma y^2}{n-1} - \frac{(\Sigma y)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ y คือค่าเฉลี่ยตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กล่าวคือ ตัวแปรทุกตัวต้องเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และมีการแจกแจงแบบ Normal Distribution ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรทุกตัวเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และผู้วิจัยได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple correlation) โดยทดสอบว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นหรือไม่ โดยวิธี Scatter plot ระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ภาวะอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม Hair et al. (1996) กล่าวว่า ในกรณีที่ข้อมูลมีขนาดใหญ่ การแจกแจงที่ไม่เป็นโค้งปกติไม่มีอิทธิพลต่อผลการวิจัยมากนัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ตัวแปร	r_{pbis}	r	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	.040		ไม่สัมพันธ์
อายุ		.002	ไม่สัมพันธ์
รายได้		-.034	ไม่สัมพันธ์
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		-.064	ไม่สัมพันธ์
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล		-.250**	ต่ำ
ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล		-.013	ไม่สัมพันธ์
ภาวะอารมณ์		.625**	ปานกลาง
ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า		.682**	ปานกลาง
ด้านความกระปรี้กระเปร่า		-.196*	ต่ำ
ด้านความโกรธ		.680**	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		-.321**	ต่ำ

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

จากตารางที่ 13 ผลการวิเคราะห์พบว่า การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.250$, $-.321$ ตามลำดับ) ภาวะอารมณ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .625$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ภาวะอารมณ์ด้านความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และความโกรธ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .682$, $.680$ ตามลำดับ) ภาวะอารมณ์ด้านความกระปรี้กระเปร่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ กับความว่าหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.196$) แต่ เพศ อายุ รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระยะเวลาในการ

นอนโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์ กับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเพ็ญพโยม เชนสมบัติ เกิดวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2508 สำเร็จการศึกษา
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา ในปีการศึกษา 2541 ปัจจุบัน
ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 หอผู้ป่วยจักษุชาย โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร และได้
ลาศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2545



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย