

ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาล

ศตพร เทยานรงค์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

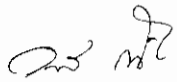
สิงหาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

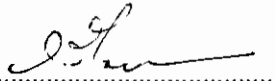
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ศตพร เทยณรงค์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

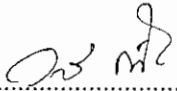

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)



..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

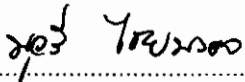

..... ประธาน
(ดร.รวีวรรณ เค้ากัณฑ์)


..... กรรมการ
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 26 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร.ชมนาด สุ่มเงิน อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และให้ความเมตตา ปรารภนาดีแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ มีความมุ่งมั่น และตั้งใจที่จะทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ให้ความเมตตา แนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณคณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ จนทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในขั้นตอนต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลวังน้ำเขียวทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ด้วยความรัก และห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณหัวหน้า พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และแผนกผู้ป่วยนอกที่มีส่วนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนเพื่อนรุ่นพี่ รุ่นน้อง ในสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่คอยเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในอำเภอวังน้ำเขียวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งทางธรรม ทางโลก ทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ และประสบความสำเร็จในการศึกษาในครั้งนี้

ศตพร เทษานรงค์

52920707: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความว้าเหว่/ ผู้สูงอายุ/ การสนับสนุนทางสังคม/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ศตพร เททยานรงค์: ปัจจัยทำนายความว้าเหว่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (FACTORS INFLUENCING LONELINESS AMONG THE ELDERLY WITH CHRONIC ILLNESS AT OUT PATIENT DEPARTMENT OF A HOSPITAL) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชมนาด สุ่มเงิน, Ph.D. วาริ กังใจ, พย.ด. 96 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์สนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .92, .86 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความว้าเหว่เท่ากับ 87.68 ($SD = 12.25$) การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความว้าเหว่ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 40.9 ($R^2 = .409$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ เพื่อช่วยป้องกันการเกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

52920707: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: LONELINESS/ OLDER ADULTS/ SOCIAL SUPPORT/ SELF-RATED HEALTH

SATAPORN THEYANARONG: FACTORS INFLUENCING LONELINESS AMONG THE ELDERLY WITH CHRONIC ILLNESS AT OUT PATIENT DEPARTMENT OF A HOSPITAL. ADVISORY COMMITTEE: CHOMMANARD SUMNGERN, Ph.D., WAREE KANGCHAI, D.N.S. 96 P. 2015.

The objectives of this predictive research were to study the loneliness and its predicting factors among the elderly who had one of five chronic diseases including diabetes mellitus, hypertension, heart disease, stroke and lower respiratory disease attending at outpatient department of a hospital. One hundred and twenty elderly who met inclusion criteria were randomly selected into the study. Health Perception Interview, Social Support Interview, Self Esteem Interview, and Loneliness Interview were used for data collection with the reliabilities of .80, .92, .86 and .85 respectively. Data analysis was performed using percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The results showed that the elderly perceived their loneliness at a moderate level ($M = 87.68$, $SD = 12.25$). Social support and health perception were only two significant predictors and together explained 40.9% of variance of loneliness of elderly ($R^2 = .409$, $p < .01$).

Findings recommended that nurses should concern about social support and health perception of the elderly with chronic illness which would help to prevent them from loneliness.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ	8
แนวคิดเกี่ยวกับความจำหวในผู้สูงอายุ	10
ปัจจัยทำนายความจำหวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	38
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	38
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	39
การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	40
4 ผลการวิจัย	41
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล	47
อภิปรายผลการวิจัย.....	48
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	51
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	52
บรรณานุกรม	53
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก	61
ภาคผนวก ข	64
ภาคผนวก ค	66
ภาคผนวก ง	79
ภาคผนวก จ	81
ภาคผนวก ฉ	83
ภาคผนวก ช	87
ภาคผนวก ซ	91
ประวัติย่อของผู้วิจัย	96

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	41
2	จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของความว่าเหว่.....	43
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแสดงในรูปตารางเมตทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix).....	44
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ คือ ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ	45
5	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหว่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	80
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ คือ ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ	82
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแสดงในรูปตารางเมตทริกสหสัมพันธ์	84
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุโดยรวม และรายชื่อ	88

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2	A model of the experience of loneliness	15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สถานะที่เรียกว่า “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.63 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากรประเทศไทย เกิดจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ การลดภาวะเจริญพันธุ์ และการลดการตาย (ถัดมา คำวิจารณ์, 2551) จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเท่านั้น ยังพบว่า เหนือการมีอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้สูงอายุก็น่าสนใจที่เพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย คือ เพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 78.1 ปี และเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยที่ 71.1 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเสื่อมสภาพตามวัยส่งผลให้ประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งปัญหาด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ และการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และบทบาทการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุ และพบว่าจากการทบทวนวรรณกรรม Miller (2009) ได้สรุปไว้ว่าอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่ยืนยาวขึ้นนั้นจะมีความเชื่อมโยงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะยาวมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ดัง Eliopoulos (2005) ได้ชี้ว่าโดยส่วนใหญ่แล้วเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญและจัดการตัวเองกับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานและโรคมักมีการดำเนินต่อไปอย่างช้า ๆ แบบไม่หยุดยั้ง จากสถิติโลกโรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคเรื้อรังในระบบหายใจ และเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ อย่างต่อเนื่องมายาวนาน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ข้อมูลของ WHO GLOBAL Status Report on Noncommunicable Disease-NCDs 2010 (GSR 2010) ว่าในปี ค.ศ. 2008 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังถึง 36 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 48 โรคมะเร็ง ร้อยละ 21 โรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 12 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 3 อีกทั้ง หน่วยงาน GSR 2010 ได้สนับสนุนกรอบในการทำงานเพื่อติดตาม ลดปัจจัยเสี่ยง และสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพรวมทั้งความสามารถและความรับผิดชอบในการประเมินและจัดการโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ (World Health Organization [WHO], 2011, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหลายปัจจัย (ชวลีกร ปัญญา, 2557) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกคัดสรรปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยตามแนวคิดของ Perlman and Paplau (1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพศเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำนายความว่าเหวของบุคคล ดังที่ Perlman and Peplau สรุปไว้จากการเผยแพร่เดียวกันนี้ถึงการสำรวจความว่าเหวของคนที่พักอาศัยอยู่บริเวณ Southwestern Ontario ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาสรุปว่าชี้ให้เห็นว่า ความว่าเหวเป็นปัญหาที่รุนแรงในกลุ่มอายุ มากกว่า 65 ปี โดยความว่าเหวจะสูงที่สุดในช่วงประมาณ 18-24 ปี แล้วจะค่อยลดลงลงจนกระทั่งช่วงอายุ 45-85 ปี จะมีระดับความว่าเหวที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 10 นอกจากนี้ความว่าเหวยังขึ้นอยู่กับอายุด้วย ดังการศึกษาของ Stickley et al. (2013) ที่เผยแพร่ งานวิจัยเกี่ยวกับความว่าเหวที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัยใน 9 ประเทศในสหภาพโซเวียต โดยศึกษาในกลุ่มช่วงอายุ ตั้งแต่ 18-60 ปี ในการศึกษาแบ่งกลุ่มอายุดังนี้ กลุ่มที่ 1 อายุ 18-29 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 30-39 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 40-49 ปี กลุ่มที่ 4 อายุ 50-59 ปี และกลุ่มที่ 5 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยผลวิจัยพบว่า ผู้ที่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความว่าเหวมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ความเพียงพอของรายได้นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งทำให้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะผู้คน และร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและครอบครัวรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย หรือประสบปัญหาความยากจน อาจทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความเครียด นำไปสู่ปัญหาของการย้ายถิ่นของบุตรหลาน ต้องละทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเมื่อตนเองมีปัญหาสุขภาพ (Sumngern, 2011) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจิตใจและเกิดความว่าเหวขึ้นได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากประสิทธิภาพการทำงานในภาพรวมภายใต้ความเสื่อมของร่างกาย และสมรรถภาพการทำงานที่ลดลงของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยจะไม่มีลูกหลานดูแลก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวได้ ซึ่ง Hazer and Boylu (2010) ได้แบ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (Very good) ดี (Good) ไม่เลว (Not bad) และแย่ (Bad) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายความว่าเหวได้

แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุที่รับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากมีแนวโน้มเกิดความหวาดได้สูง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค การเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมโรคได้ และไม่สามารถควบคุมโรคได้ ในบางช่วงที่อาการกำเริบรุนแรงต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือการรักษาวิธีใหม่ ๆ เพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความช่วยเหลือที่ต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้มักจะได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ หรือเครือข่ายทางสังคม เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก มีความรู้สึกปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นในตนเอง (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) ดังการศึกษาของ Hazer and Boylu (2010) ผู้สูงอายุที่มีญาติหรือบุตรหลานเดินทางไปมาหาสู่หรือเยี่ยมเยียนจากบุตรหลานและเครือญาติบ่อยครั้งจะช่วยลดความรู้สึกว่าเหว่ นอกจากนี้การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมยังเป็นเสมือนกันชนหรือตัวปรับสมดุล (Buffer) ของผลกระทบจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและรบกวนความพึงพอใจของชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยขัดขวางผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม ภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต นักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 ลักษณะ คือ ความหมายในเชิงของบทบาทหน้าที่ (Functional) หมายถึง ความสัมพันธ์ในเชิงพฤติกรรมและการกระทำของบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้น ๆ และความหมายในเชิงโครงสร้าง (Structural) หมายถึง กลุ่มของเครือข่ายสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือสมาชิกในกลุ่ม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยสูงอายุ กระบวนการพัฒนาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงลงมากในช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยสูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ บทบาททางสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นการรับรู้จากภายในจิตใจของบุคคล จากการตัดสินใจว่าคุณค่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่ามีซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหว่ของบุคคล โดยผู้ที่รู้สึกรู้ว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้มากขึ้น (Baarsen, 2000) ดังการศึกษาของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2548) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความหวาดในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้

โรงพยาบาลวังน้ำเขียวเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล จำนวน 11 โรงพยาบาล มีบทบาทหนึ่งในการดูแลรักษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอวังน้ำเขียว ซึ่งมีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมารับบริการจำนวนมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ คือ ร้อยละ 45 ของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาทั้งหมด (สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, 2556) กระทรวงสาธารณสุขได้ระบุว่าโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นกลุ่มโรคที่มีความสำคัญและผลกระทบไม่เพียงแต่ตัวผู้สูงอายุ แต่ยังมีผลต่อครอบครัว ชุมชน และงบประมาณแผ่นดิน จึงมีนโยบายให้ทุกหน่วยงานทางด้านการสาธารณสุขรวมทั้งโรงพยาบาลมีบทบาทในการดูแลรักษาและฟื้นฟู รวมทั้งการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556 ข)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังย่อมมีผลกระทบกับสภาวะจิตใจทำให้เกิดความหว้าเหว่ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย ลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความรู้สึก สัมพันธภาพ สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต และความสัมพันธ์ของบุคคลใกล้ชิด สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาถึงความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเลือกปัจจัยได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรเพศ อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งยังไม่มีใครศึกษามาก่อน และหวังว่าผลการวิจัยที่ได้จะนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลให้มีความหว้าเหว่ลดน้อยลงและมีแนวทางในการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีตามภาวะสุขภาพและสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

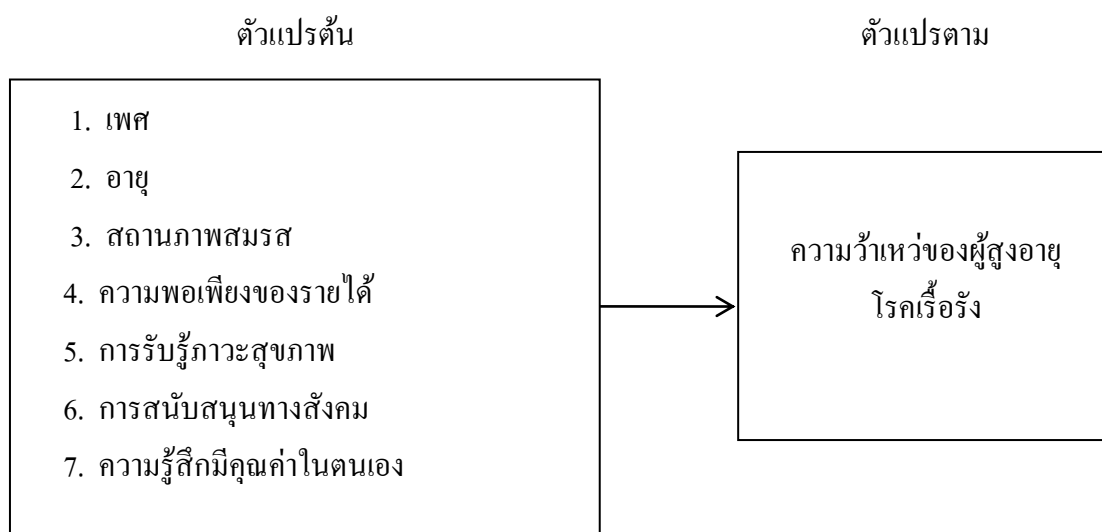
1. เพื่อศึกษาระดับความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้ำเขียว อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความหว้าเหว่ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้ำเขียว อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดความว่าเหว (Loneliness) ของ Perlman and Peplau (1998) ซึ่งกล่าวว่า ความว่าเหวเกิดจากสาเหตุปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะ และปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยวิเคราะห์ความว่าเหวว่าเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถทนอยู่ได้เมื่ออยู่คนเดียวโดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกิดความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น นอกจากนั้นความว่าเหวเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือสัมพันธภาพที่มีความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรักไม่มีใครเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย และแยกตัวออกจากสังคม การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดดังกล่าว สรุปว่าปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะสามารถร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ในอำเภอมวกน้ำเขียว จังหวัด นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 120 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยสุ่มตัวอย่างจาก ประชากร

ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. ตัวแปรตาม คือ ความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรกระบบทางเดินหายใจ ส่วนล่าง โดยโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่างประกอบไปด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (ตำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556 ข) ที่มารับการตรวจรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว อำเภอมวกน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2557

ความว่าเหวของผู้สูงอายุ หมายถึง สถานะหนึ่งที่ทุกคนเคยมีประสบการณ์ไม่มากนักน้อย และมีผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะของแต่ละคน เช่น บุคลิกภาพ ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ชีวิตอื่น ๆ แนวคิดความว่าเหวได้ถูกสร้างและพัฒนาขึ้น เพื่อนำมาใช้ในงานวิชาการในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่ง Perlman and Peplau (1998) ได้ให้ความหมายของความว่าเหวว่าเป็นประสบการณ์นามธรรมที่ไม่พึงปรารถนา เป็นความรู้สึกไม่สบายใจและเป็นสัญญาณเตือนของความเจ็บปวดที่บางส่วนสำคัญของความสัมพันธ์ทางสังคมในบุคคลขาดหายไปซึ่งเกิดจากความบกพร่องในสัมพันธภาพของบุคคลในด้านคุณภาพ หรือปริมาณก็ได้ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึก ซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย และแยกตัว ออกจากสังคม ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุ ของ เปรมฤดี ศรีราม (2539)

ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อความสมดุลของรายได้ที่รับกับรายจ่ายในแต่ละเดือน โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมิน แบ่งเป็น เพียงพอ คือมีรายได้กับรายจ่ายสมดุลกัน หรือมีรายได้มากกว่ารายจ่าย และไม่เพียงพอ คือ มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และสภาพร่างกายที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตนเอง ได้แก่ มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย และมีโรคประจำตัว และสามารถประเมินด้วย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับการจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตทั้งในรูปแบบช่วยเหลือ และการปกป้องดูแล ประเมินด้วย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert (2003)

ความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกี่ยวกับตนเองจากการตัดสินใจคุณค่าของตนเองและการแสดงออกในรูปของทัศนคติที่ผู้สูงอายุมิต่อตัวเอง ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้สูงอายุ ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชุติเดช เกียนคอน (2554)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความว่าห่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับความว่าห่วยในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความว่าห่วยในผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยมีการแบ่งช่วงอายุในผู้สูงอายุไว้ในหลายลักษณะ ดังเช่น องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุที่เพิ่มขึ้น โดยแบ่งออกเป็น ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จัดเป็นผู้ที่ยังชราไม่มาก เป็นวัยที่สามารถทำงานได้ถ้ามีสุขภาพดี คนชรา (Old) คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปี ซึ่งถือเป็นผู้ที่ชราแล้ว และคนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ในขณะที่ Eliopoulos (2005) ได้แบ่งเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือ ผู้ที่มีช่วงอายุ 65-75 ปี ผู้สูงอายุขึ้น (Old) คือ ผู้ที่มีช่วงอายุ 75-85 ปี ผู้สูงอายุมาก (Old old) คือ ผู้ที่มีอายุ 85-100 ปี และ ผู้สูงอายุมากมาก (Elite old) คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 100 ปี สำหรับ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556) ได้แบ่งอายุของผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามช่วงวัย คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุตามหลักของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความหมายของโรคเรื้อรัง

โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญและจัดการตัวเองกับความเจ็บป่วยเป็นระยะยาวนานและโรคมักมีการดำเนินต่อไปอย่างช้า ๆ แบบไม่หยุดยั้ง จากสถิติโลก โรคเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น โรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง มะเร็ง โรคเรื้อรังในระบบหายใจ และเบาหวาน เป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ อย่างต่อเนื่องมายาวนาน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่ข้อมูลของ WHO GLOBAL Status Report on Noncommunicable Disease-NCDs 2010 (GSR 2010) ว่าในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเรื้อรังถึง 36 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 48 โรคมะเร็ง ร้อยละ 21 โรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 12 และ โรคเบาหวาน ร้อยละ 3 อีกทั้ง หน่วยงาน GSR 2010 ได้สนับสนุนกรอบในการทำงานเพื่อติดตาม ลดปัจจัยเสี่ยง และสร้าง

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมทั้งความสามารถและความรับผิดชอบในการประเมินและจัดการโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ (WHO, 2011, 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีหน่วยงานและนักวิชาการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง สรุปได้ดังนี้

The Commission on Chronic Illness (1953 อ้างถึงใน สิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) ได้ให้นิยามของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึง ภาวะบกพร่องหรือภาวะเบี่ยงเบนไปจากปกติซึ่งมีลักษณะอาการเหล่านี้ 1 อาการหรือมากกว่า คือ 1) มีการเปลี่ยนแปลงแบบถาวร 2) ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ 3) เกิดจากพยาธิวิทยาที่ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่สามารถกลับคืนดั้งเดิมได้ 4) ผู้ป่วยต้องการการฝึกปฏิบัติแบบพิเศษเพื่อฟื้นฟูสภาพ และ 5) คาดว่าอาจต้องการการติดตาม การสังเกตอาการ หรือการดูแลในระยะยาว

Garrison (2000 อ้างถึงใน สิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วย ที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและทางเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือและการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

Adelman (2001) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง อาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่ต้องการการติดตามและหรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บป่วย นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นการรวมเอาอาการเข้าด้วยกันที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อน และปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากการมีชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

สรุปโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปที่มีความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคจากกลุ่มโรคเหล่านี้ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง แล้วมีผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จากการทำให้เกิดการเสียหายที่หรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรไม่สามารถกลับไปมีอาการดั้งเดิมได้ ยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ต้องการการติดตาม สังเกตอาการและการดูแลติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลที่หลากหลายและซับซ้อน ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

วิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

วิถีของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง (Trajectory of chronic illness) ได้ถูกสร้างหรือพัฒนา โดย Corbin and Strauss (1980 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549) เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจกับประสบการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและสามารถนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยวิถีของความเจ็บป่วยจะสามารถอธิบายถึงความต่อเนื่องของการดำเนินโรคเรื้อรัง แต่การดำเนินโรคไม่ได้เป็นไปตามระยะต่าง ๆ ที่กำหนดไว้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนหรือเส้นตรง แต่สามารถย้อนกลับไปได้ นอกจากนั้นช่วงเวลาในแต่ละระยะมีช่วงเวลาที่ไม่นั่นอนขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภูมิหลังหรือพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ความเชื่อและประสบการณ์ชีวิตอื่น ๆ รวมทั้งการดูแลรักษาตนเองของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับระบบการดูแลจากทีมงานด้านสุขภาพ วิถีของความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มี 9 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มแรก หรือระยะป้องกัน (Pretrajectory phase) 2) ระยะเกิดอาการและอาการแสดงของโรครากฐานขึ้นและมีการวินิจฉัยโรค (Trajectory phase) 3) อาการแสดงความเจ็บป่วยอยู่ภายใต้การควบคุมและจัดการ (Stable phase) 4) ระยะขาดความสามารถในการรักษา/ ควบคุมอาการที่เกิดขึ้น (Unstable phase) 5) ระยะที่เกิดความรุนแรงและอาการแสดงรวมทั้งอาการแทรกซ้อนที่ไม่สามารถบรรเทาได้ (Acute phase) 6) ระยะที่ชีวิตถูกคุกคามและต้องการการรักษาที่เร่งด่วน (Crisis phase) 7) ระยะที่มีการย้อนกลับของความเจ็บป่วยในช่วงที่มีการควบคุมโรคได้ที่ละนิดและเป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับว่าเกิดการเจ็บป่วย (Comeback) 8) ระยะที่มีอาการแสดง ความเจ็บป่วย และความพิการเพิ่มขึ้น (Downward phase) และ 9) ระยะที่อาการและความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเรื่อยจนกระทั่งร่างกายหยุดการทำงานอย่างรวดเร็ว (Dying phase)

แนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ความว้าเหวเป็นภาวะหนึ่งที่ทุกคนเคยมีประสบการณ์ไม่มากนักน้อยและมีผลกระทบต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยเฉพาะของแต่ละคน เช่น บุคลิกภาพ ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ชีวิตอื่น ๆ แนวคิดความว้าเหวได้ถูกสร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อนำมาใช้ในงานวิชาการในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่ง Perlman and Peplau (1998) ได้ให้ความหมายของความว้าเหวว่าเป็นประสบการณ์นามธรรมที่ไม่พึงปรารถนา เป็นความรู้สึกไม่สบายใจและเป็นสัญญาณเตือนของความเจ็บปวดที่บางส่วนสำคัญของความสัมพันธ์ทางสังคมในบุคคลขาดหายไปซึ่งเกิดจากความบกพร่องในสัมพันธภาพของบุคคลในด้านคุณภาพ หรือปริมาณก็ได้

ความว้าเหวเป็นภาวะหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางดังเช่นผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมตามวัยและการเกิดพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย

อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ความว่าเหว่เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อองค์ประกอบของความรู้สึกว่าเหว่ ได้แก่ อารมณ์ การรับรู้ แรงจูงใจและพฤติกรรม และทำให้บุคคลเป็นทุกข์ใจจากการสูญเสียสัมพันธภาพหรือไม่มีสัมพันธภาพในแบบที่ตนคิดไว้ในใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไร้สาเหตุที่ชัดเจน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ โดดเดี่ยวและแยกตัวจากบุคคลอื่นและสังคม (เสาวนีย์ ไหมดี, 2550)

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหว่ได้ง่าย โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป รูปแบบของครอบครัวไทยได้เปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสน้อยที่จะให้คำปรึกษาแนะนำอบรมสั่งสอนบุตรหลาน การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุของบุตรหลานก็น้อยลงตามไปด้วยเป็นสัมพันธภาพที่ขาดหายไปจากสังคม (คำจันทร์ ร่มเย็น, 2550) ความว่าเหว่ เป็นปัญหาทางจิตใจที่รุนแรงปัญหาหนึ่ง เมื่อเกิดกับผู้สูงอายุ ก็ทำให้เกิดความไม่สบายใจ เกิดเป็นความทุกข์ทรมาน ความรู้สึกที่ว่าเหว่อาจเกิดชั่วคราว หรือนานเป็นปีก็ได้แล้วแต่สาเหตุและความรุนแรงของสาเหตุที่กระทบ และการปรับตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้จะดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเกิดความรู้สึกซึมเศร้า และนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ซึ่งมีนักจิตวิทยาและผู้รู้ได้กล่าวไว้หลายท่านดังนี้

Gierveld, Tilburg, and Dykstra (2006) ได้กล่าวว่า ความว่าเหว่ เป็นนามธรรมและเป็นประสบการณ์เชิงลบ ซึ่งผลลัพธ์ด้านสติปัญญาสัมพันธ์กันระหว่างปริมาณและคุณภาพของความสัมพันธ์ที่มีอยู่ และมาตรฐานความสัมพันธ์ ซึ่งจะตรงกันข้ามกับความต้องการมีส่วนร่วม

Sesenwain (1964) ได้กล่าวว่า ความว่าเหว่เป็นความรู้สึกที่ตนเองขาดสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น Francis (1981 cited in Rodgers, 1989) ได้ขยายความหมายของความรู้สึกว่าเหว่ ว่าเป็นความรู้สึกที่ทำให้ทุกข์ใจอย่างมากเป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ที่ไร้เหตุผลชัดเจน มีการแยกตัวออกจากบุคคลอื่น หรือหยุดทำกิจกรรมที่เคยมีความหมาย หรือความสำคัญที่เคยได้ทุ่มเทพลังงานในการกระทำ โดยความรู้สึกดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเป็นระยะสั้น ๆ

Robert (1986) กล่าวว่า ความว่าเหว่เป็นความปวดร้าวทางอารมณ์ เนื่องจากการไม่มีสัมพันธภาพที่มีความหมาย และความรู้สึกสะเทือนใจอย่างมาก เนื่องจากการแยกตัวและการพลัดพราก ความหมายนี้สอดคล้องกับที่ Ryan and Patterson (1987) ซึ่งได้อธิบายเกี่ยวกับความว่าเหว่ว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมถูกจำกัดทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ

สุธีรา ตั้งตระกูล (2538) ให้ความหมายว่า ความว้าเหว เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ แม้จะอยู่ท่ามกลางคนจำนวนมาก เป็นอารมณ์ที่ไม่มีความสุข ซึ่งเกิดขึ้นจากความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพที่ได้รับจากบุคคลรอบข้าง

สรุปได้ว่าความว้าเหวเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย และแยกตัวออกจากสังคม

ชนิดของความว้าเหว

การแบ่งชนิดของความว้าเหว สามารถแบ่งออกได้หลายแบบ ดังนี้

Pepplau (1988) ได้แบ่งชนิดของความว้าเหวโดยพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิด และตามลักษณะอารมณ์และสังคม ดังนี้

1. แบ่งตามช่วงเวลา คือ ความว้าเหวเป็นความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบายแบบรุนแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจจะเป็นแค่ชั่วคราวหรือเรื้อรังนานกว่านั้นก็ได้เพื่อใช้ในการทางคลินิกสำหรับนักจิตวิทยาผู้ซึ่งเป็นผู้รักษา โดยแบ่งความว้าเหวออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1.1 Transient loneliness (ความว้าเหวแบบชั่วคราว) เป็นลักษณะความว้าเหวที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีระยะเวลาไม่นาน

1.2 Situation loneliness (ความว้าเหวจากประสบการณ์ในชีวิต) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นหลังเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การเกษียณอายุการทำงานหรือราชการ การหย่าร้าง การย้ายที่อยู่หรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และการแยกจาก

1.3 Chronically loneliness (ความว้าเหวแบบเรื้อรัง) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพของตนกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน โดยที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาสัมพันธภาพให้ดีขึ้นได้

ในการแบ่งชนิดของความว้าเหวที่พิจารณาจากช่วงเวลาของ Pepplau (1988) นี้มีความสอดคล้องกับการแบ่งชนิดของความว้าเหวโดย Shultz (1993 อ้างถึงใน เพ็ญพโยม เชนสมบัติ, 2547) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ 1) ชนิดที่เกิดขึ้นชั่วคราวและหายไป (Transient loneliness) เนื่องจากต้องแยกจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้คนในสังคม ความว้าเหวอาจจะเกิดเป็นนาทีหรือนานเป็นชั่วโมงก็ได้ เมื่อได้พบปะเพื่อนฝูงหรือผู้คนอาการก็จะหายไป 2) ชนิดที่เกิดจากมีสถานการณ์สำคัญในชีวิตเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น (Situational loneliness) เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การที่ต้องออกจากงานเมื่อครบเกษียณอายุหรือการสูญเสียเพื่อนสนิท ความว้าเหวชนิดนี้อาจเกิดขึ้นและเป็นอยู่ได้เป็นระยะเวลานานบางทีอาจจะนานถึง 1 ปี และ 3) ชนิดเรื้อรัง (Chronic loneliness) เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่แสดงออก

อย่างผิด ๆ เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสนิทสนมหรือผูกพันกับสิ่งใดต่อไปอีกหรือถ้ามี ก็เป็นเพียงผิวเผินเท่านั้น ความว่าเหวชนิคนี้อยู่ในวิถีของการดำรงชีวิตตลอดไป

2. แบ่งตามลักษณะความว่าเหวทางอารมณ์ที่เป็นผลมาจากการสูญเสียทางสังคม คือ ความว่าเหวชนิคนี้อาจระบุลักษณะเฉพาะทางสังคมเข้าไปด้วย โดยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่นักวิชาการชอบนำมาจัดกลุ่มในชนิดของความว่าเหว ดังตัวอย่างของ Weiss (1973 cited in Peplau, 1988) แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหวทางอารมณ์ (Emotional loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย (Restlessness) และความรู้สึกว่างเปล่าไร้แก่นสาร (Emptiness) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการขาดสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับบุคคลอื่น เนื่องจากมีความรู้สึกว่าคุณเองมีรูปลักษณ์ที่ไม่ดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น (Physically unattractiveness)

2. ความว่าเหวทางสังคม (Social loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าสังคมนี้มีช่องว่าง มีการแบ่งแยก (Marginality) เป็นผลที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือมีความสำคัญต่อตน หรือขาดความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม หรือบุคคลนั้นไม่มีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์นั้น ๆ

Gierveld et al. (2006) ได้แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหวเชิงบวก (Positive loneliness) เป็นความว่าเหวที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ เช่น การเลิกดื่มสุราโดยการสมัครใจ โดยไม่รบกวนวิถีชีวิตและเป็นการปรับตัวไปสู่เป้าหมาย เช่น ปฏิบัติยาสะท้อนกลับ การใช้ยา และการสื่อสาร ปัจจุบันนี้ชนิดความว่าเหวเชิงบวกมีเพิ่มขึ้นอย่างอิสระตามแต่สถานการณ์

2. ความว่าเหวเชิงลบ (Negative loneliness) เป็นความว่าเหวที่มีความสัมพันธ์กับความไม่น่าพอใจ หรือ ความบกพร่องความสัมพันธ์ของบุคคลที่ไม่สามารถจะยอมรับได้

Francis (1981) ได้แบ่งความว่าเหวออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหวชนิดปฐมภูมิ (Primary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดขึ้นตามปกติขณะที่อยู่คนเดียว มีความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตปราศจากแก่นสาร ไม่อยากพบปะผู้คน และอยากแยกตัวออกจากสังคม

2. ความว่าเหวชนิดทุติยภูมิ (Secondary loneliness) เป็นความว่าเหวที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากมีการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก

Clark and Anderson (1980) ได้อธิบายชนิดของความว่าเหวว่ามีอยู่ 2 ชนิด ดังนี้

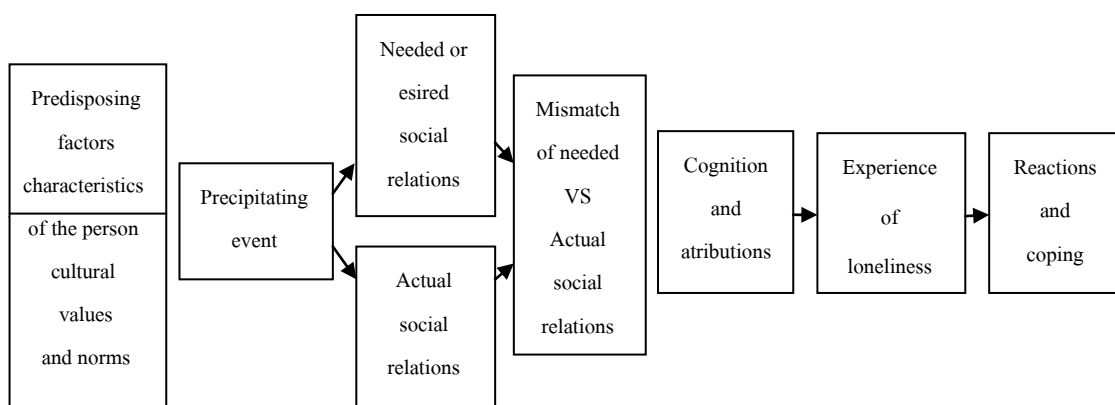
1. Existential loneliness หมายถึง ความว่าเหวอันเกิดขึ้นเสมอ ๆ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น บุคคลได้รับอุบัติเหตุต้องนอนอยู่นาน ๆ โดย

ไม่มีใครสนใจดูแล หรือบุคคลสูงอายุนั้นมีปัญหาทางด้านร่างกาย มีความรู้สึกเหมือนไม้ไผ่ลี้ผึ้ง ไม่มีลูกหลานคอยช่วยเหลือ มีความเจ็บเหงาในบั้นปลายของชีวิตสูง

2. Anxiety loneliness หมายถึง ความว้าเหวที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งภายในใจตนเองที่สะสมไว้เป็นเวลานาน ความขัดแย้งในใจเกิดจากความไม่สามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเอง ต้องมีพฤติกรรมเสแสร้ง เพื่อที่จะได้เป็นที่ปรารถนาหรือพอใจในสังคม การที่บุคคลไม่ได้แสดงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง อันเนื่องมาจากมาตรฐานของสังคม การต้องทำอะไรเพื่อรักษาชื่อเสียงเกียรติยศการเสาะแสวงหาความพึงพอใจจนเกินความสามารถ การแสวงหาความร่ำรวยจนเกินควร การไม่มีชีวิตอยู่อย่างเรียบง่ายตามธรรมชาติ การพยายามลอกเลียนแบบวัฒนธรรมทางตะวันตก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความว้าเหวสูง และเกิดความสับสนตนเองตลอดเวลา

กรอบการศึกษาแนวคิดความว้าเหว

Perlman and Peplau (1998) ได้พัฒนากรอบแนวคิดเกี่ยวกับความว้าเหว (Loneliness) ว่าประสบการณ์ความว้าเหว มีสาเหตุจากปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน คุณค่าทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคม เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวุ่นวายใจ ความต้องการไม่ตรงกันกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจริง ความรู้ความเข้าใจและสิ่งที่แสดงออกมา โดยวิเคราะห์ความว้าเหวว่าเป็นความไม่สมดุลของสัมพันธภาพทางสังคมกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถทนอยู่ได้เมื่ออยู่คนเดียว เกิดความว้าเหวโดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกิดการดูแลจากบุคคลอื่นดังตารางภาพที่ 2 นอกจากนี้ความว้าเหวเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรักไม่มีใครเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย และแยกตัวออกจากสังคม



ภาพที่ 2 A model of the experience of loneliness (Perlman & Peplau, 1998)

สาเหตุของความว้าเหว

Peplau (1988) กล่าวว่า สาเหตุของความว้าเหวเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว วิธีการทางปัญญา (Cognitive approach) แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior patterns) แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior patterns) ซึ่งจากการศึกษาทบทวนอาจสรุปสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุได้ 3 สาเหตุหลัก ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

การเจ็บป่วยทางกายอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุ และผลกระทบของการเกิดความว้าเหว (Killeen, 1998) กล่าวคือ ในผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือสุขภาพไม่ดี ทำให้ขาดโอกาสเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความว้าเหวได้ในที่สุด (Rane-Szostak & Herth, 1995) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทางด้านร่างกาย ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในระยะหลังของวงจรชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำหน้าที่ได้โดยมีขีดจำกัด อวัยวะภายในร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมอย่างเห็นได้ชัด ตั้งแต่ภายนอกร่างกาย คือ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีตกรกระ กล้ามเนื้อเหี่ยว หน้าตาเหี่ยวย่น บางคนหลังค่อม เคลื่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย กระดูกเปราะบางและหักง่าย พันมีโอกาสหักง่าย ประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นอาจแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนาบางรายกลับปีศาจจะไม่ไ้จะเกิดความละอายในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ แยกตัวออกจากสังคมทำให้มีโอกาสดเกิดความว้าเหวได้ง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรหลานของตนเองที่ต่างวัยต่างความรู้ ต่างประสบการณ์ ทัศนคติ ยังไม่พบความสุขความพอใจ ที่อบอุ่นลึกซึ้งเหมือนชีวิตในสมัยก่อน บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตัวเองออกไปอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความเหงา ความว้าเหว่ได้ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง เป็นหม้าย จะทำให้เกิดความว้าเหว่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลทำให้เกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อน มักจะอยู่กันเป็นแบบครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันสนิทแนบแน่นระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว แต่สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม กลายเป็นสังคมที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูง มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง มีความจำเป็นที่จะต้องเดินทางเคลื่อนย้ายแสวงหางานนอกหมู่บ้านและชุมชนที่ตนอยู่ ไม่สะดวกที่จะนำพ่อแม่และผู้สูงอายุไปด้วย นอกจากนี้บุตรหลานที่แต่งงานมีครอบครัวของตน ก็มักจะออกไปตั้งครอบครัวใหม่ เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าจะอยู่อย่างผู้อาศัยในครอบครัวเดิม อีกทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจบังคับให้บางครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุของฝ่ายบิดา และมารดาได้เหมือนในอดีตถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุบางกลุ่มจะมีฐานะดีพอที่จะเลี้ยงตนเองได้ก็ยังสามารถพบว่า การอยู่ร่วมกับผู้อื่นแม้แต่กับบุตรหลานของตนเองที่ต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์และทัศนคติ นั้น ยังไม่พบความสุขความพอใจที่อบอุ่นลึกซึ้งเหมือนชีวิตในสมัยก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น โดยไม่มีบุตรหลานมาดูแลใกล้ชิดดังเดิม บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตัวเองออกไปอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความเหงาว้าเหว่ได้

2.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง บุคคลที่มีความหมายในที่นี้ไม่ใช่เพียงบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังมีความหมายรวมถึงเพื่อนสนิทหรือผู้ใกล้ชิดสนิทสนมที่มีความผูกพันต่อกันด้วย การสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ ก็คือการตายของคู่ชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิต ภาระการเป็นหม้ายจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายอาจยังมีความต้องการทางเพศตกค้างอยู่ในจิตใจอยู่ แต่เป็นเรื่องที่ตนในสังคมไทยยังไม่ยอมรับว่าความต้องการนี้ยังคงอยู่ในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจ และนำไปสู่ความว้าเหว่ได้

2.3 การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ โดยการเข้าเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ การพบปะพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้เพื่อนใหม่ที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์กันได้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีคุณค่า การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง อาทิ สุขภาพร่างกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ และการคมนาคม

2.4 การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการดำเนินชีวิต ความว่าเหวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมากกับวิถีการดำเนินชีวิต ระดับของความว่าเหวขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่บุคคลหรือครอบครัวมี ในอดีตรวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคนในสังคมอย่างสม่ำเสมอ และเป็นคนเปิดเผย มีความรู้สึกสนุกสนานกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนรวมทั้งสามารถดำรงสภาพเช่นนี้ไว้ตลอดถึงในวัยท้ายชีวิต เขาจะมีความว่าเหวที่น้อยที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เคยเป็นคนขี้อายและพึงพิงคู่สมรสในทุก ๆ ด้านนั้น เมื่อเกิดการสูญเสียคู่สมรสไปจะทำให้มีความว่าเหวมากมีการแยกตัวออกจากสังคมและมีชีวิตอยู่ตามลำพังด้วยความทุกข์ทรมานนอกจากนี้ยังมีความต้องการที่จะอยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับบุตรหลานหรือสังคมภายนอกของผู้สูงอายุอีกลักษณะหนึ่ง โดยต้องการที่จะใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างเงียบ ๆ เช่น การบวชอยู่วัดของผู้สูงอายุบางราย ในกรณีเช่นนี้การแยกตัวไม่ได้ทำให้เกิดความว่าเหวแต่ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้

2.5 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับประเทศตะวันตกมากยิ่งขึ้น วัฒนธรรมไทยดั้งเดิมที่สอนให้เด็กกตัญญูรู้คุณบิดามารดาและญาติผู้ใหญ่ จะต้องทดแทนคุณด้วยการอุปการะเลี้ยงดู พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ก็เลยมูลค่าและเลื่อมใสมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เจตคติ ค่านิยมและความสนใจของผู้สูงอายุไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิมและมีความคิดอ่านคงที่ การแสดงออกเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างจะอยู่กับสิ่งเก่า ๆ ยึดมั่นต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มีการต่อต้านทุกรูปแบบในการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ ๆ ความคิดใหม่ ๆ โดยเฉพาะในรายที่มีการโยกย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในสังคมใหม่ มีขนบธรรมเนียมใหม่ หรือมีศาสนาใหม่ บุคคลเหล่านี้จะเกิดความคับข้องใจและเกิดความว่าเหวได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

โดยทั่วไปการตายของคู่ชีวิตเป็นสาเหตุใหญ่ของความว่าเหวประกอบกับการสูญเสียต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และกระทบกระเทือนใจง่าย ผู้สูงอายุบางคนอาจจะรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น ซึ่งบุตรหลานเกิดความรำคาญ ก็มักจะปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทำให้มีแนวโน้มที่จะ

เกิดความรู้สึกว่าเขาได้มาก การสูญเสียที่เพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุก่อให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศกมาก เมื่อไม่สามารถแก้ไขได้ จะนำไปสู่ความว่าเหว ความเสียใจ ความท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง แยกตนเองออกจากสังคมและอยากตาย

Shaver and Klinnert (1982) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความว่าเหวไว้ดังนี้

1. ปัจจัยจากสถานการณ์ที่จะมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลโดยทำให้ปริมาณและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง
2. ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เก็บตัวไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งในอารมณ์และความเครียดส่งผลให้มีความรู้สึกว่าเขาตลอดเวลา ซึ่งอิทธิพลหรือองค์ประกอบที่ส่งผลต่อสาเหตุการเกิดความว่าเหวทั้ง 2 สาเหตุ มีดังต่อไปนี้ ดังนี้
 - 2.1 อิทธิพลจากสถานการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ลดการติดต่อทางสังคมกับบุคคลอื่น และเป็นเหตุส่งเสริมสำหรับความรู้สึกว่าเหว เช่น การหย่าร้าง หรือการสูญเสียคู่ชีวิต การแยกครอบครัวเพื่อไปอยู่ในที่แห่งใหม่
 - 2.2 อิทธิพลจากลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เช่น ขี้อาย เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งในอารมณ์ มีความเครียด มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ไม่มีความยินดีในตนเอง มีทัศนคติในทางลบต่อการดำเนินชีวิต
 - 2.3 ทักษะทางสังคมและการสร้างความสัมพันธ์ มีลักษณะไม่ยอมรับผู้อื่น พุดน้อย ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ขอมรับไม่ยอมรับตัวเอง
 - 2.4 การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและวิธีเผชิญความรู้สึกว่าเหว การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มองเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาคได้ ลดความวิตกกังวลสอนวิธีเผชิญความรู้สึกนั้น โดยใช้กลยุทธ์หลายอย่างด้วยกัน เช่น ลดความต้องการที่ไม่จำเป็นลงเพิ่มปริมาณและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและประเมินความต้องการของตนเองใหม่ โดยลดความคาดหวังและความจริงใจให้ใกล้เคียงกัน

ผลกระทบของความว่าเหว

ความว่าเหวมีความเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ โดยมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย

Patrick and Cacioppo (2008) ได้กล่าวว่าความว่าเหวมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลคือทำให้เกิด ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การทำหน้าที่ของหัวใจและหลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มระดับของฮอร์โมนความเครียด และการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นกระบวนการสูงอายุ และในขณะเดียวกันการมี

ความว่าเหว้อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากความว่าเหว้มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้สุขภาพมีความเสื่อมเร็วขึ้น จากการศึกษาของ Cacioppo and Patrick (2008) พบว่าในผู้ที่มีความว่าเหว้จะมีความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายสูงกว่าผู้ที่ไม่ว่าเหว้ และในผู้ที่ไม่มีความว่าเหว้จะมีอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะการบีบของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ดีกว่าผู้ที่มีความว่าเหว้ และพบว่าผู้ที่ว่าเหว้มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี มากกว่าผู้ที่ไม่มีความว่าเหว้ ซึ่งในผู้ที่มีความว่าเหว้เรื้อรังอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การเป็นโรคเกี่ยวกับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง น้ำหนักอาจเพิ่มหรือลดจากการมีภาวะโภชนาการไม่ดี เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ

Hoffman (1991 อ้างถึงใน คำจันทร์ ร่มเย็น, 2550) ได้ระบุผลกระทบของความว่าเหว้ว่าผู้ที่มีความว่าเหว้จะแสดงออกมาใน 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 แบบแผนด้านอารมณ์ (Affective pattern) จะมีอาการของความรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง มีความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกโกรธ มีความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกผิด

2.2 แบบแผนด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive pattern) บุคคลจะมีการแปลความหมายของข้อมูล หรือสถานการณ์ผิดพลาด กระบวนการคิดบิดเบือน หากว่าความว่าเหว้ยังมีอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดตำหนิตนเอง เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความซึมเศร้าตามมา และไม่สามารถปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมได้ดีเหมือนเดิม

2.3 แบบแผนด้านพฤติกรรม (Behaviors pattern) จะมีความคิดหมกมุ่น ตำหนิตัวเอง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการอยู่คนเดียว และทำกิจกรรมตามลำพัง เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ และมีความคิดเพื่อฟื้นคืนนาการในสิ่งต่าง ๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมใช้ยา หรือสารเสพติด เช่น คีมสุรา หรือใช้ยานอนหลับ เป็นต้น ผู้ที่มีความว่าเหว้ทำให้ส่งผลกระทบต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต คือ ทำให้ความผาสุกในชีวิตลดลง และมีคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจต่ำลง หากผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว้ ไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือให้เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด (Holmén, Ericsson, Andersson, & Winblad, 1992) ซึ่งความว่าเหว้อาจไม่ใช่สาเหตุของการเสียชีวิตโดยตรง แต่ในผู้ที่มีความว่าเหว้เป็นเวลานาน และเลือกใช้วิธีการจัดการกับความว่าเหว้ไม่เหมาะสม เช่น การกินมากเกินไป การใช้สารเสพติด การดื่มเหล้า หรือวิธีอื่น ๆ เพื่อบรรเทาความว่าเหว้ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งวิธีการเหล่านั้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอายุขัยสั้นลง หรือเพิ่มอัตราเสี่ยงการเสียชีวิตที่เร็วขึ้น นอกจากนี้ Mcwhirter (1990 cited in Killeen, 1998) กล่าวว่า ความว่าเหว้และการขาดการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย และการ

ฆ่าตัวตายได้สำเร็จซึ่งบุคคลที่มีความว่าเหวจะมีความรู้สึกว่าเป็นโลกนี้ไม่มีใครให้ความสนใจหรือเอาใจใส่พวกเขา รู้สึกว่าตัวเองอยู่เพียงลำพังคนเดียวในโลก ไม่มีใครคิดถึงตน หากพวกเขาเสียชีวิตไป ก็คงจะไม่มีใครที่รู้สึกเศร้า เสียใจ วิธีการที่จะจบความรู้สึกทุกข์ทรมานเหล่านี้ได้ มีเพียงวิธีเดียวคือ การฆ่าตัวตาย ผู้ที่ว่าเหวจึงเลือกใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับพวกเขา (Killeen, 1998)

ลักษณะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ว่าเหว

Perlman and Peplau (1988) จำแนกลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ว่าเหว ดังนี้

1. แบบแผนอารมณ์ (Affective patterns) Rubenstein and Shaver (1982 cited in Perlman & Peplau, 1988) ได้แบ่งความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวไว้เป็นแบบแผนทางอารมณ์ 4 แบบ คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่อยากอดทน และความรู้สึกรังเกียจตัวเอง บุคคลที่ว่าเหวมักกว่าร้อยละ 60 จะมีความรู้สึกเหล่านี้มากกว่า 1 แบบ Young (1982 cited in Perlman & Peplau, 1988) กล่าวว่า วิธีจัดการกับความว่าเหวของแต่ละบุคคล ควรพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความว่าเหวที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกแบบใด เช่น ความว่าเหวที่ประกอบด้วยความรู้สึกโศกเศร้า เสียใจร่วมกับความรู้สึกซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจร่วมกับความกลัวหรือร่วมกับความรู้สึกโกรธและขมขื่น เป็นต้น นอกจากนี้ ความว่าเหวยังมีความสัมพันธ์สูงกับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกซึมเศร้าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การเป็นหม้ายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมดังกล่าวจะเป็นชนวนนำไปสู่ความรู้สึกว่าเหว

2. แบบแผนความคิด (Cognitive patterns) อาจกล่าวได้ว่า กระบวนการทางความคิดที่สำคัญที่เป็นสาเหตุหรือเกิดขึ้นควบคู่กับความว่าเหว มีอยู่ 3 ประการ ดังนี้

2.1 การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธภาพของตนเองกับผู้อื่น

2.2 การที่บุคคลมุ่งความสนใจในประสบการณ์ของตน โดยเฉพาะความรู้สึกภายใน

ของตน

2.3 การมองตนเองและผู้อื่นในทางลบ

ดังนั้น การช่วยเหลือบุคคลที่ว่าเหว นักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการให้ความหมายของบุคคลต่อสถานภาพทางสังคมของตนเอง ความรู้สึกว่าเหวมักเริ่มจากการดำเนินตนเองว่าล้มเหลวทางด้านสังคม ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น บันทึบความพยายามที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพทางสังคมของตนให้ลดต่ำลง

กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับความว่างเปล่า จะมุ่งเน้นที่แบบแผนของความขัดแย้งทางความคิดของความว่างเปล่า (Cognitive discrepancy model of loneliness) เป็นสำคัญขององค์ประกอบของความว่างเปล่าที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนทางอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดจิตใจ ที่บุคคลนั้นได้รับรู้และตั้งมาตรฐานไว้ในใจ เมื่อพิจารณาตามหลักการของแบบแผนของความขัดแย้งทางความคิด ความว่างเปล่าเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ของบุคคลว่าล้มเหลว เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานของสัมพันธภาพทางสังคมที่ตนตั้งไว้ในใจ ความขัดแย้งทางความคิดนี้มาจากมุมมองภายในตัวของบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองและสังคมของตนเองว่าเป็นเช่นใด ดังนั้นภายใต้สัมพันธภาพทางสังคมแบบเดียวกัน บุคคลหนึ่งอาจรู้สึกว่างเปล่า ขณะที่บุคคลอีกคนหนึ่งอาจจะรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคมนั้น ดังนั้น ความว่างเปล่าจึงสามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ด้วยการเปลี่ยนความคิดที่เป็นมาตรฐานทางสังคมของบุคคลนั้น Peplau (1988) จึงสนับสนุนวิธีการทางปัญญา (Cognitive approach) ในการบำบัดความว่างเปล่าหลักการที่สำคัญที่สุดของวิธีการทางปัญญาคือ ความเชื่อที่ว่าความคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเป็นสาเหตุของความว่างเปล่าโดยความคิดเป็นสื่อกลางระหว่างความรู้สึกบกพร่องทางสังคมกับประสบการณ์ความว่างเปล่าที่เกิดขึ้น แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior patterns) ยังมีการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนทางพฤติกรรมของผู้ว่างเปล่าน้อยมาก อย่างไรก็ตาม อาจสรุปได้ว่า ทักษะทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่ยังไม่แน่ชัดว่าทักษะทางสังคมเป็นเหตุหรือผลของความว่างเปล่า มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พอสรุปได้ว่า ในการสนทนาของผู้ที่มีความว่างเปล่า มักจะพูดถึงแต่ตนเองและไม่ค่อยตอบสนองต่อคำพูดของผู้อื่น และมีการเปิดเผยตนเองในเรื่องส่วนตัวเป็นบางเรื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่ว่างเปล่านั้นเป็นคนที่อายและลังเลที่จะเสี่ยงทางด้านสังคม

การวินิจฉัยความว่างเปล่า

Peplau (1988) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยความว่างเปล่าไว้ว่า ควรใช้ทั้งความคิด อารมณ์และพฤติกรรมในแนวทางในการพิจารณาความว่างเปล่า แม้ว่าความว่างเปล่าจะเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เร้าใจ แต่เกณฑ์ทางอารมณ์เพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอที่จะระบุว่าประสบการณ์ที่ไม่สบายใจนั้นคือความว่างเปล่า จึงมีการใช้แนวทางพฤติกรรมประกอบการพิจารณาความว่างเปล่าด้วย โดยใช้พฤติกรรมหลาย ๆ อย่างในการระบุว่ามีความว่างเปล่าเกิดขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ยาก หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในสังคม จากหลักการจะเห็นว่าการอยู่คนเดียวอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความว่างเปล่าก็ได้ เพราะบุคคลอาจมีความสุขกับการอยู่คนเดียวได้ แต่เมื่อบุคคลไม่มีความสุขเพราะรู้สึกว่าการอยู่คนเดียวบอบ ๆ ก็อาจจะเรียกได้ว่าเป็นความรู้สึกว่างเปล่า นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าความว่างเปล่ายังเกี่ยวข้องกับความคิดของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่ว่างเปล่า จะมีความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ใกล้ชิด

หรือบ่อยครั้งขึ้น ดังนั้นเมื่อพิจารณาประสบการณ์ความว่าเหตุจึงต้องพิจารณาจาก พื้นฐานทางความคิด อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรมประกอบกันทั้งหมด

การประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุ

การประเมินความว่าเหวอาจทำได้จากการใช้เครื่องมือแบบวัดต่าง ๆ หรือประเมินจากข้อมูลเชิงอัตนัย หรือใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้มีความแม่นยำชัดเจนยิ่งขึ้น โดยทั่วไปมีวิธีการประเมิน ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นการประเมินขั้นพื้นฐานที่ผู้ประเมินสามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้มาก ควรให้ครอบคลุมประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนาและกิจกรรม อาชีพและรายได้ สุขภาพและโรคประจำตัว เป็นต้น นอกจากนี้ควรรวบรวมข้อมูลอื่นด้านปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ เช่น เหตุการณ์ของการกระทบกระเทือนทางจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น แหล่งข้อมูลอาจจากการซักประวัติจากตัวผู้สูงอายุโดยตรงหรืออาจได้จากญาติ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ หรือเอกสารบันทึกต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบ ได้อย่างสมบูรณ์และครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. การตรวจร่างกาย ผู้ประเมินอาจรวบรวมข้อมูลด้านนี้ จากบันทึกประวัติสุขภาพหรือความเจ็บป่วย หรือทำการตรวจด้วยตนเอง ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ส่วนสูง และน้ำหนัก ลักษณะผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกาย เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลมาประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้

3. การสังเกต ผู้ประเมินควรฝึกฝนให้มีลักษณะของผู้มีความสังเกตดี มีความไวต่อการแสดงออกของผู้สูงอายุทั้งทางกิริยาและวาจา ควรสังเกตจากลักษณะ ท่าทาง และบุคลิกของผู้สูงอายุ ตั้งแต่เริ่มรวบรวมข้อมูลและต่อเนื่องกันไป ลักษณะที่อาจแสดงถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีความว่าเหวเกิดขึ้น อาจพบในรูปของการแยกตัว ซึม เหม่อลอย ไม่กล้าพูด ขี้อายไม่กล้าแสดงออกสีหน้า แสดงความวิตกกังวล หมกมุ่นครุ่นคิด หรือเศร้าหมอง ไม่ค่อยเคลื่อนไหว มองโดยไร้จุดหมาย ขาดความสนใจในความเคลื่อนไหวรอบตัว เหล่านี้เป็นต้น ควรมาถึงการสังเกตของครอบครัวผู้ดูแล หรือผู้ใกล้ชิดของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้การประเมินสะดวกและง่ายขึ้น มีความถูกต้องครอบคลุมมากขึ้น

4. การใช้แบบวัด ที่นิยมใช้กันมีดังนี้

4.1 แบบวัดความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale: UCLA) แบบวัดนี้ผู้นำมีผู้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่านั้นเท่ากับ .94 การที่จะประเมินถึงความรู้สึกว่าเหวของบุคคลใดนั้น จะต้องดูที่ระดับของความต้องการดังกล่าวว่าจะขึ้น ๆ ลง ๆ ได้เสมอในช่วงเวลาต่าง ๆ

ความรู้สึกว่าเหวนั้น พบว่ามันสามารถแปรผันไปตามองค์ประกอบภายใน เช่น ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ เป็นต้น แม้ว่าเราจะมีจำนวนเพื่อนหรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเดิมก็ตาม แต่บางวัน บางเวลา หรือในบางสิ่งแวดล้อมเราก็อาจจะมีความรู้สึกว่าเหวเกิดขึ้นได้ นั่นก็ขึ้นอยู่กับความต้องการ ในขณะนั้น ผู้ที่มีความรู้สึกว่าเหวจะมีนิสัยคล้าย ๆ กัน และจะหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง ไม่ชอบ ปฏิสัมพันธ์กับคนแปลกหน้า จะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ตามลำพัง ไม่ชอบที่จะกระทำกิจกรรมทาง สังคมโดยทั่ว ๆ ไป บางครั้งพวกนี้ก็จะจัดการกับความรู้สึกของตัวเองด้วยการรับประทานอาหาร มาก ๆ นอนมาก ดูทีวี ดื่มเหล้า หรือเสริมสวย เป็นต้น ตลอดไปถึงทำให้ตัวเองอยู่ตลอดเวลา ทำงาน อติเรก วิ่งออกกำลังกายตามลำพัง แต่บางพวกก็จะจัดการกับตัวเองด้วยการทำตามใจตัวเอง โดยการ จับจ่าย ซื้อข้าวของ หรือเที่ยวไปเพียงเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น

4.2 แบบวัดความเหวของเอสเอ็มแอลซี (Schedule for the Measure of Loneliness and Cathec Investment: SMLC) แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามรวม 16 ข้อ เป็น คำถามปลายปิด แบบให้คะแนนเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเป็นคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ซึ่งถาม เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความเหว แบบวัดนี้ใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

ในการศึกษาเกี่ยวกับความเหวในครั้งนี้นำมาใช้แนวคิดหลักของ Peplau (1988) ซึ่งประเมินด้วยแบบวัดความเหวในผู้สูงอายุที่พัฒนาและมีความสอดคล้องกับแนวคิดความเหวของ Perlman and Peplau

ปัจจัยทำนายความเหวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดความเหวของ Perlman and Peplau (1998) และการทบทวนงานวิจัยที่นำแนวคิดความเหวของ Perlman and Peplau ไปประยุกต์ใช้ใน กลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล คุณค่าทางวัฒนธรรม บรรทัดฐานทางสังคม เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวุ่นวาย ไม่สบายใจ ความต้องการที่ไม่ตรงกันกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจริง เพศ อายุ รายได้ แหล่งที่มาของ รายได้ และความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา ลักษณะการอยู่อาศัย งาน อติเรก ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การสูญเสีย สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชน พบว่ามีปัจจัยที่ มีความเกี่ยวข้องหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความรู้สึกเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดสรรปัจจัยที่นำมาศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Perlman & Peplau, 1998; Hazer & Boyle, 2010)

เพศ

เพศเป็นปัจจัยหรือตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาและการเผชิญปัญหาการปรับตัวกับแต่ละปัญหา การหาหนทางระบายปัญหาหรือความทุกข์ รวมทั้งเจตคติต่อปัญหาและความเจ็บป่วย นอกจากนี้ เพศยังเป็นสิ่งกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคมอีกด้วย ตามที่ทราบกันในสังคมไทยนั้น เพศชายยังถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัวส่วนใหญ่ ส่วนเพศหญิงนั้นแม้จะออกทำงานนอกบ้านเพื่อแบ่งเบาภาระเศรษฐกิจด้วย แต่ยังคงรับภาระของแม่บ้านในขณะเดียวกัน เพศหญิงส่วนใหญ่ให้ความเคารพความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย เพศชายจึงได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ทำให้เพศชายมักมองคุณค่าของตนเองสูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้โดยทั่วไปแล้วเพศหญิงส่วนหนึ่งยังเข้าใจว่าตนมีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย มีการปรับตัวต่อสภาพการณ์ได้ยากกว่า มีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย จึงพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมักมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุชาย ดังนั้น เมื่อสามีเสียชีวิตลง คนต้องมีสภาพเป็นหม้าย ขาดคู่คิด และที่ปรึกษาจึงมีโอกาสเกิดความว้าเหวได้มากกว่าผู้สูงอายุชาย ดังการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คำจันทร์ รมเย็น (2550) ที่พบว่าความว้าเหวของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้นพบว่า ไม่แตกต่างกัน

อายุ

อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ชีวิตในอดีต Perlman and Peplau (1998) ได้สรุปผลจากการเผยแพร่ถึงการสำรวจความว้าเหวของคนที่อยู่บริเวณ Southwestern Ontario ประเทศแคนาดา ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความว้าเหวเป็นปัญหาที่รุนแรงในกลุ่มอายุ มากกว่า 65 ปี โดยความว้าเหวจะสูงที่สุดในช่วงประมาณ 18-24 ปี แล้วจะค่อยลดลงลงจนกระทั่งช่วงอายุ 45-85 ปี จะมีระดับความว้าเหวที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงมีความว้าเหวมากกว่าเพศชาย โดยประมาณถึง ร้อยละ 10 การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Stickley et al. (2013) ที่เผยแพร่งานวิจัยเกี่ยวกับความว้าเหวที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวัยของ 9 เชื้อชาติที่อาศัยในสหภาพโซเวียต โดยศึกษาในกลุ่มช่วงอายุ ตั้งแต่ 18-60 ปี ในการศึกษาแบ่งกลุ่มอายุดังนี้ กลุ่มที่ 1 อายุ 18-29 ปี กลุ่มที่ 2 อายุ 30-39 ปี กลุ่มที่ 3 อายุ 40-49 ปี กลุ่มที่ 4 อายุ 50-59 ปี และกลุ่มที่ 5 อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยผลวิจัยพบว่า ผู้ที่อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความว้าเหวมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ซึ่งอายุมีผลต่อการปรับตัวและการเผชิญปัญหาได้แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายก็ยังสามารถควบคุมตนเอง สามารถปรับวิธีคิดพิจารณาด้วยเหตุผล สามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ต่อเหตุการณ์ได้ดี ทำให้มีความพอใจในชีวิตตนเองที่ผ่านมา และมองโลกในแง่ดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิตในช่วงวัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ ไม่ราบรื่นหรือ

มีอุปสรรคมีปัญหามนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่นและปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมได้ไม่ดี จะมีความรู้สึกคับแคบในใจ หม่นหมองขมขื่นและทุกข์ใจมาก นอกจากนี้ช่วงอายุที่มากขึ้นอาจทำให้ระดับการฟังพาทู้อื่นสูงขึ้นด้วย การต้องฟังพาทู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเองเป็นภาระของครอบครัวหรือสังคม ส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์ในด้านลบ มีความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่ำ ซึ่งเป็นสาเหตุของความว้าเหวในผู้สูงอายุได้

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหวของผู้สูงอายุ กล่าวคือ กลุ่มที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดผู้ที่คุ้นเคยที่อยู่ด้วยใกล้ชิดคอยปลอบโยนให้คำปรึกษาเมื่อตนต้องการ มีความรู้สึกสูญเสียบุคคลสำคัญของชีวิต ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย โดยเฉพาะหากเป็นคู่สามีภรรยาที่แต่งงานตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จะมีเพื่อนแท้ที่มีความสนิทเป็นคู่คิดได้ในเกือบทุกประการ มีผู้คอยให้กำลังใจและความอบอุ่นใจเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหรือต้องเผชิญกับเหตุการณ์ใด ๆ ก็จะมีคู่สมรสคอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาผู้ร่วมประสบการณ์ทั้งที่เป็นความทุกข์และความสุขให้การสนับสนุน ไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวไม่เกิดความอบอุ่นใจ ที่มีผู้คอยให้ความเอาใจใส่เอื้ออาทรต่อความเป็นอยู่ของตนและอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้มีความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจในชีวิต มีความสุขใจและไม่เกิดความว้าเหว โดยทั่วไปแล้วความว้าเหวหรือความเหงาอาจพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งมักจะเป็นชั่วคราวแล้วหายไป แต่สำหรับผู้สูงอายุอาจจะเป็นนานและรุนแรงกว่า สาเหตุของอาการอาจเกิดจากการสูญเสียสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญ สูญเสียบทบาททางสังคม และความรู้สึกคือคุณค่าในตนเองสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ธิดา มีศิริ, 2541) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายความว้าเหวได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก มีแนวโน้มเกิดความว้าเหวได้มากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) ที่พบว่า สถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่

ความเพียงพอของรายได้

ความเพียงพอของรายได้นับเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน เนื่องจากมีผลให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะช่วยให้ไม่มีหรือลดความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตได้ ทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุที่สนใจหรือพึงพอใจในการท่องเที่ยวไปยังที่ต่าง ๆ มีโอกาสได้ทำตามความพอใจ มีโอกาสพบปะเพื่อนใหม่ ได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่าง ๆ อย่างไม่เป็นทางการด้วยความพอใจหรือมี

โอกาสร่วมกิจกรรมสังคมอย่างเป็นทางการ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกของชมรมหรือศูนย์บริการสังคมต่าง ๆ โดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่าย ทั้งยังช่วยขจัดความเหงาและป้องกันความว้าเหวได้สร้างความรู้สึกว่าคุณเป็นที่ยอมรับของสังคม สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความเป็นอิสระอีกด้วย การเกิดความว้าเหวในผู้สูงอายุไทยนั้น มักเกิดร่วมกับความสูงอายุและลักษณะสิ่งแวดล้อมด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งยังร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าวมา จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความว้าเหวมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สามารถคาดคะเนได้ว่าแนวโน้มของอุบัติการณ์มีได้ค่อนข้างสูง และอาจมีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต หากยังมิได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน แก้ไข หรือบรรเทาความว้าเหวและผลต่อสุขภาพและจิตของผู้สูงอายุ ตลอดจนผลกระทบต่อสังคมไทยโดยรวมด้วยความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายความว้าเหวได้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีรายได้เพียงพอมีแนวโน้มเกิดความว้าเหวต่ำ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มจะเกิดความว้าเหวได้สูง (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) ที่พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความว้าเหว ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะรู้สึกว้าเหวเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะรู้สึกว้าเหวน้อยลง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้เป็นสภาพทางจิตที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล เป็นความใส่ใจในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ และเป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลต่าง ๆ จากสิ่งเร้าเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย ข้อมูลต่างๆถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้วบุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูลและมีกระบวนการจดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวบุคคลเป็นตัวกลั่นกรองการแปลความนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว มีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตัดสินใจและผลการแสดงออกจะเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่กระบวนการรับรู้ อีก การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด แล้วมีการตีความหมายของสมอง (วนิดา หาญคุณากุล, 2539) Brook et al. (1979) ให้ความหมายของคำว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายของบุคคลที่มีความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีอาการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 3 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่ง Brook et al. (1979) ได้ให้แนวทางในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าควรครอบคลุมการรับรู้ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prio health) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) การรับรู้ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Persistence or Subceptability to illness) ความวิตกกังวลหรือความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/ Concern) และความเข้าใจเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วย (Sickness-orientation)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกัน หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของตุนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการรับรู้ของคนเหล่านั้นความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโต ในขณะที่บางคนอาจรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้ต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่มาต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ไป คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดีตามทัศนะของแต่ละบุคคลซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพดีตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่มักจะหมายถึงความสามารถทางร่างกายในการกระทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่างๆ เช่นความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตนอย่างไรก็ตามมีการกำหนดความหมายของภาวะสุขภาพต่าง ๆ เช่น องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอ ตามแนวคิดสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยมองว่าภาวะสุขภาพเป็นกิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการความรู้สึกรับรู้ซึ่งในสิ่งต่างๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในด้านเพศสัมพันธ์ การมีอุดมคติในทางที่ดี มีความหวังและแรงจูงใจ การมีความรู้ ความรับผิดชอบในบทบาทและความสำเร็จในชีวิต ในขณะที่ความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคทำให้เกิดการหยุดชะงักของกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งถือว่าเป็นพัฒนาการของชีวิต

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถประเมินได้ตามวิธีการประเมินที่พัฒนาโดย Brook et al. (1979) ซึ่งประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปที่ครอบคลุมการรับรู้ 6 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prio health)

การประเมินความรู้สึกรับรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น

บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเคยเจ็บป่วยเป็นระยะเวลา ยาวนานในอดีต ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีสำหรับบุคคลนั้น ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพใน อดีตทางลบเมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลเกิดความเครียด วิดกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริง จากความประทับใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมากซึ่งการเจ็บป่วย แต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกัน แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมี ประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ดี ดังนั้นเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลมี ความเครียดระดับที่เหมาะสม พร้อมจะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health)

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สุขภาพและอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่ปรากฏ การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลง ไปจากเดิม ถ้าความเจ็บป่วยนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพเล็กน้อย เช่น การไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ อาการที่เกิดขึ้นมากนัก แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตทั้งนี้เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงการ รับรู้นั้นเอง

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook)

เมื่อเจ็บป่วยย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจก่อให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการในอนาคตได้ บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการ คาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือหมัดหวัง และถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตอย่างมี หวัง มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจ ในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าขาด การสนับสนุนทางสังคม และมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ไม่ดีในอดีตและปัจจุบัน จนทำให้รู้สึก หมัดหวังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตในแง่ลบ

4. การรับรู้ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Persistence or Subceptability to illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนว่า สามารถต้านทานโรค หรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคซ้ำเล็กน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา ถ้าบุคคลมีความ เชื่อที่ไม่ถูกต้อง หรือขาดความเชื่อถือในแพทย์และการวินิจฉัย หรือการรักษา อาจทำให้ปฏิเสธการ

วินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และยังขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ หรือมีอาการของโรคเกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้นเคยมี ประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็มีความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความ เจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองดีตามมา

5. ความวิตกกังวลหรือความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/ Concern)

เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วยว่าอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะ ต่าง ๆ ได้ อาจทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง ส่งผลให้เกิดความ วิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไปอาจส่งผลทำให้มีการรับรู้ภาวะ สุขภาพที่ไม่ถูกต้องและใช้กลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และจะประเมิน ภาวะสุขภาพใหม่ว่าไม่มีความผิดปกติใด ๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจภาวะสุขภาพ ไม่แสวงหาความ พยายามกับสิ่งอื่นทดแทน ดังนั้นผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้จักมองและ ประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง ทำให้รู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ทำให้เผชิญ ความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจและให้ความสนใจในภาวะสุขภาพ การให้ความสนใจและตระหนักถึง ความสำคัญเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพ จะทำให้มีพฤติกรรมปรับตัวและสามารถควบคุมความ รุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Sickness-orientation)

ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะเจ็บป่วย สลับกันไป ซึ่งเป็นประสบการณ์ของชีวิต การยอมรับว่าเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจถึงขั้นตอน การดำเนินของโรค ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีการเตรียมพร้อมใน การปรับตัวและแก้ปัญหา แสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตามสภาพของ ร่างกายที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตน มีความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนิยามการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าความรู้สึกหรือความคิดของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง และสภาพร่างกายที่เอื้อต่อการทำหน้าที่ได้ตามบทบาท ของตนเอง ได้แก่ มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง เจ็บป่วยบ่อย และมีโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากในวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จึงทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วย และเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่า วัยอื่น (Hazer & Boylu, 2010) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็น ที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองจากสภาพการทำงาน โดยภาพรวมภายใต้ความเสื่อมของร่างกาย และสมรรถภาพการทำงานที่ลดลงของอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวันการดูแลตนเอง การเดินหรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยเกิดขึ้นไม่มี

ลูกหลานดูแล ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวไต้ ซึ่ง Hazer and Boylu (2010) ได้แบ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก (Very good) ดี (Good) ไม่เลว (Not bad) และแย่ (Bad) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกว่าเหวไต้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายความว่าเหวไต้ แสดงว่าผู้ป่วยผู้สูงอายุที่รับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมากมีแนวโน้มเกิดความว่าเหวไต้สูง เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค การเจ็บป่วยจะอยู่ในทั้งระยะที่ควบคุมโรคได้และไม่สามารถควบคุมโรคได้ บางช่วงอาการกำเริบรุนแรงต้องได้รับการช่วยเหลือหรือการรักษาวิธีใหม่ ๆ เพื่อควบคุมอาการที่เกิดขึ้น (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2548)

การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีภาวะสุขภาพที่ดีจะเชื่อมั่นว่าคุณเองมีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งจะพยายามแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองออกมาอย่างเต็มความสามารถรวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ตามแนวความคิดว่าเหวไต้ของ Peplau (1988) ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมทั้ง โยงใยไปถึงความรู้สึกเล็ก ๆ ภายในของบุคคลถึงการสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียสัมพันธภาพที่สำคัญ และเกิดความรู้สึกไร้ค่าและเกิดความว่าเหวไต้ขึ้นได้ โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกว่าเหวไต้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพราะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีผลกระทบระยะยาวต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้สมบูรณ์ ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่สามารถมีสัมพันธภาพได้เหมือนแต่ก่อน (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรม ภาวะสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิต นักวิชาการได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 ลักษณะ คือ ความหมายในเชิงของบทบาทหน้าที่ (Functional) หมายถึง ความสัมพันธ์ในเชิงพฤติกรรมและการกระทำของบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้น ๆ และความหมายในเชิงโครงสร้าง (Structural) หมายถึง กลุ่มของเครือข่ายสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือสมาชิกในกลุ่ม Weiss (1974) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการผสมผสานความสัมพันธ์ทั้ง 6 รูปแบบ ดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพันกัน (Attachment/ Intimacy) ความสัมพันธ์รูปแบบนี้จะส่งผลต่อสภาวะอารมณ์โดยรวมของบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว
2. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) มีผลให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากคนในสังคม หากขาดการสนับสนุนทาง

สังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมได้

3. การอบรมเลี้ยงดู (Nurturance) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่แสดงความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตของผู้เยาว์ ส่งผลให้ผู้ได้รับการสนับสนุนในด้านนี้รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

4. ความรู้สึกเชื่อมั่นและมีคุณค่า (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับจากบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลรอบข้าง เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมหรือแสดงบทบาททางสังคมแล้วได้รับการยอมรับ จะเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

5. ความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ (Availability of assistance)

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นการได้รับการสนับสนุนด้านคำแนะนำ ชี้แนะหรือให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้

การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้จะได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตทั้งในรูปแบบช่วยเหลือ และการปกป้องดูแล การสนับสนุนทางสังคมมีกลไกหลักสำคัญ 2 ประการที่ส่งผลให้บุคคลสามารถเผชิญ และผ่านพ้นสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิตได้ ดังนี้ (Cohen et al., 2000)

1. ผลโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคม คือ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2. การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนกันชน หรือตัวปรับสมดุล (Buffer) ผลกระทบจากสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียด และรบกวนความผาสุกในชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้ผลกระทบของปัญหาต่าง ๆ ลดลง โดยเครือข่ายสังคมจะให้ความช่วยเหลือ หาทางแก้ไขปัญหา หรือทำให้บุคคลไม่จดจ่ออยู่แต่ในปัญหานั้น ดังนั้น การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะมีผลให้บุคคลเกิดภาวะตึงเครียด หรือเกิดความยากลำบากในชีวิตโดยอาจจะนำมาซึ่งปัญหาทางด้านจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจึงเป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญได้ ในทางตรงกันข้ามเมื่อผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุนั้นขาดความสมดุลของสัมพันธภาพทางสังคมตามความต้องการของตนเองกับสิ่งหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง จึงทำให้รับรู้ถึงการไม่สุขสบายและเกิดความว่าเหวขึ้นได้ (Perlman & Peplau, 1988)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งถูกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้สูงอายุ กระบวนการพัฒนาจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงมากในช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้สูงอายุ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา และขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ บทบาททางสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นการรับรู้จากภายในจิตใจของบุคคล จากการตัดสินใจว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่ามีซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหวของบุคคล โดยผู้ที่รู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีโอกาสเกิดความรู้สึกว่าเหวได้มากขึ้น (Baarsen, 2000) ดังการศึกษาของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2548) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถทำนายความว่าเหวในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอาจนำไปสู่ความว่าเหวได้อาจคำนิยามตัวเอง จากการมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นการส่งเสริมการเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลงเช่นกัน (Perlman & Peplau, 1988)

จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความว่าเหว จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยที่มีการเชื่อมโยงและมีผลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยที่ปัจจัยด้านประชากรอาจมีผลหรือไม่มีผลกับความว่าเหวของบุคคลในการศึกษาที่ผ่านมา สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าปัจจัยด้านประชากรได้แก่ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส น่าจะมีความสัมพันธ์และเป็นกลุ่มตัวแปรที่จะร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดความว่าเหวของ Peplau (1988) ที่มีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจของบุคคลที่เชื่อมโยงกับการเกิดความรู้สึกสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความสำคัญและบทบาททางสังคม รวมทั้งความมีคุณค่า ไร้ความหมาย และเกิดความว่าเหวได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาปัจจัยคัดสรรที่จะนำมาศึกษาในครั้งนี้คือ ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยคาดว่าปัจจัยเหล่านี้จะสามารถร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความ
ว่าหว่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปี
บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
โรคถุงลมโป่งพองและโรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของ
โรงพยาบาลวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา คาดการณ์จาก พ.ศ. 2556 จำนวนทั้งหมด 1,670 คน
(สถิติเวชระเบียน โรงพยาบาลวังน้ำเขียว, 2556)

สถานที่ใช้ในการศึกษา

โรงพยาบาลวังน้ำเขียว เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรค
เรื้อรัง โดยใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฉบับปรับปรุงใหม่ มาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพ
ของชุมชนตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการจะ
ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลดี ประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดีและ
เชื่อมโยงกับทรัพยากรที่จำเป็น โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังให้มารับ
การรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามในรายที่ขาดการ
รักษาต่อเนื่องให้มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 120 ราย ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังน้ำเขียว ซึ่งได้มาจากการสุ่มจากประชากร โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
2. การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพ
สมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป สำหรับ
ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา และ

คะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป สำหรับผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

4. ไม่มีภาวะความพิการทางจิตหรือความพิการทางร่างกายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังตาม

เกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

$$n = 10k + 50$$

n คือ ขนาดตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปร ประกอบด้วย เพศ (k1) อายุ (k2) สถานภาพสมรส (k3) ความเพียงพอของรายได้ (k4) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (k5) การสนับสนุนทางสังคม (k6) และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (k7)

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = 10(7) + 50$$

$$n = 120$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 120 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ทำรายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ระบุไว้ในแฟ้มประวัติว่ามีนัดมารับบริการตรวจรักษาในแต่ละวัน แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวนวันละ 10 คน เพราะในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 1 คน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที เพราะฉะนั้นในแต่ละวันผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะสามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้ประมาณ 10 คนต่อวัน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการเข้าพบผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในขณะที่รอเข้าพบแพทย์หรือรอรับยาเพื่อพูดคุยสร้างสัมพันธภาพ คัดกรองภาวะสมองเสื่อม และเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนด โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทีละคน โดยผู้วิจัยจัดให้มีมุมส่วนตัวสำหรับการสัมภาษณ์

3. ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างตามวันนัดหรือกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิต ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างใหม่ตามขั้นตอนการสุ่มอย่างง่าย ตามที่ระบุไว้ในขั้นตอนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) ที่พัฒนาขึ้น โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมอง ฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) เป็นการทดสอบความสามารถของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความการคิด คำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมแตกต่างกันออกไปตาม ความยากง่าย คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบนี้สัมพันธ์กับพื้นฐานความรู้ คะแนนเต็ม ของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากันเมื่อใช้ทดสอบบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้รับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้รับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้รับคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะ สุขภาพ แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นชุดคำถามซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถาม ทั้งหมด 8 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิดประกอบไปด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะของการมีโรคประจำตัว ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ ภาวะสุขภาพของ วนิตา หาญकुณากุล (2539) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ จิรประภา ภาวิไล (2535) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception battery) ของ Brook et al. (1979) ที่ครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และในอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความ สนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบางส่วน
 ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
 เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพชุดนี้ประกอบด้วย
 ข้อความที่มีลักษณะทางด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17

ข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1, 11, 12

พิจารณาให้คะแนนดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	4

การแปลความหมายของคะแนนทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพมีช่วง
 คะแนนอยู่ระหว่าง 17-68 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทาง
 ที่ไม่ดีและคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์
 แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบ
 ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทาง
 สังคม The Personal Resource Questionnaire 2000 (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) แบบสัมภาษณ์นี้
 มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ และมีลักษณะการประเมินแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกไม่เห็นด้วย
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกค่อนข้างไม่เห็นด้วย
เฉย ๆ	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกเฉย ๆ
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกค่อนข้างเห็นด้วย
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกเห็นด้วย
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ซึ่งมีคะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ 15-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความสอดคล้องภายใน จากการนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชูติเดช เกียนดอน (2554) เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบางส่วน
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

จำนวน 15 ข้อ ซึ่งใช้ในการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การแปลความหมายของคะแนนทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์

คะแนน 15-50 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต้องคำที่ควรปรับปรุง

คะแนน 51-62 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง

คะแนน 63-75 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้ป่วยสูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความว่าเหวของผู้สูงอายุ ของ เปรมฤดี ศรีราม (2539) ที่ดัดแปลงมาจาก UCLA Loneliness Scale ของ Russell, Peplau, and Ferguson (1978) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .85 เป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริงมาก จริงน้อย และไม่จริงเลย ประกอบด้วยคำถามปลายปิดเกี่ยวกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ ด้านการสูญเสียบทบาททางสังคม และ ด้านความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง จำนวน 40 ข้อดังนี้

ข้อ 1-12 ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ โดยมีข้อคำถามทางบวกในข้อ 1, 2, 4, 5, 8 และข้อคำถามทางลบในข้อ 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12

ข้อ 13-24 ด้านการสูญเสียบทบาททางสังคม โดยมีข้อคำถามทางบวกในข้อ 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22 และข้อคำถามทางลบในข้อ 14, 20, 21, 23, 24

ข้อ 25-40 ด้านการรู้สึกดีต่อกำหนดตนเอง โดยมีข้อคำถามทางบวกในข้อ 26, 27, 31, 36, 37, 38 และข้อคำถามทางลบในข้อ 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 39, 40

เกณฑ์ในการแปลความหมายของความว่าเหวของผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การพิจารณาคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 คะแนน (คะแนน 40-70 คะแนน) มีความว่าเหวในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 คะแนน (คะแนน 71-100 คะแนน) มีความว่าเหวในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 คะแนน (คะแนน 101-130 คะแนน) มีความว่าเหวในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 คะแนน (คะแนน 131-160 คะแนน) มีความว่าเหวในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือการวิจัยที่มาตรฐาน โดยไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80, .92, .86 และ .85 ตามลำดับ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยและมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบทดสอบ และวิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นตัวอย่างจำนวน 3 ครั้งจนผู้ช่วยวิจัยเกิดความเข้าใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณา และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้
2. ก่อนดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านหนังสือหรือเขียนหนังสือไม่ได้หลังจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่กำหนดไว้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว เพื่อขออนุญาตเข้าร่วมรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียว
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังน้ำเขียวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังน้ำเขียวเกี่ยวกับการดำเนินการเก็บข้อมูล
3. ทำการเก็บข้อมูลโดยศึกษารายชื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีนัดตรวจในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ในแต่ละวัน โดยมีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่ง แล้วจัดทำรายชื่อของผู้สูงอายุที่มีนัดตรวจในแต่ละวันและทำการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวนวันละ 10 คน เพราะในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 1 คน จะใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที เพราะฉะนั้นในแต่ละวันผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสามารถสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้คนละ 5 คนต่อวัน

4. ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุรายคนในขณะที่ผู้สูงอายุรอเข้ารับการรักษา จากนั้นผู้วิจัยจะแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุยินดีให้ความร่วมมือจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ด้วยการอ่านข้อคำถามและคำตอบให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที โดยขณะที่ผู้สูงอายุกำลังให้สัมภาษณ์จะมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รักษาสิทธิ์ในการมาตรวจรักษาโดยทำหน้าที่ดูแลบัตรคิวของผู้สูงอายุในการเข้าพบแพทย์ หากว่าในช่วงที่กำลังสัมภาษณ์ใกล้จะถึงคิวของผู้สูงอายุก็น่าจะไปตามให้มานั่งรอพบแพทย์ที่หน้าห้องตรวจ และเมื่อแพทย์ตรวจเสร็จก็เป็นผู้ดูแลเรื่องการไปปรับบัตรนัดและรับยาให้ผู้สูงอายุจนเรียบร้อย

5. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการดังรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังวิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความว่าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวังน้ำเขียว จำนวน 120 คน ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 2 ระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สามารถอธิบายในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา แหล่งของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 120$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	43.3
หญิง	68	56.7
อายุ		
60-69 ปี	74	61.7
70-79 ปี	39	32.5
80 ปีขึ้นไป	7	5.8

Max = 87, Min = 60, M = 68, SD = 6.25

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	71	59.2
โสด	3	2.5
หม้าย	44	36.7
หย่าร้าง	2	1.6
ศาสนา		
พุทธ	117	97.5
คริสต์	3	2.5
แหล่งของรายได้หลัก		
บำนาญ	2	1.7
การประกอบอาชีพ	68	56.7
บุตรหลาน	19	15.8
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	31	25.8
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	67	55.8
ไม่เพียงพอ	53	44.2
โรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ		
โรคเบาหวาน	16	13.3
โรคความดันโลหิตสูง	76	63.3
โรคหลอดเลือดสมอง	10	8.4
โรคหัวใจ	9	7.5
โรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	9	7.5

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD = 6.25$) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 61 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.2 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.5 มีแหล่งรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 56.7 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 55.8 และโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ

63.3

ส่วนที่ 2 ระดับความว้าเหวของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับของความว้าเหว (n = 120)

ระดับของความว้าเหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (40-70 คะแนน)	5	4.16
ระดับปานกลาง (71-100 คะแนน)	104	86.67
มีความว้าเหวในระดับมาก (101-130 คะแนน)	11	9.17
มีความว้าเหวในระดับมากที่สุด (131-160 คะแนน)	0	0
Max = 130, Min = 63, M = 87.68, SD = 12.25		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความว้าเหวเท่ากับ 87.68 ($SD = 12.25$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุ วิเคราะห์สมการในการทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุ จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศอายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression analysis)

ในการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรเชิงคุณภาพที่มีระดับของข้อมูลเป็น นามบัญญัติ (Nominal scale) ได้แก่ เพศสถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ ผู้วิจัยจึงต้องทำการเปลี่ยนตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้

เพศ		
ชาย	1	0
หญิง	0	1
สถานภาพสมรส		
โสด หม้าย หย่า แยก	1	0
คู่	0	1
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	1	0

เพียงพอ 0 1

หลังจากทำการเปลี่ยนตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่นให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ(interval scale) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณ ดังผลการทดสอบต่อไปนี้

1. ตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นเชิงปริมาณ (interval scale)ในการศึกษาครั้งนี้ มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) เป็นเส้นตรง (Linearity) มีความเป็นอิสระต่อกันของข้อมูล (Independence of observation) ค่าผิดปกติ (Outliers) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

จากการพิจารณา Normal P-P Plot พบว่าข้อมูลมีการเรียงเกาะกันเป็นเส้นตรงจากล่างซ้ายขึ้นไปบนขวา นั่นคือไม่พบค่าความเบี่ยงเบนไปจากการแจกแจงแบบ โค้งปกติ (Normality)

2. ทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจาก Scatterplot of the standardised residuals พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่เกาะกลุ่มกันตรงกลาง นอกจากนั้นเมื่อพิจารณา Outlier พบว่ามี Standardised residuals ที่อยู่เกินค่า 3.3 (ปกติควรอยู่ระหว่าง-3.3 ถึง 3.3 (Pallant, 2007))

3. ทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปร (Multicollinearity) สรุปผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแสดงในรูปตารางเมตทริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปรทำนาย	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1							
2. เพศ	.000	1						
3. สถานภาพสมรส	.336**	.045	1					
4. ความเพียงพอของรายได้	.074	-.072	-.262**	1				
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.133	.082	-.259**	.065	1			
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.189*	.104	-.276**	.067	.829**	1		
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.228**	.037	-.320**	-.060	.798**	.820**	1	
8. ความว่าเหว่	.176	-.035	.080	-.01	-.404**	-.612**	-.441**	1

*p < .05, **p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า มีตัวแปรที่สัมพันธ์กันเองค่อนข้างสูง คือ ค่าความสัมพันธ์กันเองมากกว่า .7 (Pallant, 2007) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .829$) การสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .820$) การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .798$) ซึ่ง Pallant ยังได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้วิจัยสามารถทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสมการถดถอยในกรณีที่มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นไม่เกิน .9 แต่ให้พิจารณาค่า Tolerance และ ค่า Variance inflation factor (VIF) ประกอบเพื่อพิจารณา โดยให้ใช้เกณฑ์ที่ค่า Tolerance ไม่ต่ำกว่า .01 และ ค่า VIF ไม่มากกว่า 10 ในการศึกษาครั้งนี้ พบค่า Tolerance เท่ากับ .313 และ ค่า VIF ไม่มากกว่า 10

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธี Stepwise multiple regression ได้ผลการวิเคราะห์ดังเสนอลำสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับความว่าเหวของผู้สูงอายุดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ คือความว่าเหวของผู้สูงอายุ

ตัวแปรทำนาย	b	SE (b)	BETA (B)	p
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.414	.140	.329	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.976	.160	-.885	.001

$N = 120$ $F = 6.73$ $df = 119$ $p < .05$ $R^2 = .409$ $Adjust R^2 = .399$

จากตารางที่ 4 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นตัวทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ($R^2 = .409$) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = -.885$, $p < .001$)

สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการในรูปของคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = \alpha + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

$$\text{ความว่าเหวของผู้สูงอายุ} = 158.095 - .976_{(\text{การสนับสนุนทางสังคม})} + .414_{(\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ})}$$

จากสมการแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อคะแนนการสนับสนุนทาง

สังคม เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลดลง .976 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยให้การสนับสนุนทางสังคมคงที่แล้ว คะแนนการรับรู้สุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้คะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้น .414

2. สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = \beta_1(Z_{x1}) + \beta_2(Z_{x2}) + \dots + \beta_n(Z_{xn})$$

$$\text{ความว่าเหวของผู้สูงอายุ} = -.885_{(\text{การสนับสนุนทางสังคม})} + .329_{(\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ})}$$

จากสมการแสดงให้เห็นว่าเมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้ความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ลดลง .885 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในขณะที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะทำให้ความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้น .329 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความว่าหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้ำเขียว ในอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมาปี พ.ศ. 2557 จำนวน 120 คนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มตัวอย่างประชากรเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสัมภาษณ์ความว่าหวของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.8) มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD = 6.43$) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 61.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 57.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.8) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 56.7)
2. คะแนนความว่าหวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางและมีคะแนนเฉลี่ยของความว่าหวเท่ากับ 87.68 ($SD = 12.25$)
3. การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความว่าหวของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 40.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R^2 = .409$) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายความว่าหวของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = -.885, p < .001$) รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .329, p < .01$) ซึ่งสามารถนำมาสร้างสมการทำนายความว่าหวของผู้สูงอายุได้ดังนี้

สมการในรูปของคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = \alpha + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

$$\text{ความว่าหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง} = 158.095 - .976_{(\text{การสนับสนุนทางสังคม})} + .414_{(\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ})}$$

สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = \beta_1(Z_{x1}) + \beta_2(Z_{x2}) + \dots + \beta_n(Z_{xn})$$

$$\text{ความว่าหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง} = -.885_{(\text{การสนับสนุนทางสังคม})} + .329_{(\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ})}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการศึกษาได้

ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.67 และค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 87.68, SD = 12.25$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.7) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น คือ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่นได้ดี และยังสามารถประกอบอาชีพได้และถือว่าเป็นช่วงที่พลังกายและสติปัญญายังกระฉับกระเฉงอยู่ ผู้สูงอายุจึงสามารถสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้มากกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) จากการวิจัยยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 56.7) ซึ่งการที่ผู้สูงอายुरับรู้ถึงการมีรายได้เพียงพอทำให้ได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากรายได้มีความสำคัญทั้งต่อการดำรงชีวิต และการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้รู้สึกว่าคุณค่า ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น

ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลวังน้ำเขียว ในขณะที่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 40.9 ($R^2 = .409, p < .01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดโดยมีค่าความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลสูง ($r = -.612, p < .01$) อธิบายได้ว่าการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน และบุคคลอื่นที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม (Social network) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Perlman and Peplau (1998) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยในส่วนของความสัมพันธ์ทางสังคมในขณะนั้นที่จะช่วยสนับสนุนให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง ช่วยจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่มี

ความว่าเหวถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ย้ายถิ่นเพื่อใช้ชีวิตบั้นปลาย อยู่ไกลจากบุตรหลานซึ่งอาจทำให้เกิดความว่าเหวได้ (Hazer & Boyle, 2010) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56.7) ยังคงประกอบอาชีพที่ทำให้มีรายได้หลักเป็นของตนเอง และมีการรวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์กับเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่งในอำเภอวังน้ำเขียวมีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ในลักษณะของเครือข่ายทางสังคม โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจะมีการผลัดเปลี่ยนสถานที่ในการประชุมทุก ๆ เดือน ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและเครือข่ายทางสังคมมากขึ้นจึงพบว่าผู้สูงอายุมีความว่าเหวในระดับปานกลางในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2548) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายแรกของความว่าเหวที่เข้าสมการเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวในผู้สูงอายุ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญและร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว ($r = -.404, p < .01$) อธิบายได้ตามแนวคิดความว่าเหวของ Perlman and Peplau (1998) ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่เป็นเหตุหน้าที่ส่งผลต่อความว่าเหว เพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมทั้งเชื่อมโยงไปถึงความรู้สึก ๆ ภายในของบุคคลถึงการสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียสัมพันธภาพที่สำคัญทำให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและเกิดความว่าเหวขึ้นได้ นอกจากนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเหมือนเช่นเดิม ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคู่คนอื่น อาจทำให้รู้สึกไร้ค่า และเกิดความรู้สึกว่าเหวได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีอาการแทรกซ้อนหรือโรคเพิ่ม หรือรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีก็จะมีความรู้สึกว้าเหวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความว่าเหวของ Perlman and Peplau (1998) ที่กล่าวว่าความว่าเหวเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่ยินดี ในขณะที่การศึกษาของ คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีระดับความว่าเหวโดยรวมไม่แตกต่างกัน

เพศ ในการศึกษาพบว่าเพศไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพศชาย และเพศหญิงไม่แตกต่างกันมาก โดยมีเพศชายมีร้อยละ 43.3 และเพศหญิงร้อยละ 56.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชูลีกร ปัญญา (2557), นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2548) และคำจันทร์ ร่มเย็น (2550) ที่ศึกษาพบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุหรือความว่าเหวของผู้สูงอายุชายและหญิงนั้นพบว่าไม่แตกต่างกันในขณะที่การศึกษาของ ธิดา มีศิริ

(2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

อายุในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า อายุไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 68 ปี ($SD = 6.25$) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 61) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีการประกอบอาชีพได้ด้วยตนเอง ถึงจะมีโรคประจำตัวก็สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับชุลีกร ปัญญา (2557) และ คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) พบว่าจากการศึกษาพบว่าระดับอายุ 70-74 ปี จะมีความรู้สึกว่าเหวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกันจะมีระดับความว่าเหวแตกต่างกันเนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นก็มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ เกิดเรื้อรังซึ่งการรักษาที่ใช้เวลานาน การเจ็บป่วยเรื้อรังบางโรคของผู้สูงอายุอาจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง การเข้าร่วมสังคมลดลง เกิดการเก็บตัว แยกตัวออกจากสังคมส่งผลให้เกิดความว่าเหวได้

สถานภาพสมรสในการศึกษาคั้งนี้ มีผู้สูงอายุสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 59.2 และสถานภาพสมรสเดี่ยวร้อยละ 40.8 ซึ่งพบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้เพราะผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังน้ำเขียวมีทั้งสถานภาพสมรสคู่และสถานภาพสมรสเดี่ยว โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการเป็นบุคคลที่สามารถปรับตัวปรับใจให้เข้ากับบุคคลรอบข้างได้ อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสยังคงอยู่ก็จะมีเพื่อนคู่คิด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ชีวิตก็จะมีเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนผู้สูงอายุวัยเดียวกันได้พบปะกันในช่วงเวลาที่เข้ากิจกรรมกลุ่มของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) ที่กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหว

ความเพียงพอของรายได้ ในการศึกษานี้พบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังน้ำเขียวเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีรายได้เพียงพอกับรายจ่ายผู้สูงอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนางเยาว์ พลโทพงศ์ (2548) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีรายได้เพียงพอมีแนวโน้มเกิดความว่าเหวต่ำ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มจะเกิดความว่าเหวได้สูงและสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) ที่พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความว่าเหว ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะรู้สึกว้าเหวเพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะรู้สึกว้าเหวน้อยลง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการศึกษานี้พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ เนื่องจากว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการส่วน

ใหญ่เป็นบุคคลที่ยังคงประกอบอาชีพได้ มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายของตนเองและมีพอสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว เมื่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังคงประกอบอาชีพได้ก็จะมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ประกอบกับที่วังน้ำเขียวได้มีการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุในการจัดทำชมรมผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมเพื่อเสริมให้มีรายได้ เช่น กิจกรรมกลุ่มดอกไม้จันทน์ กลุ่มจักรสาน รวมทั้งการขายพืชผัก ผลไม้จากการเพาะปลูกของผู้สูงอายุเองก็เป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุในขณะที่การศึกษาของ ชุตติกร ปัญญา (2557) พบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นไม่สามารถทำงานได้ มีความเสื่อมถอยของร่างกาย มีการเจ็บป่วยเรื้อรังก็จะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงก่อให้เกิดความว้าเหวได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลคือ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำมาดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดความรู้สึกว้าเหวในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลและวางแผนการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นผู้ที่มีความว้าเหวน้อยที่สุด

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาลคณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือลดความรู้สึกความว้าเหวของผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาลนักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หรือโรคอื่นๆ และพัฒนารูปแบบการพยาบาล หรือ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเพื่อลดความว้าเหวโดยเน้นเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

4. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการป้องกันการเกิดความว้าเหวของ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวิจัยการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรม ส่งเสริมการป้องกันการเกิดความว้าเหวโดยนำปัจจัยทำนายที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการส่งเสริมการป้องกันการเกิดความว้าเหวของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น และควรทำอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาระดับความว้าเหวในผู้สูงอายุที่ไม่มีการเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี และในกลุ่มอื่นๆ เพื่อนำข้อมูลมาส่งเสริม และวางแผนการพยาบาลให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการ และดูแลตนเองได้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่น ๆ เกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ เพื่อความหลากหลาย ในการสร้างเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกบริบท

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ. เอส.
- กัณษิรา ชะพลพรรค. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไกรสร วิชัยกุล. (2554). ภาพลักษณ์แห่งความโดดเด่นในสังคมปัจจุบัน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาทัศนศิลป์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- คำจันทร์ ร่มเย็น. (2550). การศึกษาความก้าวหน้าและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความก้าวหน้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดราษฎร์บูรณะ เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักโยนิโสมนสิการ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชุตติเดช เจียนดอน. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทอำเภอลำปาง จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุลีกร ปัญญา. (2557). ปัจจัยทำนายความก้าวหน้าของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธิดา มีศิริ. (2541). การศึกษาความก้าวหน้าของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงเยาว์ พลโทพงศ์. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าห่วยในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

บุญใจ ศรีสติศย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.

ปริญญา โดมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. (2548). *ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยเกี่ยวพันอื่น ๆ*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(1), 28-37.

เปรมฤดี ศิริราม. (2539). *การศึกษาความว่าห่วยและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

เพ็ญโพยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าห่วยในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลัดดา คำริการเลิศ. (2551). *โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

วนิดา หาญคุณากุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วสันต์ ลิ้มเป็เฉลิม. (2551). *สู่ทฤษฎีความเหงาที่อิงตัวตน*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และสุพรรณิ เตரியวิศิษฎ์. (2535). *การศึกษาเปรียบเทียบระดับความว่าห่วยระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและผู้สูงอายุที่บ้าน*. เชียงใหม่: สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.

วัลลภา โคลิตานนท์. (2542). *ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความว่าห่วยในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วาสนา ปรากฤษณ์. (2552). *ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี. (2551). *รูปแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. *วารสารวิจัยระบบ
สาธารณสุข*, 2(1), 82-90.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธ์ สาคัญ. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถิตเวชระเบียน *โรงพยาบาลวังน้ำเขียว*. (2556). นครราชสีมา: โรงพยาบาลวังน้ำเขียว.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สมัย พรหมประดิษฐ์. (2546). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยการประยุกต์การคิดตามหลัก
โยนิโสมนสิการของศาสนาพุทธต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานทะเบียนอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. (2556). *โครงสร้างประชากร*.
นครราชสีมา: ม.ป.พ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามจังหวัด เพศ เขตการปกครองและภาค*
พ.ศ. 2556. เข้าถึงข้อมูลได้จาก http://www.service.nso.go.th/.../2556.../00_elderly_2500_000_000000_00300.xls
- สำนักยุทธศาสตร์และการประเมินผล. (2556). *สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2556*. กรุงเทพฯ:
คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ก). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2554*. *วารสารรายงานการเฝ้าระวังระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*,
44(10), 145-152.

- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556 ข). รายงานการเฝ้าระวังโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2555. *วารสารรายงานการเฝ้าระวังโรคระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*,
44(51), 801-808.
- สุธีรา ตั้งตระกูล. (2538). *การศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความ
ว่าหวู่ในผู้ป่วยสโตริก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัด
อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสาวนีย์ ไหมดี. (2550). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความว่าหวู่ในผู้สูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Adelman, A. M. (2001). Managing chronic illness. In A. M. Adelman, M. P. Daly, & B. D. Weiss,
20 Common problems in geriatrics (pp. 4-15). New York: McGraw-Hill.
- Baarsen, B. (2000). Theories on coping with loss: The impact of social support and self-esteem on
adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life.
The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences, 57(1), S33-S42.
- Brook, H. R., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A. Roger, W. H.,
Williams, K. N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures.
Field. Medical Care, 17(7), 1-131.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness*. New York: W. W. Norton.
- Clark, M., & Anderson, B. G. (1980). Loneliness and old age. In J. Hartog., J. Ralph, & Y. A.
Cohen (Eds.), *The anatomy of loneliness* (pp. 259-283). New York: International
University press.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. In
S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and
intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-20). New York: Oxford
University Press.

- Coopersmith, S. (1984). *Self-esteem inventory* (2nd ed.). California: Consulting Psychologists Press.
- Cruz, A. D. (1986). On loneliness and the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 12(11), 22-27.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Francis, G. M. (1981). *Loneliness: A study of hospitalized adults*. Doctoral dissertation, University of Pennsylvania.
- Gierveld, J. J., Tilburg, T. V., & Dykstra P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). New York: Cambridge University Press.
- Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factor affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and behavioral Sciences*, 9, 2083-2089.
- Holmén, K., Ericson, K., Andersson, L. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 43-51.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 762-770.
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontologic nursing*. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Mahon, N. E., & Yacheski, A. (1990). The dimensionality of the UCLA loneliness scale in elderly. *Research in Nursing & Health*, 13, 45-52.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pallant, J. (2007). *SPSS: Survival manual* (3rd ed). Berkshire: McGraw Hill.
- Patrick, W., & Cacioppo, J. T. (2008). *Loneliness*. New York: W. W. Norton.
- Peplau, L. A. (1988). *Loneliness: New direction in research*. Retrieved from http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2088.pdf
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). *Loneliness*. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health Vol. 2* (pp. 571-581). San Diego, CA: Academic Press.

- Piboon, K. (2011). *A causal model of depression among older adults in Chonburi province*. Doctoral dissertation, Philosophy in Nursing (International program), Faculty of Nursing, Burapha University.
- Rane-Szostak, D., & Herth, K. A. (1995). Pleasure reading, other activities, and loneliness in later life. *Journal of Adolescent & Adult Literacy*, 39(2), 100-108.
- Robert, S. L. (1986). *Loneliness behavior concept and critically ill patients* (2nd ed.). Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Rodgers, B. L. (1989). Loneliness. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(8), 19-21.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Ryan, M. C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(5), 6-11.
- Sesenwain, R. J. (1964). *Loneliness and the individual as viewed by himself and others*. Columbia: Columbia University.
- Shaver, P. R., & Klinnert, M. (1982). Schachter's theories of affiliation and emotion: Implications of developmental research. In L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 3, pp. 37-72). Beverly Hills, CA: Sage.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Robert, B., Richardson, E., Abbott, P., & McKee, M. (2013). *Loneliness: Its correlates and association with health behaviours and outcome in nine countries of the former soviet union*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701665/#>
- Sumngern, C. (2011). *Study of factors influencing the Thai elderly on herbal medicine consumption*. Doctoral dissertation, Nursing Science, University of Porto.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In O. Strickland, & C. Dilorio (Eds.), *Measurement of nursing outcome* (pp. 161-172). New York: Springer.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationship. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). New Jersey: Prentice Hall.

World Health Organization [WHO]. (2011). *Health Impact Assessment (HIA)*. Retrieved from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/#>

World Health Organization [WHO]. (2013). *Chronic disease*. Retrieved from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่
แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความ
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก
การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Factors Influencing Loneliness Among the Elderly with Chronic Illness

ชื่อนิสิต นางสาวศศพร เทยาณรงค์

รหัสประจำตัวนิสิต 52920707

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01-09-2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 120 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังน้ำเขียว อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 10 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2557

ลงนาม.....จินตนา วัชรสินธุ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบคัดกรองภาพสมอง

แบบประเมินสมรรถภาพสมองโดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมองแบบย่อฉบับ ภาษาไทย

(MMSE Thai 2002)

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน และในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- | | | | |
|-----|--------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 | วันนี้วันที่เท่าไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | วันนี้วันอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | เดือนนี้เดือนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | ปีนี้ปีอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | ฤดูนี้ฤดูอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2. Orientation for place (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- | | | | |
|-------|---|-------|--------------------------|
| 2.1 | กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล | | |
| 2.1.1 | สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 | ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.3 | ที่อยู่ในอำเภอ-เขตอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 | ที่นี่จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 | ที่นี่ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ | | |
| 2.2.1 | สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 | ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/ คุ่ม/ ย่าน/ ถนนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 | ที่นี่อำเภอเขต/ อะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 | ที่นี่จังหวัดอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 | ที่นี่ภาคอะไร | | <input type="checkbox"/> |

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย...) ตั้งใจฟังให้คินะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้ คุณ (ตา, ยาย...) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้คิเด็ยดิฉันจะถามซ้ำ

การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/ Calculation (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (5 คะแนน)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิเป็นทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิคิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลเท่าไรบอกมา”

.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและคิผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1,2,หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิคิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...)”

สะกดคิออกหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า

มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย...) สะกดคิออกหลัง ให้ฟังคิ

.....

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่างจำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นคิคินสอให้ผู้ถูกทดสอบคิแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

.....

6.2 ชี้นำพิกาะ่มือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้

“แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว”

“ใครใคร่ขายไปไหน”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย....)

รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปเป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย....)

อ่านแล้วทำตาม (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

หลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้จะเป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

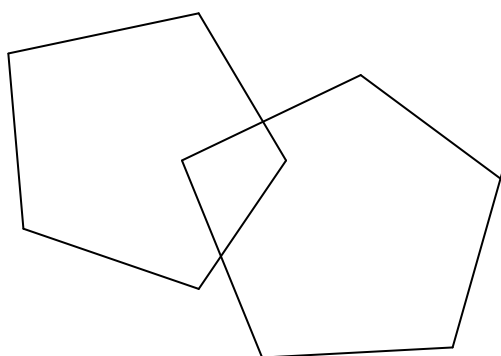
.....

ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”

(ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

หลับตา

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

1. อายุของท่าน คือ (มากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

อายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี อายุ 80 ปีขึ้นไป

2. เพศ

ชาย หญิง

3. ศาสนา

พุทธ คริสต์
 อิสลาม อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด คู่
 หม้าย หย่าร้าง
 แยกกันอยู่ อื่น ๆ.....

5. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ ปวช.
 ปวส./ อนุปริญญา ปริญญาตรี
 ปริญญาโท และมากกว่า ไม่ได้เรียนหนังสือ
 อื่น ๆ.....

6. ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

บำนาญ การประกอบอาชีพ
 บุตร-หลาน เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
 อื่น ๆ.....

7. รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายของท่านหรือไม่

เพียงพอ ไม่เพียงพอ

8. ท่านมีโรคประจำตัวอะไร (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
 โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง
 โรคหัวใจ อื่น ๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ภายหลังเป็นโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ฟังซ้ำๆ และขอให้ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามีในระดับใด ซึ่งมีคำตอบให้ท่านเลือก 4 ระดับดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมาก
1. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยในอดีตมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ				
2. คิดว่าอดีตตนเองมีสุขภาพดี				
3. รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นตามที่แพทย์บอก				
4.				
5.				
6.				
7. เชื่อว่าร่างกายของตนเองจะค่อย ๆ แข็งแรงขึ้น				
8. คิดว่าปฏิบัติตามการงานได้ตามปกติ				
9.				
10.				
11.				
.				
.				

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยมาก
.				
.				
16.				
17.				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน ผู้วิจัยจะถามท่านเกี่ยวกับข้อมูลต่อไปนี้ ขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่นและปลอดภัย							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8. ท่านและเพื่อนของท่านจะช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน							
9. ท่านมีส่วนช่วยเหลือ และสนับสนุน ให้ผู้อื่น ได้พัฒนาทักษะและสิ่งที่เขา สนใจ							

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ท่านมีญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่พร้อมให้ความช่วยเหลือท่านแม้ว่าเขาเหล่านั้นจะทราบว่าท่านไม่สามารถตอบแทนเขาได้							
11.							
.							
.							
.							
15.							

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความเป็นจริง และตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (ท่านรู้สึกมากน้อยเพียงใดในเรื่องต่อไปนี้)

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว					
2. ได้รับการเคารพยกย่องจากคนอื่นในครอบครัวและในสังคม					
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาเรื่องต่างๆ ให้แก่คนอื่นได้					
4. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน					

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. ท่านรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว					
6. ท่านสามารถทำกิจการงานในบ้านได้เป็นอย่างดี					
7. ท่านรู้สึกว่าที่ผ่านมัตนเองประสบความสำเร็จพอที่จะยกเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานได้					
8. ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวมีความอบอุ่นเมื่ออยู่ใกล้ชิดกับท่าน					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบวัดความว่าเหวนี้ ต้องการทราบความรู้สึกของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาแต่ละข้อว่าตรงกับความรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริงของท่านเพียงใดในคำตอบมีให้เลือก 4 คำตอบ คือ

จริงที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านมากที่สุด

จริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านมาก

จริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านน้อย

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับตัวท่านเลย

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง มาก	จริง น้อย	ไม่จริง เลย
	ด้านการสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญ				
1	สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยข้าพเจ้าเสมอ				
2	สมาชิกในครอบครัวแสดงความสนใจ เคารพให้เกียรติ ข้าพเจ้าเสมอ				
3	สมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยยุ่ง เกี่ยวกับ				
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียวในบ้าน				
8	.....			
9	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีคนทีพุดคุยด้วยได้				
10	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่เฝ้าบ้านเท่านั้น				
11	บุตรหลานไม่มีเวลาให้ข้าพเจ้าเลย				
12	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเหมือนคนแปลกหน้า				
13	.....			
14	.....			
15	.....			
16	.....			
17	.....			
	.				
	.				
24	.....			
25	.....			
	.				
	.				
35	.....			

ข้อที่	ข้อความ	จริง ที่สุด	จริง มาก	จริง น้อย	ไม่จริง เลย
36				
37				
38				
39				
40				

ภาคผนวก ง

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความหวาดหวั่นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ความว่าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (N= 120)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	61.85	9.75
การสนับสนุนทางสังคม	98.34	11.12
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	68.13	9.50
ความว่าเหวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	87.68	12.25

ภาคผนวก จ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์

คือ ความว่าเหวของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับตัวแปรเกณฑ์ คือ ความว่าเหว
 ของผู้สูงอายุ (N = 120)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	BETA(B)	p
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.414	.140	-.885	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.976	.160	.329	.001

N = 120 F = 6.73 df = 119 p < .05 R² = .409 Adjust R² = .399

ภาคผนวก จ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแสดงในรูปตารางเมตริกสหสัมพันธ์
(Correlation matrix)

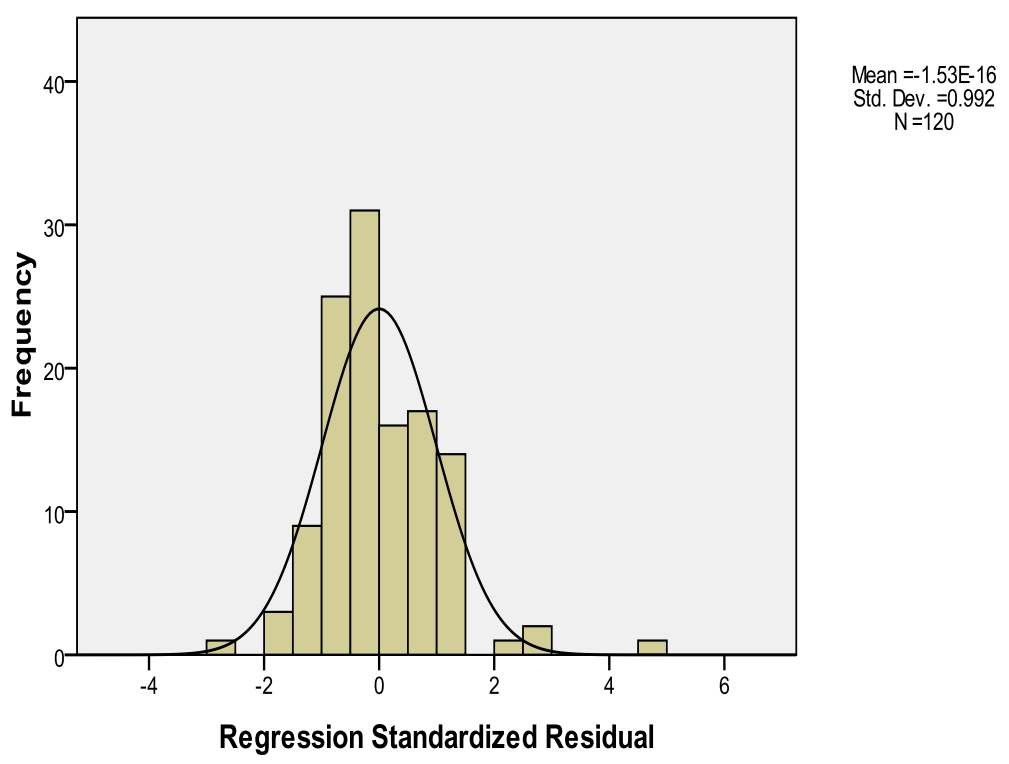
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยแสดงในรูปตารางแมตริกสหสัมพันธ์
(Correlation matrix)

ตัวแปรทำนาย	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ							
2. เพศ	.000						
3. สถานภาพสมรส	.336 **	.045					
4. ความเพียงพอของรายได้	.074	-.072	-.262 **				
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.133	.082	-.259 **	.065			
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.189 *	.104	-.276 **	.067	.829 **		
7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.228 **	.037	-.320 **	-.060	.798 **	.820 **	
8. ความวิตกกังวล	.176	-.035	.080	-.01	-.404 **	-.612 **	-.441 **

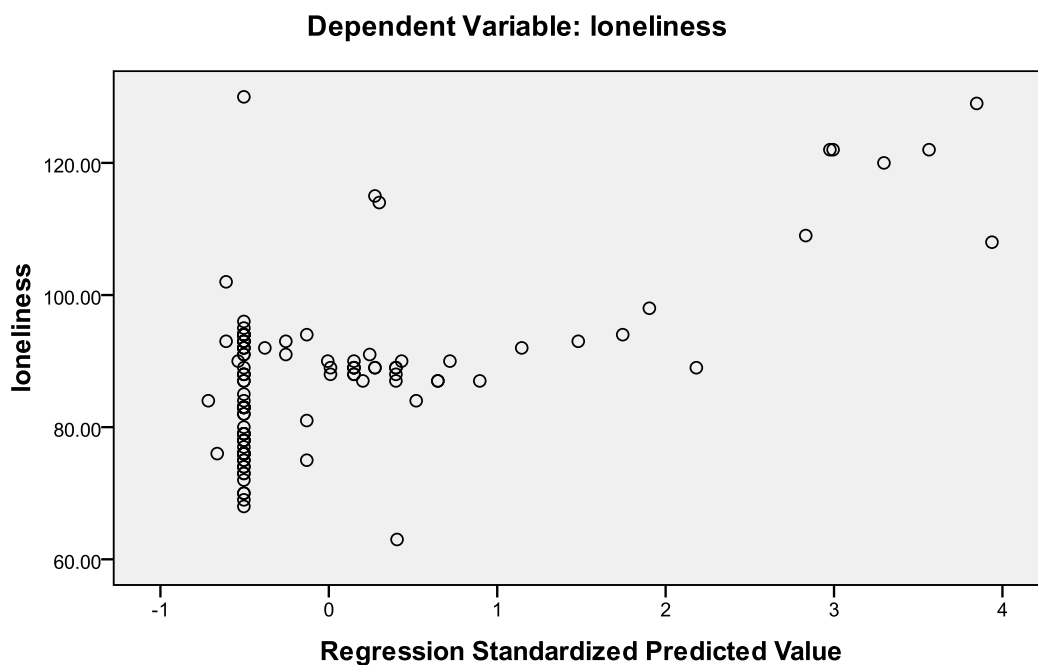
*p < .05, **p < .01

Histogram

Dependent Variable: Loneliness



Scatterplot



ผลการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจาก Scatterplot of the standardised residuals พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่เกาะกลุ่มกันตรงกลาง นอกจากนั้นเมื่อพิจารณา Outlier พบว่ามี Standardised residuals ที่อยู่เกินค่า 3.3 (ปกติควรอยู่ระหว่าง -3.3 ถึง 3.3 (Pallant, 2007))

ภาคผนวก ข

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุโดยรวม และรายข้อ

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุโดยรวม และรายข้อ
(n = 120)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. สมาชิกในครอบครัวรักและห่วงใยข้าพเจ้าเสมอ	1.40	.628	น้อยที่สุด
2. สมาชิกในครอบครัวแสดงความสนใจ เคารพให้เกียรติ ข้าพเจ้าเสมอ	1.37	.635	น้อยที่สุด
3. สมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยยุ่ง เกี่ยวกัน	3.56	.914	มากที่สุด
4. เวลาข้าพเจ้าพูดอะไร สมาชิกในครอบครัวฟังด้วยความ ตั้งใจ	1.53	1.137	น้อยที่สุด
5. ในแต่ละวัน สมาชิกในครอบครัว มีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากัน เสมอ	1.80	1.00	น้อย
6. สมาชิกในครอบครัวไม่เคยพูดคุยกับข้าพเจ้าในเรื่องที่ทำให้ ข้าพเจ้าอ่อนคลายเลย	3.20	1.09	มาก
7. ข้าพเจ้ารู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียวในบ้าน	3.47	1.01	มากที่สุด
8. เมื่อมีความทุกข์ใจมีคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจข้าพเจ้า เสมอ	1.63	1.187	น้อยที่สุด
9. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีคนที่พูดคุยด้วยได้	1.11	2.27	น้อยที่สุด
10. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองมีหน้าที่เฝ้าบ้านเท่านั้น	3.38	.927	มากที่สุด
11. บุตรหลานไม่มีเวลาให้ข้าพเจ้าเลย	3.45	.731	มากที่สุด
12. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเหมือนคนแปลกหน้า	4.06	3.787	มากที่สุด
13. ข้าพเจ้ายังคงติดต่อถามสารทุกข์สุกดิบกับเพื่อนอยู่เสมอ	2.07	.988	น้อย
14. ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การคบหาสมาคมกับผู้อื่นทุกวันนี้ไม่ค่อย จริงใจต่อกัน	.55	1.01	น้อย
15. ข้าพเจ้าไปร่วมกิจกรรมของสมาคม ชมรม หรือองค์กรที่ เป็นสมาชิกอยู่เสมอ	1.37	.756	น้อยที่สุด
16. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคนทั่วไป มีการคบหาสมาคมเข้ากันได้ดีกับ ข้าพเจ้า	1.25	.601	น้อยที่สุด
17. ข้าพเจ้าชอบพูดคุยกับผู้อื่น	1.29	.726	น้อยที่สุด

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
18. ข้าพเจ้าชอบคบหาสมาคมกับผู้อื่น	1.30	.762	น้อยที่สุด
19. ข้าพเจ้าสามารถหาเพื่อนใหม่ได้ง่าย	1.44	.941	น้อยที่สุด
20. ข้าพเจ้าไม่มีโอกาสไปพบปะพูดคุยกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันเลย	2.66	1.44	มาก
21. ข้าพเจ้าไม่เคยไปร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานต่าง ๆ กับเพื่อนเลย	3.23	1.19	มาก
22. เวลาบ้านใกล้เรือนเคียงเขามีงานบุญ หรือมีงานต่าง ๆ ข้าพเจ้าไปร่วมงานเสมอ ๆ	1.27	.732	น้อยที่สุด
23. ข้าพเจ้ารู้สึกที่ไม่สนิทสนมกับใครอีกแล้ว	3.39	1.132	มากที่สุด
24. ข้าพเจ้ารู้สึกถึงความสนใจของข้าพเจ้าไม่ตรงกับคนรอบข้าง	3.28	1.39	มากที่สุด
25. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจที่เป็นภาระแก่บุตรหลาน	2.95	1.36	มาก
26. ข้าพเจ้ารู้สึกภูมิใจว่าข้าพเจ้ามีคนที่พึ่งพาได้	1.40	.654	น้อยที่สุด
27. ข้าพเจ้าได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	1.80	.725	น้อย
28. คำพูดบางอย่างของสมาชิกในครอบครัวทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกน้อยใจ	1.36	1.315	น้อยที่สุด
29. ข้าพเจ้ารู้สึกเสียใจที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว	2.30	1.600	น้อย
30. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาไม่เคยบอกเล่าเพื่อขอคำแนะนำตัดสินปัญหาจากข้าพเจ้าเลย	2.35	1.45	น้อย
31. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจที่มีคนเข้าใจข้าพเจ้า	1.38	.700	น้อยที่สุด
32. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีคนที่ข้าพเจ้าสามารถหันหน้าไปปรึกษาได้เลย	2.27	1.654	น้อย
33. ข้าพเจ้าไม่อยากพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวเพราะไม่ต้องการมีเรื่อง	2.13	1.46	น้อย
34. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากติดต่อกับใคร	2.77	1.35	มาก
35. ในวันหนึ่ง ๆ ข้าพเจ้าแทบไม่ได้คุยกับสมาชิกในบ้านเลย	3.04	1.07	มาก

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
36. ข้าพเจ้ามีหน้าที่ที่ต้องทำภายในบ้านในแต่ละวัน	2.40	1.04	มาก
37. สมาชิกในครอบครัวทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	1.27	.66	น้อยที่สุด
38. ข้าพเจ้ามีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าผู้อื่นในวัยเดียวกัน	1.50	.76	น้อยที่สุด
39. ข้าพเจ้ามีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน			
40. ขณะนี้ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ประโยชน์กับสมาชิกในครอบครัว	3.50	.819	มากที่สุด
	3.49	.84	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความไว้หวัคือ สมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยยุ่ง เกี่ยวกัน ($M = 3.56, SD = .914$) รองลงมา คือ ข้าพเจ้ามีความภาคภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน ($M = 3.50, SD = .819$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้าพเจ้ารู้สึกว่า การคบหาสมาคมกับผู้อื่นทุกวันนี้ไม่ค่อยจริงจังต่อกัน ($M = .55, SD = 1.01$)

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
4382
5 กพ. 67
16.18 น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๕๓๖
 ที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๓๙๓ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ -๐๓๖/๑๓๓
 เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๒๓๙๓ ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวศศพร
 เทยานรงค์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จากดัชนีนิพนธ์
 เรื่อง A causal model of depression among older adults in Chonburi province ของคุณกาญจนา
 พิบูลย์ เพื่อประกอบการทำโครงการวิจัยฯ ความทราบแล้วนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้
 ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เจ้าสว. ๑๓๓๓

๑. พี่สาวพี่สาว

๒. พี่สาวพี่สาว

๓. พี่สาวพี่สาว

เจ้าสว. ๑๓๓๓

ทพ/อ.เอกวิมล ๑๓๓๓ /๑๓๓๓

- อ.เอกวิมล ๑๓๓๓ + อ.วิมล ๑๓๓๓

๑๓๓๓ (๑๓๓.๑๓.๑๓) ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

๑๓๓๓ ๑๓๓๓ + ๑๓๓๓ ๑๓๓๓

๑๓๓๓

Prof. Chommanond -



คณะพยาบาลศาสตร์	บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา	ภาควิชาการพยาบาล
ที่ ๒๕๖๖	คณะพยาบาลศาสตร์
วันที่ ๑๕.๑.๒๕๖๖	Co. as. ๒๕๖๖
เวลา ๘.๕๖	Co. as. ๒๕๖๖
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล	

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๐๗๐

โทร. ๐๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๔๑๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๑๐๒๖๖

วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๗๒๒ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗

ตามที่ นางสาวศศพร เทียนรงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายความน่าเชื่อถือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง" โดยมี อ.ดร.ชมนาด สุ่มเงิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข (ภาคพิเศษ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๕๔ เรื่อง "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา" ของ นายชุตติเดช เจียนคอน ซึ่งมี รศ.ดร.นวรรตน์ สุวรรณมณี ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวศศพร เทียนรงค์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่าเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



0 12/10/25

คณะพยาบาลศาสตร์	- 8201	นักเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยบูรพา	- 2629	นักเทคนิคการแพทย์
ที่	2629	
วันที่	๑๗ พ.ย. ๕๗	ปรีชานันต์ อดิสร
เวลา	๘.๓๒ น.	ผู้ส่งเอกสาร
		ศาสตราจารย์ ดร. (อ.ร. ๘๗๓๑)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนต์ลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทร. ๐๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐๒-๔๔๑๙๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๑๐๐๖๙

วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗ / ๑๗๒๑ ลงวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๗

ตามที่ นางสาวศตพร เททยานรงค์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อยู่ในระหว่างจัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง” โดยมี อ.ดร.ชมนาด สุ่มเงิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนักศึกษามีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ

๑) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๔๐ เรื่อง “ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” ของนางสาววนิดา หาญคุณกุล ซึ่งมี รศ.พาริตดา อิบราฮิม ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

๒) แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๓๙ เรื่อง “การศึกษาความว่าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง” ของ นางสาวเปรมฤดี ศรีราม ซึ่งมี ผศ.บังอร ผลเนื่องมา ทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้วไม่ขัดข้องอนุญาตให้ นางสาวศตพร เททยานรงค์ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าว มาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ถ้าหากมีการละเมิดเกิดขึ้นข้าพเจ้ายินยอมให้ คณะพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการตามกฎหมาย อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรือ

..... /๒.

งานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และ แบบฟอร์ม พย.ม. ๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มและ
ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และขอให้
ดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวข้างต้น จำนวน ๒๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือ
วิจัย ๑ ชุดรวมทั้งสิ้นเป็นเงิน ๖๐๐ บาท โดยส่งภณณัติสั่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ในนาม

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ ๒ ถนนวิ้งหลัง แขวงศิริราช
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐
โทร. ๐-๒๔๑๙-๗๔๖๖-๘๐ ต่อ ๑๔๑๑, ๑๔๑๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

๐๐๐

(รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

เรื่อง คณบดี

ด้วย มีมติที่ประชุมคณบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้มอบหมายให้ใช้ใบสั่งจ่าย ๖๐๐ บาท ของ รศ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ

และขอให้ อ.เห็นพร ชำระตามใบสั่งจ่ายใช้เครื่องมือวิจัย

จำนวน ๒๐๐ บาท ต่อเครื่องมือ ๑ ชุด

โดยส่งคณณัติสั่งจ่าย ป.ณ. ศิริราช ไปรษณีย์ ๒๖๒๑๐๑๑๑

จึงเรียนมาเพื่อ

๑.โปรดทราบ และแจ้งทราบ

พ. ๒๖๒๑๐๑๑๑ แจ้ง รศ.ดร.อารยา พงษ์หาญยุทธ

ประธานหลักสูตร ผู้สูงอายุ (คณ. อ.ร.ร.)

อ.เห็นพร (อ.เห็นพร อ.ร.ร.) โทร

โทร ๒๖๒๑๐๑๑๑ (ท. ๒๖๒๑๐๑๑๑) โทร ๒๖๒๑๐๑๑๑

อ.เห็นพร โทร ๒๖๒๑๐๑๑๑

๒๖๒๑๐๑๑๑

พว/อ.เห็นพร ๒

๒๖๒๑๐๑๑๑