

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้เหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญลย์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

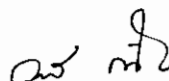
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กรกฎาคม 2558


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

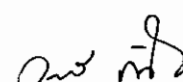
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ลัญชณา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ ณ บัณฑิตวิทยาลัย นี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

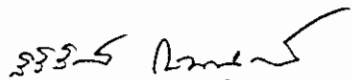
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

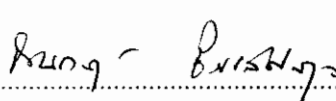

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

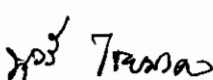

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ)


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


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกนุช ชื่นเลิศสกุล)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


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

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ แนวทางที่ถูกต้องตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดี เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้และ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่าน ที่ได้กรุณาสละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่าในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครอบครัว ลูกชาย ที่ให้การสนับสนุน ให้ กำลังใจด้วยความรักและห่วงใยตลอดมา และขอบคุณ พี่ เพื่อน และน้อง ๆ ทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้อย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการทำ วิทยานิพนธ์นี้

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญลย์

51960584: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความว่าเหว่/ ผู้สูงอายุ/ การสนับสนุนทางสังคม

ลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (FACTORS INFLUENCING LONELINESS OF THE ELDERLY IN SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS) กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์:วาริ กังใจ, พย.ค. 85 หน้า. ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนมิถุนายน 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม 2557 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งค่าความเที่ยง เท่ากับ .87, .86, .70, .93 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.12$, $SD = 10.13$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.276, -.372, -.669$ และ $-.239$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7 ($R^2 = .447$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .01$)

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ

51960584: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: LONELINESS/ OLDER ADULTS/ SOCIAL SUPPORT

LUNCHANA PHIMPHANCHAIYABOON: FACTORS INFLUENCING LONELINESS OF THE ELDERLY IN SOCIAL WELFARE DEVELOPMENT CENTER FOR OLDER PERSONS. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S. 85 P. 2015.

This predictive research aimed to determine influencing factors of loneliness of the elderly in social welfare development center for older persons. Samples were 100 older adults living in Social Welfare Development Center for Older Persons recruited by simple random sampling technique. Individual interview was performed for data collection during June and July, 2014. Instruments used in study consisted of the Loneliness Interview Form, the ADL Index, the Self-Esteem Interview Form, the Social Support Interview Form, and Health Perception Assessment with their reliabilities of .87, .79, .70, .93, and .89 respectively. Percentage, mean, standard deviation, stepwise multiple regression were computed for data analysis.

The results revealed that the loneliness of older adults was at a moderate level ($M = 44.12$, $SD = 10.13$). Activities of daily living, self-esteem, social support, and health perception negatively related to loneliness of elderly at the significant level of .01 ($r = -.276, -.372, -.669$, and $-.239$ respectively). Only social support could predict loneliness of the elderly with 44.7 % ($p < .01$).

Findings suggested that nurses who provide care for elderly living in Social Welfare Development Center should develop nursing intervention for enhancing social support in order to reduce their loneliness.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ.....	9
ความจำห่วยในผู้สูงอายุ	14
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความจำห่วยของผู้สูงอายุ	19
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	37
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
4 ผลการวิจัย	44
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุป และอภิปรายผล	49
สรุปผลการวิจัย	49
อภิปรายผล	49
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	52
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	53
บรรณานุกรม	54
ภาคผนวก	60
ภาคผนวก ก	61
ภาคผนวก ข	64
ภาคผนวก ค	67
ภาคผนวก ง	75
ภาคผนวก จ	77
ภาคผนวก ฉ	80
ภาคผนวก ช	82
ประวัติย่อของผู้วิจัย	85

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4-1	จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 45
4-2	ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ 47
4-3	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร..... 47
4-4	สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 48

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2-1 Model of the causes of loneliness.....	20

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก และในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นผลจากการที่ อัตราเกิดของคนไทยลดลงอย่างมาก และชีวิตของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น โครงสร้างอายุของประชากรไทยจะสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2545 และครั้งล่าสุดเมื่อปี พ.ศ. 2554 ได้แสดงแนวโน้มเพื่อนำไปพิจารณาประกอบการวางแผนและนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรสูงอายุในอนาคต ในเรื่องการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุที่อาศัย อยู่ตามลำพังคนเดียวและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนสูงขึ้น การอยู่ตามลำพังมีผลต่อการดูแลและระยะยาว ในด้านผู้ดูแลหรือระบบการดูแลเฝ้าระวังผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2554 ได้แสดงว่า มีผู้สูงอายุประมาณหนึ่งในสาม มีรายได้ต่ำและยากจน ในอดีตแหล่งรายได้สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุไทย คือ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุตร แต่ผลการสำรวจพบว่า แหล่งรายได้จากบุตร ได้ลดลงจากร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือเพียงร้อยละ 40 ในปี พ.ศ. 2554 ในขณะที่จำนวนประชากร สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และหากผู้สูงอายุเกษียณจากงานหรือ ไม่มีรายได้จากการทำงาน การวางแผนและมาตรการสร้างหลักประกันความ มั่นคงด้านรายได้เพื่อการยังชีพของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่รัฐบาลต้องดำเนินการ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556) ทำให้ประเทศไทยต้องมีมาตรการรองรับในทุกด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นนี้ทำให้มีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุเกิดขึ้นจำนวนมากทั้งภาครัฐบาลและเอกชน เพื่อรองรับและช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่งพิง ซึ่งต้องการการจัดบริการทางสังคม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ดำเนินการ โดยภาครัฐภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 ซึ่งกำหนดสิทธิและประโยชน์ที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหนึ่งของรัฐที่มีหน้าที่ในการจัดบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ดำเนินการเพื่อให้บริการช่วยเหลือผู้สูงอายุในลักษณะของสถานสงเคราะห์ สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง ถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล หรือไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวของ

ตนเองได้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้เปลี่ยนชื่อมาจาก “สถานสงเคราะห์คนชรา” เพื่อเป็นศูนย์สวัสดิการด้านผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปัจจุบันมี 12 แห่งทั่วประเทศ มีผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการ จำนวน 1,317 คน (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2555) ถึงแม้ว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จะจัดบริการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุแล้วก็ตาม แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาในการดูแลอีกหลายประการ

สภาพการณ์ของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุของรัฐนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับล่าง สาเหตุที่เข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพราะปัญหาสุขภาพและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทางร่างกาย ผู้สูงอายุชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุหญิง มีความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณน้อยกว่าผู้หญิง ส่วนด้านศักยภาพ พบว่า ผู้สูงอายุชายต้องการทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนและสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และประการสุดท้าย ผู้สูงอายุหญิงมีความต้องการอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุตลอดไปมากกว่าผู้ชาย (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สินธุนาวา และนภัส ศิริสัมพันธ์ 2543) ส่วนปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปัญหาหนึ่งคือ ความว้าเหว (สมัย พรหมประดิษฐ์, 2546) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทร วงศาโรจน์ (2547) เรื่อง ภาวะว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาชีพก่อนเข้าอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ คือ อาชีพเกษตรกรและมีรายได้ไม่แน่นอน ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจที่ได้รับการดูแลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีภาวะว้าเหวอยู่ในระดับปานกลาง

ความว้าเหวเป็นประสบการณ์ที่ไม่น่ายินดี เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องทางด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นในทางปริมาณและคุณภาพ (Peplau & Perlman, 1982) เป็นสถานะทางความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่มีระดับความไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ความว้าเหวมักเกิดร่วมกับความสูงอายุ และเป็นปัญหาที่รุนแรงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งต้องประสบปัญหาการขาดสัมพันธภาพกับครอบครัว และการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ เมื่อผู้สูงอายุเกิดความว้าเหวแล้วและไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังผลการศึกษาของ สุรินทร์ มีลาภสัน (2539) เรื่อง ปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว จะรู้สึกหมดหวัง

รู้สึกไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย ปราศจากความหวัง ขาดกำลังใจ เกิดความกลัว รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกว่างเปล่า เหมือนถูกแยกออกมาจากสังคม โศกเศร้า หดหู่ใจ รู้สึกกระวนกระวายใจ และเบื่อหน่าย ส่วนด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เก็บตัวอยู่ในห้องคนเดียว ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมคนเดียว และคิดว่าตนเองอยู่คนเดียว มีอคติ เป็นคนเข้มงวด แยกตนเองออกจากสังคม ในด้านความคิดเห็น พบว่า ผู้สูงอายุแสดงออกโดยการตำหนิตนเอง การเรียนรู้ความจำบิดเบือน เกิดความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่น คิดหมกมุ่นในเรื่องตนเอง ส่วนด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมักจะแสดงออกโดยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ มึนงง ปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เช่น การนอนมากกว่าปกติเพื่อหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย หรือนอนไม่หลับเลย เป็นต้น

ความว้าเหวของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (นงเยาว์ พลโทพงษ์, 2550) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) การสนับสนุนทางสังคม (พิศมัย ลีโรตมรัตน์, 2553) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (ฉวีวรรณ ภิรมณ์ชน, 2547) ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น จากการศึกษาของ Hacihasanoglu, Yildirim, and Karakurt (2012) เรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ นงเยาว์ พลโทพงษ์ (2550) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง จะมีความว้าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย จะมีความว้าเหวมาก ส่วนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น จากการศึกษาของ วาสนา ปรากูวงศ์ (2551) เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์ความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความว้าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว้าเหวมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพโยม เขยสมบัติ (2547) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว้าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความว้าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว้าเหวมาก

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้น พบว่าเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุเช่นกัน ดังการศึกษาในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง พบว่า การอยู่เพียงลำพังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว (De jong-Gierveld, 1987) ในผู้สูงอายุที่ไม่มีการติดต่อกับสังคมภายนอกหรือต้องเกษียณอายุแล้วอาศัยอยู่แต่ในบ้านเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวตามมาเช่นกัน ส่วนปัจจัยด้านภาวะสุขภาพนั้น จากการศึกษาของ ฉวีวรรณ ภิรมณ์ชน (2547) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี จะมีความรู้สึกว่าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี จะมีความรู้สึกว่าเหวมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) เรื่อง ความรู้สึกเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สิริหทัย มูลฉวี (2541) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุ ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาโดยเลือกตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ ที่ได้ทราบปัจจัยทำนายความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน ทำการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557

ตัวแปรในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความว่าเหวในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความว่าเหว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ไม่น่ายินดี ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุขาดพร่องไปในวิถีที่สำคัญไม่ว่าจะในทางปริมาณหรือในทางคุณภาพ เป็นการประเมินด้านร่างกายการเจ็บป่วยทางกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ประกอบด้วย แบบแผนทางอารมณ์ (Affective patterns) แบบแผนทางความคิด (Cognitive pattern) แบบแผนทางด้านพฤติกรรม (Behavior patterns) และประเมินด้านสังคม ผลกระทบของความว่าเหวในด้านสังคม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของ สุพรรณณี

นันทชัย (2534) ดัดแปลงมาจากแบบวัดความเหงาของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness scale หรือ UCLA Loneliness scale) (Russell, Peplau, and Cutrona, 1980)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนา การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียง ไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้อง 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระ และ 10) การควบคุมการขับถ่าย ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542)ก. ดัดแปลงมาจาก Barthel ADL index ของ Barthel and Mahoney (1965)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการยอมรับ มีความเคารพนับถือในตนเอง มีความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ มองตนในทางบวก เห็นว่าตนเป็นคนมีค่า และตัดสินใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) แปลมาจากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ คือ ความรักใคร่ผูกพันทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็นความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ฉบับภาษาไทย ที่ Piboon (2011) แปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert (2003)

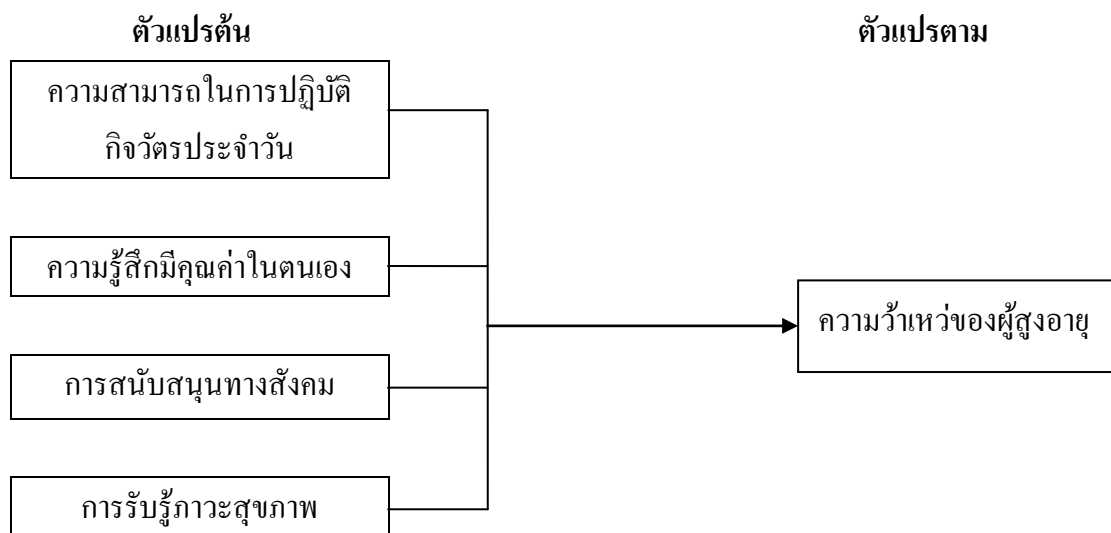
การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก และความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุ ประเมินสุขภาพของตนเองโดยรวมเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณณี ธีระเจตกุล (2539) ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake, Cowart, and Pellet (1989)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดของการวิจัย โดยใช้แนวคิดความว่าเหว่ของ Peplau and Perlman (1982) ซึ่งได้ให้ความหมายของความว่าเหว่ในผู้สูงอายุไว้ว่า ความว่าเหว่เป็นประสบการณ์ที่ไม่น่ายินดี เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องทางด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นในทางปริมาณและคุณภาพ และได้จำแนกลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ว่าเหว่ไว้ 3 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนที่ 1 แบบแผนด้านอารมณ์ (Affective patterns) คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง เศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากอดทน และรู้สึกรังเกียจตัวเอง แบบแผนที่ 2 แบบแผนด้านความคิด (Cognitive patterns) กระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นควบคู่กับความว่าเหว่ มีอยู่ 3 ประการคือ 1) การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธ์ภาพของตนกับผู้อื่น 2) การที่บุคคลมุ่งความสนใจในประสบการณ์ของตน โดยเฉพาะความรู้สึกภายในของตน เป็นการหมกมุ่นกับตนเอง 3) การมองตนเองและผู้อื่นในทางลบ และแบบแผนที่ 3 แบบแผนด้านพฤติกรรม (Behavior patterns) เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อย การสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นยาก หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดความว่าเหว่ได้

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มาจากแนวคิดของ Peplau and Perlman (1982) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของ Peplau and Perlman (1982) กล่าวว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถสนับสนุนความว่าเหว่ของผู้สูงอายุได้ ปัจจัยที่มากกระตุ้นให้เกิดความว่าเหว่นั้น ประกอบด้วย 1) ลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความอายุ (Snyness) ขาดทักษะทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) ลักษณะสถานการณ์ ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม 3) วัฒนธรรมค่านิยม ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ (Individualism) และ 4) ปัจจัยที่เป็นเหตุการณ์มากกระตุ้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย การแบ่งแยกความรักความสัมพันธ์ หรือการย้ายไปยังชุมชนใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตทางสังคมของบุคคล และความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการ ได้รับทางสังคมไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้ สามารถส่งผลให้เกิดความว่าเหว่ได้ และเชื่อว่ากระบวนการรู้คิดทางสติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2550; พรเพ็ญ สำเภา, 2546; เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547; นงเยาว์ พลโทพงศ์, 2550) การสนับสนุนทางสังคม Piboon (2011) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (สุพรรณิณี ชีระเจตกุล, 2539) สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

ได้ ภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อเนื้อหาต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ
2. ความว่าเหวในผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

โครงสร้างประชากรและสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุไทย

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้ประชากรมีอายุขัยยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้น ขนาดหรือจำนวนของประชากรรวมและประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2503 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยจำนวนประชากรรวมเพิ่มจากประมาณ 26.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 67.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 สำหรับประชากรสูงอายุ จากการสำรวจสำมะโนประชากรไทย และข้อมูลการคาดประมาณ ประชากรไทยของสำนักสถิติแห่งชาติพบว่า ปี พ.ศ. 2503 มีประชากรสูงอายุ 1.5 ล้านคน หรือร้อยละ 5.4 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาในขณะ 50 ปี ปี พ.ศ. 2552 ประชากรสูงอายุเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคน หรือร้อยละ 11.5 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) บ่งชี้ว่าประเทศไทยก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Ageing society) อย่างสมบูรณ์ จากจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นเพราะมีอายุยืนขึ้น อัตราการตายลดลง และสะท้อนให้เห็นถึงภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

ประเทศไทยมีความตื่นตัวและเตรียมการ เพื่อรองรับการดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เพื่อประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัยติดตามประเมินผลการดำเนินการ รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ระบุว่า รัฐบาลต้องกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการท้องถิ่นได้เอง และกำหนดให้องค์กรส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหาร การบริหารงานบุคคล การเงินการคลัง ดังนั้น แนวทางการดำเนินการด้านผู้สูงอายุให้ประสบความสำเร็จ จึงถือเป็นภารกิจสำคัญของชุมชนและสังคมรวมทั้ง

ครอบครัวในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการวัยผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม อาหาร ภาวะสุขภาพ ความเครียด พฤติกรรมในการดำรงชีวิต และสารต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น เพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้มวลกระดูกลดลงและพุ่ง่ายขึ้น ปริมาณน้ำในเซลล์ลดลง แต่ปริมาณน้ำในเซลล์เท่าเดิมหรือลดลงเล็กน้อย ทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง จึงเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เช่น ผมร่วง เปลี่ยนสีเป็นสีเทา ผิวหนังเหี่ยวย่น ความสูงลดลง การเปลี่ยนแปลงแบ่งได้ตามระบบดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 ผิวหนัง บาง แห้ง เหี่ยวย่น มักมีอาการคัน มีง้ำเลือด เซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลง สีผิวจางลงแต่อาจมีจุดด่างขาว สีดำ หรือสีน้ำตาลมากขึ้น เกิดเป็นการตกกระ ต่อมเหงื่อลดน้อยลง การขับเหงื่อลดลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลง ของอุณหภูมิของอากาศไม่ได้ดี เกิดความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่ ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย ที่เห็นชัดคือ ขนรักแร้ ทั้งนี้ เนื่องจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อย

1.2 ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวาย เลนส์หรือกระจกตาขุ่น เกิดต่อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้ปวด เวียนศีรษะได้ง่าย มีน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้ง ระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย หู ประสาทรับเสียงเสื่อมไปเกิดหูตึง แต่จะได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดาหรือในระดับเสียงสูง จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องไป ทำให้การรับรู้กลิ่นลดน้อยลง ลิ้นรับรู้รสน้อยลง รับรสหวานสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ ฟันผุ หักแตกง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพินร่นลงไป ต่อมน้ำลาย ขับน้ำลายออกน้อย ทำให้ปากแห้ง

1.3 การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง น้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารลด น้อยลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ทำให้ท้องอืดง่าย เมื่ออาหารด้วยภาวะขาดอาหาร และโลหิตจางได้ ดับและดื่บอ่อน หน้าทีการทำงานเสื่อมไป อาจเกิดโรคเบาหวาน การเคลื่อนไหวของ ลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระ ไม่ปกติ ท้องผูกเสมอ ประกอบกับไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

1.4 กระจก ปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระจกบาง เปราะ พรุณ หักง่าย มีอาการปวดเจ็บกระดูกบ่อย ข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลง เกิดเจ็บ ปวด ข้อยึดติด เคลื่อนไหวลำบากพบน้อยคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก กล้ามเนื้อ เที่ยว เล็กกลง อ่อนกำลังลง ทำให้ทำงานออกแรงมากไม่ได้ เพลีย ล้าเร็ว และทรงตัวไม่ดี

1.5 ปอด ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้การขยายและยุบตัวไม่ดี ทำให้เหนื่อยง่าย

1.6 หัวใจ แรงบีบตัวน้อยลง ทำให้การหดตัวลดลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ด้วย อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจไวต่อสิ่งเร้าลดลง หลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนา และแข็งขึ้น เพราะมีไขมันมาเกาะ เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง

1.7 การจับถ่ายปัสสาวะ ใด มีหน้าที่เสื่อมไป จับของเสียได้น้อยลง แต่ขับน้ำออกมา มาก จึงถ่ายปัสสาวะมาก และบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน กระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อ หูรูด ที่ควบคุม การถ่ายปัสสาวะหย่อนไป ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ดี ในผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้ง

1.8 ระบบประสาทและสมอง เสื่อมไปตามธรรมชาติ ทำให้ความรู้สึกรู้ช้า ความจำ ถดถอย ความจำเรื่องราวในอดีต ความจำปัจจุบันไม่ดี การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า

1.9 ต่อมไร้ท่อ ผลิตภัณฑ์ฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้หน้าที่ของฮอร์โมนเหล่านั้น ลดลง ไปด้วย

1.10 ต่อมเพศ ทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่

2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธ ง่าย และซึมเศร้า

2.3 ความสนใจสิ่งแวดลอมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของผู้อื่น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

3.1 ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคม จะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจากสังคม

3.2 คนส่วนใหญ่มักมองว่า ผู้สูงอายุมีสรรพภาพ และความสามารถลดน้อยลง จึง ไม่ให้ความสำคัญ หรือไม่ให้ความรับผิดชอบ

3.3 จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัย หรือผู้ตามในครอบครัว

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้เปลี่ยนชื่อมาจากสถานสงเคราะห์คนชรา เมื่อปี พ.ศ. 2546 ตามนโยบายการกระจายอำนาจการปกครอง โดยมีการพัฒนารูปแบบของการบริการ และกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป็นศูนย์สาธิตด้านผู้สูงอายุ มีจำนวน 12 แห่ง ดังนี้

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบางละมุง จังหวัดชลบุรี
3. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุธรรมปรณ์เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทักษิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุวาสนะเวศม์ ในพระสังฆราชูปถัมภ์

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

6. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
7. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
9. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุลำปาง จังหวัดลำปาง
10. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนครพนม จังหวัดนครพนม
11. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสงขลา จังหวัดสงขลา
12. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะการบริการของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ลักษณะการให้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีรูปแบบการ ให้บริการที่แตกต่างกัน ไปบ้างตามความต้องการของผู้รับบริการในแต่ละพื้นที่ แต่โดยทั่วไปมี ลักษณะการบริการ ดังนี้

1. บริการด้านการเลี้ยงดู จัดให้มีปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อชีวิต คือ ที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค
2. บริการด้านการรักษาพยาบาล มีเรือนพยาบาลและมีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำเพื่อให้ คำแนะนำ ดูแลรักษาเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและพักฟื้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล ในกรณีมี ผู้ป่วยหนักศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะนำส่ง โรงพยาบาลใกล้เคียง
3. บริการด้านกายภาพบำบัด จัดให้มีการออกกำลังกาย เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีกิจกรรมกายภาพบำบัดหลายประเภทเช่นเครื่องดึงรอก ชูดรอก และน้ำหนักเครื่อง บริหารเข้า เป็นต้น โดยมีเจ้าหน้าที่ผู้ได้รับการอบรมด้านกายภาพบำบัดให้การรักษาผู้สูงอายุตาม คำสั่งของแพทย์ มีทั้งการรักษาเป็นรายบุคคลและการบริหารร่างกายเป็นกลุ่ม ตลอดทั้งเป็นผู้ควบคุม

ดูแล และให้คำแนะนำด้วย

4. บริการด้านอาชีวบำบัด เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และแก้ไขสภาพร่างกายส่วนที่บกพร่อง กิจกรรมที่จัดให้ เช่น ปลูกพืชผักสวนครัว ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ งานหัตถกรรมประดิษฐ์เสื้อผ้า และงานจักรสาน เป็นต้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้สูงอายุ สำหรับผลผลิตที่นำออกจำหน่ายเป็นรายได้ของผู้สูงอายุ

5. บริการด้านนันทนาการ เพื่อช่วยลดปัญหาเรื่องความหว้าเหว่และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสนุกสนานกิจกรรมนันทนาการของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในแต่ละแห่งอาจมีความแตกต่างกัน ได้แก่ การจัดรายการเสียงตามสาย การทัศนจรไปยังสถานที่ต่าง ๆ การแข่งขันกีฬา และกิจกรรมทางศาสนา เช่น การทำบุญตามเทศกาล เป็นต้น

6. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือแก้ปัญหา พื้นฟูและปรับปรุงสภาพ ให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความอบอุ่นใจ สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข โดยใช้วิธีการทางสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น จัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการสงเคราะห์รายใหม่การให้คำแนะนำปรึกษาการจัดกิจกรรมกลุ่ม และการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

7. บริการด้านฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรมศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จะจัดบำเพ็ญกุศลให้ตามประเพณีตามความจำเป็นและความเหมาะสมหากมีญาติต้องการนำศพไปจัดการเองทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะอำนวยความสะดวกให้ตามความประสงค์

ปัญหาของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุส่วนมากต้องจากบ้านมา ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ใจให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากความคุ้นเคย และความรักต่อสถานที่เดิมที่ยังคงมีอยู่ การแยกจากครอบครัวสู่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นปัญหาอย่างมาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ผิดใจ ต้องไปอยู่กับผู้อื่นและรู้สึกไร้คุณค่า ความรู้สึกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิมและการยอมรับของแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นบุคคลที่ว่างงานและความรับผิดชอบทั้งปวง (สมัย พรหมประดิษฐ์, 2546) การเข้าสู่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุขาดสมรรถภาพ ขาดความรู้สึกดีในตัวเองอย่าง รู้สึกเสียใจและอยากกลับบ้าน ผู้สูงอายุจะชอบที่เก่ามากกว่าที่แปลกใหม่ ต้องการความอบอุ่นในครอบครัว และต้องการความคุ้มครองจากญาติการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นทางจิตใจ ว่าเหว่ ท้อแท้ และสิ้นหวังดังนั้น

ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ และบริการสวัสดิการสังคมที่เพียงพอเพื่อตอบสนองความต้องการการจัดศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุให้แก่ผู้สูงอายุเป็นการบรรเทา แต่ไม่สามารถชดเชย และทดแทนการสูญเสียทางจิตใจได้

ความว้าเหวในผู้สูงอายุ

ความว้าเหวเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ และหลายเหตุการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ความว้าเหวนี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกลึกว่าขาดมิตรภาพ โดดเดี่ยว และทำให้ต้องแยกตัวออกจากสังคม อย่างไรก็ตามหากปล่อยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นเกิดความว้าเหวเป็นเวลานานอาจจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและอาจรุนแรงไปถึงการฆ่าตัวตายได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว ประกอบด้วย ความหมายของความว้าเหว องค์ประกอบของความว้าเหว ชนิดของความว้าเหว สาเหตุของความว้าเหวผลกระทบของความว้าเหว และการประเมินความว้าเหว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของความว้าเหว

ความหมายของความว้าเหวนี้ ได้มีผู้กล่าวถึงไว้หลากหลาย ผู้วิจัยนำเสนอความหมายของความว้าเหวตามแนวคิดของ Peplau and Perlman (1982) ที่ผู้วิจัยใช้เป็นทฤษฎีพื้นฐานการวิจัยครั้งนี้ Peplau and Perlman (1982) ให้ความหมายไว้ว่า ความว้าเหวเป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ไม่น่ายินดีซึ่งเกิดขึ้นเมื่อเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลขาดพร่องไปในวิถีที่สำคัญ ไม่ว่าจะในทางปริมาณหรือคุณภาพ

องค์ประกอบของความว้าเหว

Peplau and Perlman (1982) อธิบายว่า องค์ประกอบของความว้าเหวมี 3 ประการ ดังนี้

1. ความว้าเหวเกิดจากการขาดสัมพันธ์ภาพทางสังคมของบุคคล ดังนั้นความว้าเหวจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการได้รับทางสังคมไม่สอดคล้องกัน
2. ความว้าเหวเป็นความรู้สึกภายในตัวของบุคคลที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งอาจไม่เหมือนกับ การแยกตัวออกจากสังคม คนเราสามารถอยู่คนเดียวได้โดยไม่มี ความว้าเหว แต่ในขณะที่เดียวกัน คนเราก็เกิด ความว้าเหวได้แม้อยู่ในกลุ่มผู้คนจำนวนมาก
3. ความว้าเหวเป็นความรู้สึกที่ไม่พอใจและเป็นทุกข์

ชนิดของความว้าเหว

Creedy, Berg, and Wright (1985) จำแนกความว้าเหวออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความว้าเหวชนิดปฐมภูมิ (Primary loneliness) เป็นความว้าเหวที่เกิดขึ้นตามปกติที่อยู่คนเดียว มีความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตปราศจากแก่นสาร (Emptiness) ไม่อยากพบปะผู้คน และ

อยากแยกตัวออกจากสังคม

2. ความว่าเหว่ชนิดทุติยภูมิ (Secondary loneliness) เป็นความว่าเหว่ที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก ความว่าเหว่ชนิดนี้ เป็นความว่าเหว่ที่จัดว่าเป็นโรคอย่างหนึ่ง (Pathological loneliness) มักพบกับ โรคจิตเภทเรื้อรัง และโรคจิตอื่น ๆ

ส่วน Schultz (1988) แบ่งความว่าเหว่ออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. ความว่าเหว่ที่เกิดชั่วคราวแล้วหายไปเอง (Transient loneliness) เกิดจากการที่ต้องแยกจากกลุ่มบุคคลอาจเกิดในช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อเวลาผ่านไปหรือได้พบปะกลุ่มบุคคลอาการนี้จะหายไป

2. ความว่าเหว่ที่เกิดจากมีสถานการณ์สำคัญในชีวิตเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น (Situational loneliness) เช่น การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดซึ่งอาจเกิดเป็นระยะเวลานาน

3. ความว่าเหว่ที่เกิดเรื้อรัง (Chronic loneliness) เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องความรู้สึกไม่ได้มีความผูกพันใกล้ชิดกับบุคคลใดและเกิดอยู่ตลอดในการดำรงชีวิต

สาเหตุของความว่าเหว่

Schultz and Williamson (1992) สรุปสาเหตุของความว่าเหว่ไว้ ดังนี้

1. การขาดความรักใคร่ผูกพัน เช่น การสูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ ขาดการมีเพศสัมพันธ์ สูญเสียคู่รักหรือคู่สมรส ครอบครัวแตกแยก และไม่มีเพื่อนสนิท

2. มีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว

3. ไม่มีที่อยู่อาศัย

4. ต้องเผชิญกับการถูกแยกจากสังคม เช่น ไม่มียานพาหนะ หรือต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ๆ และไม่มี การติดต่อกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานาน ๆ

อย่างไรก็ตามสาเหตุของความว่าเหว่ในผู้สูงอายุ นั้น พบว่ามีหลายประการและมักจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วยสรุปได้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จากการมีผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระเบาคน หลังค่อม เคลื่อนไหวได้ช้าลง การทรงตัวไม่ดี กระดูกเปราะบางและหักง่าย รวมทั้งประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมในทางที่ผิด รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา บางรายกลิ่นปัสสาวะไม่ได้เกิดความระคายในการเข้าสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ความคับข้องใจ แยกตัวออกจากสังคม ส่งผลให้เกิดความว่าเหว่ได้

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือ ไปประกอบอาชีพในต่างถิ่นทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง และขาดที่พึ่งโดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้น การตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความว้าเหว่ก่อนข้างรุนแรง รวมทั้งอาจทำให้ขาดรายได้ ขาดคนปรนนิบัติ หรือขาดการตอบสนองทางเพศ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาไม่ให้เกิดรักกัน ขาดความเคารพนับถือ ความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้นอาจจะทำให้เกิดความว้าเหว่ได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคม ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมอย่างรวดเร็ว จากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น อัตราค่าครองชีพเพิ่มขึ้น รายได้ของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเทียบกับรายจ่าย บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง ในขณะที่สังคมก็ยอมรับและให้โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุลดน้อยลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง ขาดการเรียนรู้จากสังคม การรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง นำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม และเกิดความว้าเหว่ตามมา

4. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ การตายของคู่ชีวิต (Dykstra, Tilburg and Gierveld, 2005) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุด ในชีวิต และการเป็นหม้ายนั้นมีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอัตมโนทัศน์ (Ryan & Patterson, 1987) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย บางคนอาจรู้สึกขี้บ่นมากขึ้น บุตรหลานอาจเกิดความรำคาญ และปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความว้าเหว่มากขึ้น

ผลกระทบของความว้าเหว่

ผลกระทบของความว้าเหว่จำแนกได้ 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย การเจ็บป่วยทางกายอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลกระทบของการเกิดความว้าเหว่ Killeen (1998) กล่าวว่า ผู้ที่มีความเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพไม่ดีทำให้ขาดโอกาสเข้าร่วมกลุ่ม

ทางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมจนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความว่าเหวได้ในที่สุด ขณะในเวลาเดียวกันการมีความว่าเหวอาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจได้ เช่นเดียวกัน (Roger, 1989; Shultz, 1988)

2. ด้านจิตใจอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว Peplau and Perlman (1982) แบ่งลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว ดังนี้

2.1 แบบแผนทางอารมณ์ (Affective patterns) ความรู้สึกที่เกี่ยวกับความว่าเหว แบ่งเป็นแบบแผนทางอารมณ์ 4 แบบ คือ 1) ความรู้สึกสิ้นหวัง 2) ความรู้สึกเศร้า 3) ความรู้สึกเบื่อหน่าย และ 4) ความรู้สึกรังเกียจตัวเอง ซึ่งบริหารจัดการกับความว่าเหวของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับว่า บุคคลนั้นมีความว่าเหวที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกแบบใด นอกจากนี้ ความว่าเหวยังมีความสัมพันธ์สูงกับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกซึมเศร้าเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล และการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพทางสังคมนั้นนำไปสู่ความว่าเหวด้วย

2.2 แบบแผนทางความคิด (Cognitive pattern) กระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นควบคู่กับความว่าเหว มีอยู่ 3 ประการคือ 1) การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธภาพของตนกับผู้อื่น 2) การที่บุคคลมุ่งความสนใจในประสบการณ์ของตน โดยเฉพาะความรู้สึกภายในของตน เป็นการหมกมุ่นกับตนเอง และ 3) การมองตนเองและผู้อื่นในทางลบ

2.3 แบบแผนทางด้านพฤติกรรม (Behavior patterns) การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมน้อย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นยาก หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดความว่าเหวได้

3. ด้านสังคม ผลกระทบของความว่าเหวในด้านสังคม ประกอบด้วย สถานะทางด้านเศรษฐกิจไม่ดี ระดับของการศึกษาค่ำ ไม่ได้แต่งงาน เป็นหม้าย อยู่คนเดียว การติดต่อทางสังคมน้อยลง จำนวนเพื่อนที่ไปมาหาสู่กันเหลือน้อย การทำกิจกรรมทางศาสนาลดลง และมีความรุนแรงในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี คิดว่าตนเองร่างกายไม่แข็งแรงไม่สามารถร่วมทำกิจกรรมทางสังคมได้ ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการแยกตัวจากสังคม และทำให้เกิดความว่าเหวตามมา

การประเมินความว่าเหว

ความว่าเหวประเมินได้จากการใช้เครื่องมือหรือแบบวัดต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความแม่นยำยิ่งขึ้น โดยทั่วไปมีวิธีการประเมิน (วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และสุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, 2535) ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นการประเมินขั้นพื้นฐานที่ผู้ประเมินสามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้มาก เนื้อหาต้องครอบคลุมประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สุขภาพและโรคประจำตัว นอกจากนี้ควรรวบรวมข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รักใคร่ผูกพัน ประสบการณ์ของการกระทบกระเทือนทางจิตใจและอารมณ์ด้วย

2. การตรวจร่างกาย ผู้ประเมินอาจรวบรวมข้อมูล จากบันทึกประวัติสุขภาพหรือความเจ็บป่วย หรือทำการตรวจด้วยตนเอง เช่น ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ส่วนสูง และน้ำหนัก ลักษณะผิว ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกาย เพื่อนำข้อมูลมาประกอบในการประเมินภาวะสุขภาพกายและผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

3. การสังเกต ควรสังเกตจากลักษณะที่อาจแสดงถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีความว่าเหว่เกิดขึ้น เช่น การแยกตัว ซึม เหม่อลอย ไม่กล้าพูดไม่กล้าแสดงออก สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หงุดหงิดครุ่นคิด หรือเศร้าหมอง ไม่ค่อยเคลื่อนไหว มองโดยไร้จุดหมาย ขาดความสนใจในความเคลื่อนไหวรอบตัว เป็นต้น รวมถึงการสังเกตของครอบครัว ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุด้วย ซึ่งจะช่วยให้การประเมินสะดวกและมีความถูกต้องครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

4. การประเมินความว่าเหว่โดยการใช้แบบประเมิน ที่นิยมใช้มีดังนี้

4.1 The Loneliness Rating Scale (LRS) ของ Scalise, Ginter, and Gerstein (1984) เป็นการวัดความว่าเหว่ด้วยการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึก ประกอบด้วย ความสูญเสีย (Deflation) การแยกตัว (Isolation) ความร้อนรน (Agitation) และความเศร้าสลด (Dejection) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

4.2 The UCLA loneliness scale ของ Russell et al. (1980) Peplau and Perlman (1982) ได้เสนอให้ใช้แบบวัดความว่าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย นครลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale: UCLA) ซึ่ง Russell et al. (1980) ได้ปรับปรุงแบบวัดความว่าเหว่ขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ เป็นแบบวัดที่มีโครงสร้างกว้าง ๆ สามารถวัดความว่าเหว่และวัดระดับความว่าเหว่ได้ในทุกกลุ่มอายุ เพื่อใช้ประเมินความพึงพอใจในสัมพันธภาพและไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพ การวัดความพึงพอใจเป็นการประเมินความต้องการสัมพันธภาพและการรับรู้สัมพันธภาพตามความจริง และเป็นการวัดความสัมพันธ์ของบุคคลในทางอ้อม แบบวัดความว่าเหว่ชุดนี้มีการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

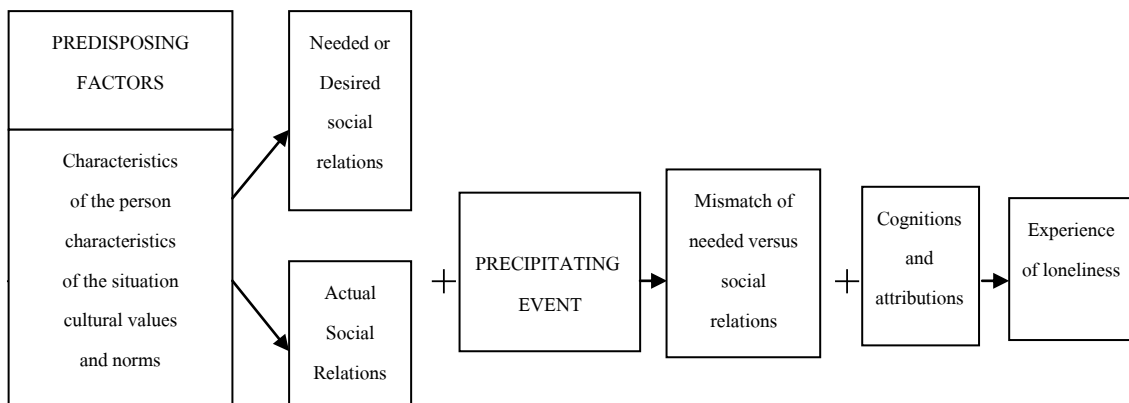
4.3 แบบวัดความว่าเหว่ของ MSLC (Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment) แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และเป็นคำถามปลายเปิด 5 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ แบบวัดนี้นิยมใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาล

ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความว่างเหงาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความว่างเหงาของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles Loneliness Scale หรือ UCLA Loneliness scale version 3) ของ Russell (1996) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีผู้ใช้กันอย่างแพร่หลายและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่างเหงาของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่างเหงานั้น ผู้วิจัยนำมาจากแนวคิดของ Peplau and Perlman (1981) และ Peplau (1988) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของ Peplau and Perlman (1981) ซึ่งกล่าวว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถสนับสนุนความว่างเหงาของผู้สูงอายุได้ ซึ่งปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดความว่างเหงานั้นมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ในแต่ละปัจจัยประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยที่แตกต่างกัน ดังนี้ 1) ลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความอาย (Snyness) ขาดทักษะทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) ลักษณะสถานการณ์ ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม 3) วัฒนธรรมค่านิยม ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ (Individualism) และ 4) ปัจจัยที่เป็นเหตุการณ์มากระตุ้น ได้แก่ ความเจ็บป่วย การแบ่งแยกความรักความสัมพันธ์ หรือการย้ายไปยังชุมชนใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตทางสังคมของบุคคล และความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการได้รับทางสังคมไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้สามารถส่งผลให้เกิดความว่างเหงาได้ และเชื่อว่ากระบวนการรู้คิดทางสติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ความว่างเหงาของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 2-1



ภาพที่ 2-1 Model of the causes of loneliness (Perlman & Peplau, 1984)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหงาของผู้สูงอายุมีหลายประการ แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความเหงาของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี 2 ชนิด ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activities of Daily Living: BADL) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

มีผู้ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไว้ ดังนี้

Barthel and Mahoney (1965) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวหม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542 ข) กล่าวว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน แบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุมการถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวหม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน

การสวมใส่เสื้อผ้า และการเดินขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น และอีกระดับหนึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การเคลื่อนที่นอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำความสะอาด สะอาดบ้าน การทอนเงิน/ แลกเงิน และการใช้บริการรถขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่า หมายถึง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้อง 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความจำของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ พรเพ็ญ ลำภา (2546) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวความจำและความจำของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 37.5 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนของปัญหาสุขภาพและความจำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และเมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า จำนวนของปัญหาสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวและความจำสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 62 ($F = 50.87, p < .001$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมไม่เพิ่มอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และได้ให้ความเห็นว่า พยาบาลควรที่จะตระหนักถึงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันภาวะจำเสื่อม ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาวิจัยได้เน้นที่การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยศึกษาถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความจำ ซึ่งทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และความจำมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์และอิทธิพลระหว่างความจำกับความจำความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยตรง

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรส่วนตัว ที่เป็นกิจกรรมบ่งชี้ถึงความสามารถในการ

อยู่อย่างเป็นอิสระในบ้านหรือที่อยู่อาศัยโดยไม่ต้องพึ่งพา โดยประเมินว่าทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองทั้งหมด หรือทำได้โดยมีผู้ช่วย หรือทำไม่ได้เลย

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ Barthel ADL index และ Katz index of ADL โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 Barthel ADL index หรือ BADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 10 กิจกรรมได้แก่

1) การรับประทานอาหาร 2) การทำความสะอาดร่างกาย (การล้างหน้าหิวผมแปรงฟัน โกนหนวด) 3) การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้อง 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)ก.

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

2. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นการประเมินความสามารถในการช่วยตนเองที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ซึ่งซับซ้อนมากกว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานหรือ BADL และกิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งบ่งชี้การสามารถอยู่ในชุมชนโดยไม่ต้องพึ่งพา

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) ที่นิยมใช้และสามารถใช้ได้ดีสำหรับคนไทย คือ ดัชนีจุฬาเอ็ดแอล ประกอบด้วย การทำความสะอาดบ้านปรุงอาหาร ซักรีดเสื้อผ้า ถ่ายตลาด เดินทางออกนอกบ้าน พุดโทรศัพท์ จัดการเรื่องยา และการเงินได้ด้วยตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542 ก)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานผู้สูงอายุของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542 ก) ที่ดัดแปลงมาจากดัชนีบาร์เทลของ โฮเนย์ และ บาร์เทล เนื่องจากสามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทุกมิติและเหมาะสม ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย การล้างหน้าหิวผมแปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้าการขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีผู้สนใจศึกษาไว้มากมายทั้งนักจิตวิทยาและนักวิชาการ ความหมายของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Rosenberg (1965) สรุปไว้ดังนี้ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ความรู้สึกที่เกิดจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการยอมรับ มีความเคารพนับถือในตนเอง มีความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสำคัญ มองตนในทางบวก เห็นว่าตนเป็นคนมีค่า และตัดสินใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Rosenberg (1965)

กระบวนการรับรู้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Taft (1985 อ้างถึงใน เสมอจันทร์ อนุเทพ, 2535) กล่าวว่า การที่บุคคลจะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองมีคุณค่ามีกระบวนการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินเจตคติและสังคมที่มีต่อตนเองกระบวนการนี้มีรากฐานมาจากแนวคิดการมองตนเองที่ว่าคุณค่าสามารถรู้จักตนเองได้โดยอาศัย “กระจกมองตน” (Looking-glass-self) เป็นการรับรู้คุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่นเป็นความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกต่อคุณค่าของตน (Out-self-esteem)
2. ความรู้สึกของบุคคลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ กระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน (Inner-self-esteem) เป็นความสัมพันธ์ที่แท้จริงของบุคคลในสังคมและผลกระทบของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม นั่นคือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองขึ้นอยู่กับกระทำการควบคุมและอำนาจที่มี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตภาวะและสิ่งแวดล้อมแล้วยังเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตกล่าวคือถ้าเหตุการณ์ในชีวิตของบุคคลใดดำเนินไปในด้านดีประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองจะลดลง

นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังสามารถทำความเข้าใจได้จากทฤษฎีตัวตน (Self theory) ดังนี้

1. ตนที่ตนมองเห็น (Self concept) คือ ภาพของตนที่มองเห็นว่าตนเป็นคนอย่างไร เช่น เป็นคนสวย คนร่ำรวย คนเก็บตัว คนขี้อาย เป็นต้น โดยทั่วไปคนรับรู้มองเห็นตัวเองหลายแง่หลายมุมอาจไม่ตรงกับข้อเท็จจริงหรือตามที่คนอื่นเห็นก็ได้
2. ตนตามที่เป็นจริง (Real self) คือ ลักษณะของตนที่เป็นไปตามข้อเท็จจริง ถ้ามองเห็นข้อเท็จจริงของตนจะรู้สึกเสียใจ เศร้า รู้สึกผิดเป็นบาป และอื่น ๆ

3. ตนตามอุดมคติ (Ideal self) คือ ตัวตนที่อยากมี อยากเป็น แต่ยังไม่เป็น ไม่เป็นไปในสถานะปัจจุบัน

Branden (1983) ได้สรุปพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงไว้ ดังนี้

1. มีความยินดีที่มีชีวิตมีความสุขสนุกสนานรื่นเริงประกายตาแจ่มใสและมีชีวิตชีวา
2. สามารถชมเชยหรือกล่าวอะไรอย่างตรงไปตรงมาด้วยความซื่อสัตย์
3. มีความสามารถในการวิจารณ์และยอมรับความผิดพลาดของตนเองได้
4. ความเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึกและรับฟังคำแนะนำด้วยความพึงพอใจ
5. สามารถพูดหรือกระทำในสิ่งที่ง่ายหรือเป็นไปได้
6. มีความสอดคล้องกลมกลืนกันระหว่างคำพูดและลักษณะกิริยาท่าทางการเคลื่อนไหว

เป็นธรรมชาติ

7. มีความเปิดเผยและกระตือรือร้นในการรับความรู้สึกใหม่ ๆ ประสบการณ์ใหม่และโอกาสใหม่ในชีวิต

8. การมีอารมณ์ขันมองเห็นสิ่งดีในตนเองและผู้อื่น
 9. มีความยืดหยุ่นในการตอบสนองมีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์คืออยู่เสมอ
 10. มีความพอใจที่ได้เป็นเจ้าของ
 11. สามารถทนต่อแรงกดดันและความเครียดต่าง ๆ ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในตนเอง
- ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความก้าวหน้าในผู้สูงอายุ**

การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ว่าเป็นอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงพอต่อเมื่อสามารถที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ การปรับตัวทางอารมณ์ทางสังคมและการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่าย มองชีวิตที่ผ่านมาในแง่ลบ อดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จจะทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัว ขุนเคือง และมักกลัวความตายในวัยผู้สูงอายุพบปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยหลายประการ เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม สถานการณ์และบทบาทในสังคมของบุคคล ตลอดจนการสูญเสียความสามารถทางด้านสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการสูญเสียเพื่อนผู้ใกล้ชิดและบุคคลรอบข้าง ถ้าเหตุการณ์ต่าง ๆ ดำเนินไปด้วยดีและบุคคลประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำแล้วการเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองลดค่าลงก็จะมีผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ในการ

ดำเนินชีวิต จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเกี่ยวข้องกับ
 กับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ วาสนา ปราบภูวงส์ (2551) เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์ความ
 ว่าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์
 ทางบวกกับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความ
 เจ็บป่วยเรื้อรังนั้น นางเยาว์ พลโทพงศ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ
 ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ เพ็ญ โปยม เชนสมบัติ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
 คัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า
 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว่าเหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความว่าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มี
 ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความว่าเหวมาก

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ
 (2540) ที่แปลจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1968) ของ Rosenberg มีข้อ
 คำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทาง
 ลบ 5 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างโดยกล่าวว่า
 การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้พวกเขาเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก
 ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Norbeck (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจาก
 การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการ
 รับรู้ความความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและ
 คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

Brandt and Weinert (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจาก
 การทำหน้าที่ของบุคคลและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ คือ ความรักใคร่ผูกพัน
 ทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ
 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Brandt and Weinert (1981) ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ คือ ความรักใคร่ผูกพันทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

Kaplan (1977) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุนคือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) ของแต่ละคน (Norbeck, 1982) คนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะเกิดกลุ่มอาการสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือเป็นอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้และในทางตรงกันข้ามคนเราอยู่ในสังคมเมื่อประสบปัญหาหมักจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง

House (1981 cited in Cohen & Syme, 1985) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นโดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น แพทย์ พยาบาล/ และทีมสุขภาพ เป็นต้น

Pender (1996) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา และมารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจ และให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งเกิดขึ้นในตัวเองจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. องค์กรศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกัน ในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้น ๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือหรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อน ไม่เพียงพอหรือแรงสนับสนุนนั้น ไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้ เป็นต้น

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริหารให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื่อเอดส์เหมือนกัน เป็นต้น

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่กันและกัน หรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่แต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง สามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภท ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Weiss (1974) ได้แบ่งชนิดหรือประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิด ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ดูแล เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับความจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน เป็นต้น ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะมีความรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้บุคคลมีโอกาสนับถือ ทำให้เกิดความหวังใจ กำลังทรัพย์ และกำลังบุคคลรวมทั้งทำให้เกิดความหวังใจซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกละเลยออกจากสังคมรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่องและชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดีแรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ หมายถึง การได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่นเมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

House (1981 cited in Tilden & Weinert, 1987) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ประเภท ดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่องเห็นคุณค่าความรักความไว้วางใจความห่วงใยและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเองในการรับรองการให้ข้อมูลป้อนกลับและการเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่การให้คำแนะนำข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การให้แรงงาน การให้เวลาการช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย

การสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหวในผู้สูงอายุ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนและสังคมนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสื่อสารและสังสรรค์ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันใกล้เคียงกันหรือต่างวัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบและลักษณะของกิจกรรมสังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วม การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมนั้น นอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้วยังเป็นการทำให้

ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีโดยที่ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคม ด้วยการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่น ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ ยังจะเป็นเงื่อนไขสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการถ่ายทอด ศักยภาพที่มีอยู่ของตนเอง รวมทั้งการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ภูมิปัญญา และทักษะ ร่วมกับบุคคลอื่น โดยจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์ต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) มีการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับควมว่าห่วยของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ พิสมัย ลิโรตมรัตน์ (2553) เรื่อง ความว่าห่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว่าห่วยอยู่ใน ระดับต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่า ความว่าห่วยเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุร้ายแรงที่ต้อง จำกัความสัมพันธ์ทางสังคมเพราะต้องอยู่ในโรงพยาบาลและเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เป็นปกติ (Lyons, 1991) และจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตาม ลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าห่วยได้ (De jong-Gierveld, 1987) ในผู้สูงอายุที่ไม่มีการติดต่อกับสังคมภายนอกหรือต้องเกษียณอายุแล้วอาศัยอยู่แต่ในบ้านเหล่านี้ทำให้เกิดความว่าห่วย ได้เช่นเดียวกัน

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ที่ได้แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire, PRQ2000) ของ Weinert (2003) ซึ่งเป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดการอุปถัมภ์ การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร ชัมภลิจิต, 2533) เป็นสิ่งที่มีบทบาทบ่งบอกถึงความดีและความจริงจังในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จากประสบการณ์ของบุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความรู้สึกดี มีความผาสุก และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทำให้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ในการประเมินสุขภาพตนเอง (Self-rated health) บุคคลที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า

บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี (Pener & Pender, 1987) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Orem (1985 cited in Tayl & Renpenning, 1995) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใช้เป็นข้อบ่งชี้ทำนายความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (Subjective measurement) โดยใช้ความรู้สึกความคิดเห็น หรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนในแต่ละเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคลขึ้นกับประสบการณ์ ความคาดหวังต่อสุขภาพ อายุ สังคม วัฒนธรรม สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ สติปัญญา การเรียนรู้ และสภาพอารมณ์ของบุคคล (Kozier, Erb, Bermam, & Burke, 2000) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการตัดสินใจและประเมินภาวะสุขภาพด้วยตัวเอง การรับรู้สุขภาพเป็นการสะท้อนถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจที่เป็นจริงในขณะนั้น เป็นการให้คุณค่าของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสำคัญเพราะการที่บุคคลคิดอย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพย่อมทำให้ตัดสินใจได้ว่าต้องทำอะไรกับตนเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า เป็นการประเมินตนเองเป็นความรู้สึกความเข้าใจที่ผู้สูงอายุมีต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และภาวะสุขภาพ โดยรวมทั้งในอดีตและปัจจุบันว่าอยู่ในระดับใด

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุบัติเหตุร้าย รวมถึงด้านกายภาพมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ประเวศ วะสี, 2543) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเป็นไปตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าปัญหาสุขภาพ ด้านร่างกายที่สมบูรณ์เป็นการประเมินด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายโดยทั่วไป เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Fuller & Schaller-Ayers, 2000; Hills & Argyle, 2002) เป็นต้น

ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุนอกจากจะหมายถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องเน้นการให้ความสำคัญที่สัมพันธ์กับการไม่เป็นโรคหรือความไม่สุขสบาย และระดับของความสามารถหรือไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติของร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการทำหน้าที่ได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ในการวัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นที่การทำงานและการออกกำลังในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรในชีวิตประจำวัน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Hills & Argyle, 2002) คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พื้นฐาน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การควบคุม การถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหาร การหิวผอม การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า และ การเดินขึ้นลงบนใดหนึ่งขั้น เป็นต้น และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง เช่น การเคลื่อนที่นอกบ้าน การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงิน/ แลกเงิน และ การใช้บริการรถขนส่งสาธารณะ เป็นต้น

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกระทำต่าง ๆ ซึ่งทำให้บุคคลที่อยู่รอบตัวมีความสุข อบอุ่น ขอมรับผู้อื่น และเป็นตัวของตัวเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ โดยใช้สติปัญญาอย่างสุขุมเพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า (Santrock, 1999; Valfre, 2001) และเป็นสภาพชีวิต ที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะ พัฒนาค้นหาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิรัช มงคล, 2546) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทางจิตใจ สอดคล้องกับทฤษฎีอิริคสันที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องพัฒนาจิตใจ เป็นความรู้สึกที่ เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคต ถ้าสัมพันธ์กับบุตรหลานเป็นไปใน ทางบวก ได้รับความรัก ความเคารพ ทำให้มีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ (Integrity) ความรู้สึก มีคุณค่ามีความเป็นหนึ่งเดียว กลมกลืน ในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ มีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ของชีวิตจะทำให้รู้สึกหมดหวัง (Despair) ไม่มีความสุข รู้จักชีวิต ไม่มีคุณค่า จะคิดว่าเกิดอะไรขึ้น อาจโทษผู้อื่น และชะตาชีวิตว่าตนเองโชคไม่ดี เกิดความรู้สึก สูญเสีย ทำให้นำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าและมีชีวิตที่โดดเดี่ยว (Valfre, 2001)

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัว และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของ ผู้สูงอายุอาจมองเห็นได้ไม่ชัดเจนเนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่ อย่างไรก็ตามบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสนใจในการประเมิน สุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดี จากการ สัมภาษณ์พบว่า ประมาณร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจที่อยู่ในโรงพยาบาลประมาณ ร้อยละ 15-25 ที่อยู่ในชุมชนร้อยละ 61 มีความบกพร่องทางจิตใจหนึ่งอย่างหรือมากกว่า (Beck, 1988) และน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ (Busse & Blazer, 1996 cited in Santrock, 1999)

ผู้ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตหมายถึงจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา และลดความเห็นแก่ตัวลง (ประเวศ วรรณี, 2543) นอกจากนี้สามารถปรับตัวได้ เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ยังรวมถึงปัจจัยด้านบุคลิกภาพและอารมณ์ ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นทักษะในการใช้ชีวิตอยู่กับสิ่งแวดล้อมบริษัทที่ต่างกัน

ภาวะสุขภาพด้านสังคม

ภาวะสุขภาพด้านสังคม เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความกลมกลืนประสานกันอย่างสมดุลของบุคคล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่สำคัญ โดยบุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง มีความรู้สึกด้านบวก และรู้สึกถึงความสำเร็จ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนฝูง อาจรวมถึงความสมดุลระหว่างสัมพันธภาพ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความต้องการหรือความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้อื่นให้ปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านสังคมและชุมชน รวมถึงการยอมรับผู้อื่นที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปรับตัวที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สมดุล (Fontaine, 2003) สอดคล้องกับการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรมเสมอภาค มีบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม (ประเวศ วรรณี, 2543) ผู้สูงอายุจะมีความกังวลมากขึ้นเมื่อต้องเกษียณจากงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีแยกตัวจากสังคมพบว่า ผู้สูงอายุจะค่อย ๆ แยกตัวออกจากสังคมไปเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกัน สังคมก็จะแยกจากผู้สูงอายุเหมือนกัน ผู้สูงอายุจะค่อย ๆ ลดความสนใจในสังคมและลดการมีปฏิสัมพันธ์ลง โดยเพิ่มการอยู่กับตนเองมากขึ้น ส่วนทฤษฎีกิจกรรมนั้น ระบุว่าถ้าผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมความพึงพอใจในชีวิตจะไม่ลดลง นอกจากนี้โครงสร้างลักษณะของครอบครัวความรู้สึกของสมาชิกการมีสิทธิจากสมาชิกในครอบครัว การอยู่ร่วมกับครอบครัว ความภาคภูมิใจในครอบครัวมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติสามารถเข้าสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้านได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกัน จะเห็นว่าความสามารถหรือข้อจำกัดในการปฏิบัติทางสังคมและการทำหน้าที่ตามบทบาทเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตามความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ต้องการการเอาใจใส่ดูแล ต้องการการยอมรับนับถือจากบุตรหลานและสังคม รวมทั้งต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการมีส่วนร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เป็นความสุขที่ไม่ดี ความเห็นแก่ตัว รู้สึกอิสระ มีความปีติ มีความสุขอันประณีต (ประเวศ ะสี, 2543) เป็นความสมบูรณ์ของบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณค่าความเชื่อ การมีเป้าหมายและการให้ความหมายของชีวิตเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคล โดยธรรมชาติ รวมทั้งครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน บนพื้นฐานของการยอมรับการเคารพนับถือและความสมเหตุสมผล สุขภาพด้านจิตวิญญาณมีความหมายรวมถึงการที่บุคคลมีอารมณ์ดี มีเหตุผล มีคุณค่า การให้อภัย มีกำลังใจ และมีความคิดสร้างสรรค์ (Fontaine, 2003) เป็นความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาความเป็นมนุษย์ที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545) เป็นความเบิกบานเปล่งปลั่งหรือลมหายใจซึ่งหมายถึงการมีชีวิตหรือเป็นความเชื่อความสัมพันธ์ที่เกี่ยวกับพลังที่เหนือกว่าแรงจูงใจ การคาดการณ์เป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สิ้นสุดเป็นความเชื่อในพระเจ้า เป็นแรงขับหรือความปรารถนาภายในที่ทำให้บุคคลมีความหมาย มีความมั่นคงภายใน และความพยายามเพื่อความสำเร็จในชีวิต

ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน จะมีการเปลี่ยนแปลง และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา เกิดจากการปรับตัวของบุคคลเพื่อความสมดุลของชีวิต ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับมีความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นิยามสุขภาพจึงอาจเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทั้งนี้ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2539) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คำนึงถึงที่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงประกอบด้วย การมีกำลังทำในสิ่งที่ต้องการ พึ่งพาตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน มองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญกับความเป็นจริง และยอมรับในสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดหรือแก้ไขได้ ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางเสื่อมทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย การสูญเสียการได้ยินหรือประสาทสัมผัสต่าง ๆ เสื่อมลง สิ่งเหล่านี้ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น รู้สึกถูกทอดทิ้งจากวงสนทนา เกิดความละอายในการเข้าสังคม เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี เช่นแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคับข้องใจและมีความว้าเหว่เกิดขึ้น ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ภาวะสุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้อง

กับความว่าเหวของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ ฉวีวรรณ ภิรมณ์ชน (2547) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีจะมีความว่าเหวน้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความว่าเหวมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ ธิดา มีศิริ (2541) เรื่อง ความว่าเหวของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สิริหทัย มวลณิษฐ์ (2541) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

มีการศึกษาถึงแนวทาง และวิธีในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลในรูปแบบที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ Speake et al. (1989) นอกจากนี้ยังมีการประเมินที่ได้รับความสนใจคือ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1-3 ข้อ ให้ผู้สูงอายุประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ประเมินจากประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ คำแนะนำและคำสอนที่ได้รับมา แล้วนำมาสรุปว่าภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นการประเมินสุขภาพตามความรู้สึกและความคิดต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการวัดระดับสุขภาพตามความคิดความเข้าใจของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไป ครอบคลุมไปถึงด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากทำให้สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบสภาพร่างกายของตนเองได้

การประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Speake et al. (1989) มีดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต หมายถึง ภาวะสุขภาพเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา
2. การรับรู้สุขภาพในปัจจุบัน หมายถึง ภาวะสุขภาพในปัจจุบันตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่า ๆ กัน

สำหรับในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี ธีระเจตกุล (2539) ที่ดัดแปลงตามแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989) เป็นการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ ผลจากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมป้องกันในการดูแลผู้สูงอายุและเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพที่ได้ทราบปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 270 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2557 ที่สุ่มมาจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสมองเสื่อม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

$$n = 10(5) + 50 = 100 \text{ ราย}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้จึงใช้จำนวน 100 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 270 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ เป็นผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและสมองเสื่อม หลังจาก

นั้นจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนไว้ ซึ่งได้ผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์ จำนวน 220 คน

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่จัดทำไว้ตามข้อ 1 จำนวน 220 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple without replacement) ทีละคน จนครบจำนวน 100 คน แล้วจัดทำบัญชีรายชื่อไว้

3. ผู้วิจัยเชิญผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อตามข้อ 2 จำนวน 100 คน เข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผู้สูงอายุท่านใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความว่าเหวของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles Loneliness Scale หรือ UCLA Loneliness scale version 3) ของ Russell (1996) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยคำถามปลายปิดจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 10 ข้อ และคำถามทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับความเห็น	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
	คะแนน	คะแนน
จริงที่สุด	1	4
จริงปานกลาง	2	3
จริงแต่น้อย	3	2
ไม่จริงเลย	4	1

แบบประเมินความว่าเหวฉบับนี้มีการแปลผลรวมคะแนนทุกข้อเข้าด้วยกันแล้วแปลผลคะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน แบ่งความว่าเหวเป็น 3 ระดับ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ดังนี้

คะแนน 61-80 คะแนน หมายความว่า มีความว้าเหว่มากที่สุด
 คะแนน 41-60 คะแนน หมายความว่า มีความว้าเหว่ปานกลาง
 คะแนน 20-40 คะแนน หมายความว่า มีความว้าเหว่น้อยที่สุด
 แบบวัดความว้าเหว่ฉบับนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดย
 ผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 20 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ได้
 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การวิจัย
 ครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล
 (2542)ก. ที่ดัดแปลงมาจาก Barthel ADL index (Barthel & Mahoney, 1965) เนื่องจากเป็นแบบ
 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติในทุกด้านและ
 เหมาะสม ประกอบด้วย การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย การล้างหน้า หวีผม
 แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่
 ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการถ่ายอุจจาระ
 และการกลั่นปัสสาวะ มีเกณฑ์การให้คะแนนตามความสามารถของแต่ละกิจกรรม ซึ่งคะแนน
 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันยิ่งสูง แสดงถึง ผู้สูงอายุมิภาวะพึ่งพาระดับต่ำ ดังนี้

การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อย	0-2 คะแนน
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด	0-1คะแนน
การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	0-3 คะแนน
การใช้ห้องน้ำ	0-2 คะแนน
การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0-3 คะแนน
การสวมใส่เสื้อผ้า	0-2 คะแนน
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	0-2 คะแนน
การอาบน้ำ	0-1 คะแนน
การกลั่นการถ่ายอุจจาระ	0-2 คะแนน
การกลั่นปัสสาวะ	0-2 คะแนน

สำหรับการให้คะแนนตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและระดับ
 การพึ่งพา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)ก. ดังนี้

คะแนน 0-4 คะแนน	มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
คะแนน 5-8 คะแนน	มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก
คะแนน 9-11 คะแนน	มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง

คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย

แบบสัมภาษณ์นี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (Jitapunkul & Khovidhunkit, 1998) มีการนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนสลัมคลองเตย จำนวน 703 ราย และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (Kappa coefficients) เท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ที่ได้แปลจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (Rosenberg's self-esteem scale) (Rosenberg, 1968) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และคำถามที่มีความหมายทางลบ 5 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ถึง 5 = รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา ข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ดังนี้

ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย คือ เมื่อท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อนั้นเลย

รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือน้อยครั้ง

รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง

รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง

รู้สึกเช่นนี้เกือบหมด คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเกือบตลอดเวลา

การให้คะแนนแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทั้งข้อความที่เป็นไปได้ในด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความนั้น ๆ ดังนี้

ระดับความเห็น	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย	1	5
รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก	2	4
รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง	3	3
รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง	4	2
รู้สึกเช่นนี้เกือบหมด	5	1

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองชุดนี้ ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยง โดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ที่ได้แปลและเรียบเรียงมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire, PRQ2000) ของ Weinert (2003) เป็นการประเมินหน้าที่ต่าง ๆ ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การอุปถัมภ์ การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert 7 ระดับ เริ่มตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนที่รวบรวมได้จากแต่ละหัวข้อจะถูกนำมาเรียงลำดับจาก 15 ถึง 105 โดยคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ในระดับสูงต่อการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือนี้ได้ใช้กับผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 40 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิ ชีระเจตกุล (2539) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989) เป็นการประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิจารณาให้ค่าคะแนนและความหมาย ดังนี้

ดีมาก/ ดีมากกว่า	หมายถึง	มีความเห็นสุขภาพตนเองดีมาก/ ดีกว่าผู้อื่นมาก
ดี/ ดีกว่า	หมายถึง	มีความเห็นสุขภาพตนเองดี/ ดีกว่าผู้อื่น
ปานกลาง/ เท่ากัน	หมายถึง	มีความเห็นสุขภาพตนเองปานกลาง/ เท่ากับผู้อื่น
ไม่ดี/ แย่กว่า	หมายถึง	มีความเห็นสุขภาพตนเองไม่ดี/ แย่กว่าผู้อื่น

เกณฑ์ในการให้คะแนนในข้อคำถาม

ดีมาก/ ดีมากกว่า	ได้	4	คะแนน
ดี/ ดีกว่า	ได้	3	คะแนน
ปานกลาง/ เท่ากัน	ได้	2	คะแนน
ไม่ดี/ แย่กว่า	ได้	1	คะแนน

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยวัดความคงที่ด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest) ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งการทดสอบทั้งสองครั้งไม่แตกต่างกัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ส่วนแบบสัมภาษณ์ความจำหวงใจของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมด โดยไม่ได้มีการดัดแปลงผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความจำหวงใจของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .86, .70, และ .93 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหาความเที่ยงด้วยวิธีวัดค่าความคงที่ (Measurement of stability) โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest) ผลการวิเคราะห์การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากการทดสอบซ้ำ (Pearson product-moment coefficient correlation) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้

2. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่า การเข้าร่วมในการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการดูแลใด ๆ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลในการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีหลังจากการวิจัยสิ้นสุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้วผู้วิจัยให้

ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่ออธิบดีกรมพัฒนาการสังคมสวัสดิการ และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากอธิบดีกรมพัฒนาการสังคมสวัสดิการ และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยศึกษาเป็นตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง แล้วให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับให้ผู้วิจัยดู

2. ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านพักของกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบสัมภาษณ์ความหวาดแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ด้วยการอ่านข้อความตามแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไม่ชี้นำคำตอบ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามนั้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไปที่ละรายจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความว่าเหว โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความว่าเหวของ ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

(Pearson product-moment coefficient correlation)

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน

(Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษานำเสนอในตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ส่วนที่ 2 ระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-3

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ซึ่งสามารถนำมาอธิบายรายละเอียดได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แสดงไว้ในตารางที่ 4-1

ตารางที่ 4-1 จำนวน และร้อยละ ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 100 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	60	60.0
ชาย	40	40.0
อายุ		
60-69 ปี	16	16.0
70-79 ปี	43	43.0
80-89 ปี	32	32.0
90 ปีขึ้นไป	9	9.0
M = 78.11, SD = 8.32, Min = 61, Max = 100		
ศาสนา		
พุทธ	96	96.0
อิสลาม	1	1.0
คริสต์	1	1.0
ไม่นับถือศาสนาใด	2	2.0
สถานภาพ		
โสด	38	38.0
หม้าย	33	33.0
หย่าร้าง	21	21.0
คู่	8	8.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	15.0
ระดับประถมศึกษา	48	48.0
ระดับมัธยมศึกษา	19	19.0
ประกาศนียบัตร	4	4.0
ปริญญาตรี	13	13.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.0

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 1 ปี	20	20.0
1-5 ปี	46	46.0
6-10 ปี	21	21.0
11-15 ปี	5	5.0
16-20 ปี	5	5.0
21 ปี ขึ้นไป	3	3.0
M = 66.51, SD = 72.57, Min = 2, Max = 360		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม		
เข้าร่วม	84	84.0
ไม่เข้าร่วม	16	16.0

จากตารางที่ 4-1 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) มีอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคืออายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 32.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.0) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 33.0) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือ ระดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 19.0) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 21.0) และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทาง สังคม (ร้อยละ 84.0)

ส่วนที่ 2 ระดับความว้าเหวของผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (n = 100 คน)

ระดับความวิตกกังวล		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(61-68 คะแนน)	6	6.00
ระดับปานกลาง	(41-60 คะแนน)	56	56.00
ระดับน้อย	(20-40 คะแนน)	38	38.00

Mean = 44.12, SD = 72.57

จากตารางที่ 4-2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาผู้สูงอายุมีระดับความวิตกกังวล อยู่ในระดับน้อยที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 10.13)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม แสดงไว้ในตารางที่ 4-3 แสดงในรูปแบบเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตารางที่ 4-3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (n = 100 คน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	1.000	.406**	.279**	.385**	-.276**
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		1.000	.594**	.393**	-.372**
3. การสนับสนุนทางสังคม			1.000	.220*	-.669**
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ				1.000	-.239*
5. ความวิตกกังวล					1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$

จากตารางที่ 4-3 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.276, -.372, -.669$ และ $-.239$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ แสดงไว้ในตารางตารางที่ 4-4

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยตรวจสอบว่าตัวแปรทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันเองหรือไม่ ซึ่งพบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จำนวน 10 คู่ โดยมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ .220 ถึง .669 ได้โดยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4-4 สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ($n = 100$ คน)

ตัวแปร	b	SE.b	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	-.404	.045	-.669	-8.906	.000

$R = 0.669, R^2 = .447, F = 79.315, a = 74.700, R^2 \text{ adjusted} = .442$

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากตารางที่ 4-4 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความว้าเหวของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .447$) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด ($\beta = -.669, p < .01$)

บทที่ 5

สรุป และอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อว่าเหวของผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดซึ่งได้จากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวในผู้สูงอายุแบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .87, .86, .70, .93 และ .86 ตามลำดับ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.0) มีอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 43.0) รองลงมาคือ อายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 32.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 96.0) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย (ร้อยละ 33.0) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.0) รองลงมาคือ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 19.0) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ 1-5 ปี (ร้อยละ 46.0) รองลงมาคือ 6-10 ปี (ร้อยละ 21.0) และส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 84.0)

2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความว่าเหว อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.12 (SD = 10.13)

3. การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56 (M = 44.12, SD = 10.13) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุส่วนมากต้องจากบ้านมาซึ่งเป็นที่สร้างความทุกข์ใจให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากความคุ้นเคย และความรักต่อสถานที่เดิมที่ยังคงมีอยู่ การแยกจากครอบครัว ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นปัญหาอย่างมาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ผิดใจ ต้องไปอยู่กับผู้อื่น ความรู้สึกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิมและการยอมรับของแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน ผู้สูงอายุไม่ต้องการเป็นบุคคลที่ว่างงานและความรับผิดชอบ ทั้งปวง (สมัย พรหมประดิษฐ์, 2546) การเข้าอยู่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุขาดสมรรถภาพ ขาดความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเองอย่าง รู้สึกเสียใจและอยากกลับบ้าน ผู้สูงอายุจะชอบที่เก่ามากกว่าที่แปลกใหม่ ต้องการความอบอุ่นในครอบครัว และต้องการความคุ้มครองจากญาติ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความว้าวุ่น ตามมา ปัญหาความว้าวุ่นของผู้สูงอายุเกิดจากการขาดสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ความว้าวุ่นจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการได้รับทางสังคมไม่สอดคล้องกัน เป็นความรู้สึกลึกซึ้งในตัวของผู้สูงอายุที่รับรู้ได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่นได้ แม้อยู่ในกลุ่มผู้คนจำนวนมาก

ผู้สูงอายุส่วนมากที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ส่วนมากเข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจัดขึ้นตามเทศกาลต่าง ๆ (ร้อยละ 84.0) สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สบาย เกิดการเจ็บป่วย หรือมีกิจกรรมที่ต้องออกไปติดต่อภายนอก บางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรมที่ต้องนั่งนาน ๆ จึงปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพราะได้มีการพบปะกับผู้สูงอายุที่มีวัยใกล้เคียงกัน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เข้ากันได้ดี เป็นส่วนใหญ่ สำหรับระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอยู่ที่ 1-5 ปี (ร้อยละ 46.0) และต้องการที่จะอยู่ในศูนย์ต่อไป แม้ว่าบุตรหลานต้องการมารับกลับไปอยู่ด้วย เพราะเกรงว่าจะเป็นภาระของบุตรหลาน และหากอยู่บ้านผู้สูงอายุต้องอยู่เพียงลำพัง ทำให้เกิดความว้าวุ่นมากกว่าที่อยู่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำนายความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสามารถทำนายความว้าวุ่นได้ ร้อยละ 44.7 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) เท่ากับ $-.669$ เนื่องจากผู้สูงอายุขาดความรู้สึกลึกซึ้งผูกพันใกล้ชิดจากครอบครัว เพราะต้องมาอยู่ในสถานสงเคราะห์ ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่นปลอดภัย รู้สึกเหงา และ โดดเดี่ยว อีกทั้งยังต้องการให้สังคมยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า ได้รับการช่วยเหลือ แบ่งปัน ด้านสิ่งของ และต้องการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ซึ่งเป็น

การทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของผู้อื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ จะเกิดความคับข้องใจและรู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์ ไร้จุดหมาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของความรู้สึกผูกพันใกล้ชิดจากผู้ดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือในลักษณะการช่วยแบ่งปันด้านสิ่งของสาธารณูปโภค การได้รับสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรมทางสังคม และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น เหล่านี้จะทำให้ไม่เกิดปัญหาความว่าเหวในผู้สูงอายุแต่เมื่อผู้สูงอายุต้องเข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ คือ ขาดความรักความผูกพัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความอบอุ่น ความปลอดภัย และไม่ได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งผู้สูงอายุไม่ได้รับคำแนะนำที่ดีในเรื่องที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ ไม่ได้รับการยกย่องให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวได้

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุเนตร วงศาโรจน์ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านทักมิด จังหวัดยะลา มีภาวะว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ De jong-Gierveld (1987) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง โดยไม่มีผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวได้ผู้สูงอายุที่ไม่มีการติดต่อกับสังคมภายนอกหรือต้องเกษียณอายุแล้วอาศัยอยู่แต่ในบ้าน เหล่านี้ทำให้เกิดความว่าเหวได้เช่นเดียวกัน

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 43.0 เป็นผู้สูงอายุวัยตอนกลางยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังแสดงให้เห็นจากคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย ($M = 18.03$, $SD = 3.49$) จึงไม่ทำให้เกิดความว่าเหว

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 84.0 และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 39.70$, $SD = 6.66$) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ว่าเป็นอย่างไรการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

ผู้สูงอายุจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงพอต่อเมื่อสามารถที่จะเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ การปรับตัวทางอารมณ์ทางสังคม และการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าจะมีความรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ เบื่อหน่ายมองชีวิตที่ผ่านมาในแง่ลบ อดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จจะทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัวขุ่นเคืองและมักกลัวความตาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.26$, $SD = 2.47$) กล่าวคือผู้สูงอายุมีความรู้สึกความเข้าใจที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมจิตวิญญาณและภาวะสุขภาพ โดยรวมทั้งในอดีตและปัจจุบันว่าอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของตนเอง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจและสังคมนิยมสุขภาพจึงเปลี่ยนไปตามปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7 ผู้วิจัยจึงเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูง โดยการสนับสนุนทางสังคม ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวได้
2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูง ไปใช้ในการส่งเสริมบุคลากรทางการพยาบาล ให้พัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุได้
3. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูง ไปใช้ในการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม
4. ด้านการวิจัยทางการพยาบาลพยาบาลและนักวิจัยควรนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลประกอบการวิจัยและพัฒนารูปแบบการลดความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุนักวิจัยสามารถนำผลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุใน

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา เป็นโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าห่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยทางด้านการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนาย ความว่าห่วยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.7 จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อความว่าห่วยของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัด สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้ และควรศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย

2. ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุเท่านั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ได้ ข้อมูลที่หลากหลายสามารถนำผลการวิจัยอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ และเพิ่มตัวแปรตัวอื่น เช่น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมในการทำนายความว่าห่วย

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2555). *คู่มือการขับเคลื่อนภารกิจกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ประจำปี พ.ศ.2555*. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.
- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, พรประภา สินธุนาวา และนภัส ศิริสัมพันธ์. (2543). *การประเมินสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ: ศึกษาเฉพาะกรณีสถานสงเคราะห์ 3 แห่ง*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฉวีวรรณ ภิรมย์ชน. (2547). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าห่วยของผู้สูงอายุในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ*. การค้นคว้าอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธิดา มีศิริ. (2541). *การศึกษาความว่าห่วยของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงเยาว์ พลโทพงศ์. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าห่วยในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ประเวศ ะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พรเพ็ญ สำเภา. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าห่วย และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). *ความว่าห่วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าห่วยในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และสุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์. (2535). รายงานการศึกษาการเปรียบเทียบระดับความ
ว่าห่วยระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน. เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยพายัพ.
- วาริ กังใจ. (2540). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา ปรากฎวงศ์. (2551). ปัจจัยพยากรณ์ความว่าห่วยของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. พิษณุโลก:
มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2539). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล, 3(3), 119-122.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณใน
ผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รณฤทธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), หลักการ
พยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 51-74). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศิริพร ชัมภลิจิต. (2533). แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา:
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และ กองทุนผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:
ทีคิวพี.
- สมัย พรหมประดิษฐ์. (2546). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มโดยการประยุกต์การติดตามหลัก โยนิโสม
นสิการของศาสนาพุทธต่อความว่าห่วยของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริหทัย มวลวนิชย์. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าห่วยของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยา
การแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542 ก). ปัญหาของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542 ข). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุนทร วงศาโรจน์. (2547). *ภาวะว้าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักษิณ จังหวัดยะลา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.
- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัด อุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรินทร์ มีลาถลัน. (2539). *ศึกษาปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเขตจังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เสมอจันทร์ อณะเทพ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทธาโคน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชัย มงคล. (2546). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทยกลุ่มการวิจัย สุขภาพจิต โรคจิตและ พฤติกรรมรุนแรง (การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน)*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ พระธรรมจันท์.
- Barthel, D. W., & Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Baum, S. K. (1982). Loneliness in elderly person: A preliminary study. *Psychological Reports*, 50, 1317-1318.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795-813.
- Beck, A. T. (1988). *Cognitive therapy of depression: A personal reflection, the malcolm millar lecture in psychotherapy*. Aberdeen: Scottish Cultural Press.
- Branden, N. (1983). *Honoring the self: The psychology of confidence and respect*. New York: Bantam Books.

- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. London: Academic Press.
- Creecy, R. F., Berg, W. E., & Wright, R. (1985). Loneliness among the elderly: Causal approach. *Journal of Gerontology*, 40(4), 487-493.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (3rd ed.). New York: Harper & Collins.
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119-28.
- Dykstra, P. A., Tilburg, T. G., & Gierveld, J. J. (2005). Change in older adult loneliness. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Fontaine, K. L. (2003). *Mental health nursing* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Fuller, J., & Schaller-Ayers, J. (2000). *Health assessment-a nursing approach* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61-66.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford happiness questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1073-1082.
- House, J. M. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-145.
- Jitapunkul, S., & Khovidhunkit, W. (1998). Urinary incontinence in Thai elderly: A community study. *J Med Assoc Thai*, 81, 160-8.
- Kaplan, B. H. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15, 47-58.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 762-770.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., & Burke, K. (2000). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice* (6th ed.). New Jersey: Prentice Hall Health.

- Lyons, R. F. (1991). The effects of acquired illness and disability on friendships. In D. Perlman & W. H. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships* 3 (pp. 233-276). London: Jessica Kingsley.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 20(4), 23-29.
- Pener, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). California: Appleton & Lange.
- Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Peplau, L. A. (1988). Loneliness: New directions in research, participate in the challenge of mental health and psychiatric nursing in 1988. In *Proceedings of the 3rd National Conference on Psychiatric Nursing* (pp. 127-142). n.p.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. In S. Duck, & R. Gilmour (Eds.), *Personal relationships in disorder* (pp. 31-56). London: Academic Press.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau, & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13-46). Washington, DC: U.S. Governmental Printing Office.
- Piboon, K. (2011). *A Causal model of depression among older adult in Chonburi province*. Doctoral dissertation, Nursing Science (International Program), The Faculty of Nursing, Burapha University.
- Rogers, B. L. (1989). Loneliness: Easting the pain of the hospitalized elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 15(8), 16-21.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NP: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1968). *The logic of survey analysis*. New York: Basic.
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.

- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 472-480.
- Ryan, M. C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 13*(5), 6-11.
- Santrock, J. W. (1999). *Life-span development*. Philadelphia.: McGraw-Hill.
- Scalise, J. J., Ginter, E. J., & Gerstein, L. H. (1984). A multidimensional loneliness measure: The loneliness rating scale (LRS). *Journal of Personality Assessment, 48*, 525-530.
- Schultz, C. (1988). Loneliness. In C. K. Beck, & S. R. Wilson (Eds.), *Mental health psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach* (pp. 382-399). St. Louis: C. V. Mosby.
- Schultz, R., & Williamson, G. M. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47*, P367-P372.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health, 12*, 93-100.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). The practice of nursing in multiperson situation, family, and community. In D. F. Orem (Ed.), *Nursing: Concepts of practice* (5th ed., pp 348-380). St. Louis: C. V. Mosby.
- Tilden, V. P., & Weinert, S. C. (1987). Social support and chronically ill individual. *Nursing Clinics of North America, 22*(3), 613-620.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner.
- Valfre, M. M. (2001). *Foundations of mental health care* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In O. Strickland, & C. DiIorio (Eds.), *Measurement of nursing outcomes: Vol. 3 Self care and coping* (pp. 161-172). New York: Springer.
- Weiss, R. S. (1974). The provision of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Edgewood Cliffs: Prentice-Hall.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-02-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาวลัญชณา พิมพันธ์ชัยบุญลย์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับการศึกษาครั้งนี้ คือเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารและไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ ตามความรู้สึกรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ท่านฟัง แล้วให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน ซึ่งผู้วิจัยจะทำการบันทึกรายละเอียดลงในแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประกอบเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในการเรียนการสอนเกี่ยวกับความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ และสามารถนำไปให้การส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ท่านสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ล่วงหน้า โดยการปฏิเสธของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ กับวิถีชีวิต การดูแล หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ท่านในครั้งนี้ จะมีการเก็บไว้อย่างเป็นทางการ โดยใช้อักษรเลขที่ของแบบสัมภาษณ์เป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลในการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก และจะทำลายภายหลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว 1 ปี

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวลัญญา พิมพ์รัชชัยบุญ หมายเลขโทรศัพท์ 089-885-7775 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีกังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102850

นางสาวลัญญา พิมพ์รัชชัยบุญ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความก้าวหน้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการ
จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

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

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

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่
เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุญลย์)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....นางสาวลัญจนา พิมพันธ์ชัยบุญต์))

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ท่านโปรดตอบคำถามซึ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้สัมภาษณ์จะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี.....เดือน
3. ศาสนา () ไม่นับถือศาสนาใด
 () พุทธ
 () อิสลาม
 () คริสต์
 () อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
 () โสด
 () สมรส
 () หย่าร้าง
 () หม้าย
5. การศึกษา
 () ไม่ได้รับการศึกษา () ระดับประถมศึกษา
 () ระดับมัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร
 () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
6. ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุปีเดือน
7. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม () เข้าร่วม () ไม่เข้าร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความจำหวู่

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการให้ท่านประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านกับความรู้สึก ตามข้อความข้างล่างนี้บ่อยมากน้อยเพียงใด ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียดให้ ท่านฟัง ขอให้ท่านประเมินความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น แต่ละข้อไม่มีคำตอบใดผิดหรือถูก อยู่ที่ ท่านคิด หรือรู้สึก หรือเป็นเช่นนั้นจริง ๆ โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อที่ ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

1. ท่านรู้สึกว่าคนที่รู้จักทั่วไป มีการคบหาสมาคมติดต่อเข้ากันได้ดีกับท่าน

<input type="checkbox"/> เข้ากันได้ดีทุกคน	<input type="checkbox"/> เข้ากันได้ดีเป็นส่วนใหญ่
<input type="checkbox"/> เข้ากันได้ดีบ้างไม่ดีบ้าง	<input type="checkbox"/> เข้ากันไม่ได้เลย
2. จริงไหมถ้าจะถามว่าขณะนี้ท่านไม่มีเพื่อนเลย

<input type="checkbox"/> จริง	<input type="checkbox"/> มีบ้างแต่น้อยเต็มที่
<input type="checkbox"/> มีอยู่พอสมควร	<input type="checkbox"/> ยังมีเพื่อนอยู่มาก
3. เวลาเมื่อเรื่องอยากจะปรึกษาหารือกับใคร ท่านรู้สึกว่า

<input type="checkbox"/> ไม่มีคนให้คำปรึกษาเลย	<input type="checkbox"/> มีคนให้คำปรึกษาแต่น้อย
<input type="checkbox"/> มีคนให้คำปรึกษาพอสมควร	<input type="checkbox"/> ยังมีคนให้คำปรึกษาอยู่มากเป็นที่พอใจ
4. ปัจจุบัน เหงาไหม

<input type="checkbox"/> ไม่เหงาเลย	<input type="checkbox"/> เหงาบ้างเป็นบางครั้ง
<input type="checkbox"/> เหงาเป็นส่วนใหญ่	<input type="checkbox"/> เหงาจริง ๆ

.
.
.
.
.

ส่วนที่ 3 แบบประเมินดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวเอง โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
 - () 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้
 - () 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - () 2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟัน, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 - () 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 - () 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
 - () 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 - () 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือที่มีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 - () 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 - () 3. ทำได้เอง
4. การใช้ห้องสุขา
 - () 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 - () 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - () 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและจากโถส้วมได้เอง, ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ, ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

() 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

() 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

() 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

() 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

() 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

() 1. ช่วยเหลือตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

() 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

() 0. ไม่สามารถทำได้

() 1. ต้องการคนช่วย

() 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องการใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

() 0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้

() 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

() 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

() 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

() 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

() 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

() 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

() 2. กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการทราบความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่าน แต่ละข้อไม่มีคำตอบใดถูกผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

- ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย คือ เมื่อท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเลย
- รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้งหรือน้อยครั้ง
- รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเป็นบางครั้ง
- รู้สึกเช่นนี้บ่อยครั้ง คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นอยู่บ่อยครั้ง
- รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอด คือ เมื่อท่านรู้สึกตรงตามข้อความนั้นเกือบตลอด

ข้อความ	ไม่เคย รู้สึก เช่นนี้ เลย	รู้สึก เช่นนี้ น้อย มาก	รู้สึก เช่นนี้ บางครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ บ่อยครั้ง	รู้สึก เช่นนี้ เกือบ ตลอด
ท่านรู้สึกว่าท่านมีดีหลายอย่าง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านนับถือตัวเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนที่มีค่าอย่างน้อยก็พอ ๆ กับคนอื่น					
ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีอะไรน่าภูมิใจ					
.					
.					
.					
.					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม (PRQ2000)

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ ต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน ผู้สัมภาษณ์จะอ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้ท่านฟังทีละข้อ และขอให้ท่านประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน แต่ละข้อไม่มีคำตอบใดถูกผิด และคำตอบที่ดีที่สุดคือคำตอบที่ตรงกับความรูสึกของท่านมากที่สุด โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ เมื่อท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นเลย
ไม่เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านรูสึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านรูสึกค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เฉย ๆ	คือ เมื่อท่านรูสึกเฉย ๆ กับข้อความนั้น
ค่อนข้าง ที่เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านรูสึกค่อนข้าง ที่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	คือ เมื่อท่านรูสึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ เมื่อท่านรูสึกเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	เฉย ๆ	ค่อนข้างที่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รูสึกอบอุ่นปลอดภัย							
2. ท่านรูสึกว่าตนเองมีความสำคัญ							
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ท่านทราบเมื่อท่านทำได้ดี							
4. ท่านมีโอกาสมากที่จะได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรูสึกว่าท่านมีคุณค่า							
.							
.							

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ จะถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่าน และขอให้ท่านคิดและทบทวนว่า สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร โดยผู้สัมภาษณ์จะทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อที่ตรงกับที่ท่านตอบในแต่ละข้อ

- ดีมาก/ดีมากกว่า หมายถึง สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับดีมาก/ ดีกว่าผู้อื่นมาก
 ดี/ ดีกว่า หมายถึง สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับดี/ ดีกว่าผู้อื่น
 ปานกลาง/ เท่ากัน หมายถึง สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับปานกลาง/ เท่ากันกับผู้อื่น
 ไม่ดี/ แย่กว่า หมายถึง สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับไม่ดี/ ไม่ดีเท่ากับผู้อื่น

- 1) ในความคิดของท่าน เมื่อ 6 เดือนย้อนหลัง สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - 4 () ดีมาก
 - 3 () ดี
 - 2 () ปานกลาง
 - 1 () ไม่ดี
- 2) ในความคิดของท่าน ในปัจจุบัน สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
 - 4 () ดีมาก
 - 3 () ดี
 - 2 () ปานกลาง
 - 1 () ไม่ดี
- 3) ในความคิดของท่านสุขภาพของท่านในขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน เป็นอย่างไร
 - 4 () ดีกว่ามาก
 - 3 () ดีกว่า
 - 2 () เท่ากัน
 - 1 () แย่กว่า

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหงาของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

Factors Influencing Loneliness of the Elderly in Banbangkhac Social Welfare Development Center for Older Persons, Bangkok

ชื่อนิสิต นางสาวลัญญา พิมพ์ชัยบุญลย์

รหัสประจำตัวนิสิต 51960584 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 02 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 90 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ ๒๗ มีนาคม พ.ศ. 2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง ๒๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๙๕๖



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน อธิการบดีพัฒนาการสังคมและสวัสดิการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวลิษา พิมพันธ์ชัยบุญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความ
ว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วย-
ศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้คณะฯ จึงขออนุญาตให้นักศึกษา
ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
บางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน ๙๐ ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี
มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในระหว่าง
วันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนีภรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘-๙๘๘๕-๗๗๗๕

ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๙๕๓



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๙ มิถุนายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
๒. รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวลัญญา พิมพ์ชัยบุลย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้คณะฯ จึงขออนุญาตให้นิสิตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร จำนวน ๙๐ ราย โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในระหว่างวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ - ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖
โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖
ผู้วิจัย ๐๘-๙๘๘๕-๗๗๗๕

ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

ตารางภาคผนวกที่ ฉ-1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม
จำแนกเป็น โดยรวม และรายข้อ (n = 100)

ข้อความ	M	SD
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	5.11	1.58
2. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญ	5.30	1.40
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ท่านทราบเมื่อท่านทำได้ดี	5.00	1.53
4. ท่านมีโอกาสมากที่จะได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีคุณค่า	5.13	1.45
5. ท่านได้ใช้เวลากับบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกับท่าน	5.08	1.39
6. มีหลาย ๆ คนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานกับท่าน	4.69	1.65
7. ถ้าท่านต้องการความช่วยเหลือในระยะยาว มีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือท่าน	5.11	1.47
8. ท่านและเพื่อนของท่านจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอ	5.05	1.37
9. ท่านมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้อื่นได้พัฒนา ทักษะ และสิ่งที่เขาสนใจ	5.19	1.41
10. ท่านมีญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่พร้อมให้ความช่วยเหลือท่าน แม้ว่าเขาเหล่านั้นจะทราบว่าท่านไม่สามารถจะตอบแทนเขาได้	4.88	1.71
11. เมื่อท่านอารมณ์เสีย ท่านมีคนใกล้ชิดที่พร้อมจะเข้าใจท่าน	4.48	1.59
12. ท่านรู้ว่ามีคนชื่นชมท่าน	5.06	1.56
13. ท่านมีคนที่รักและห่วงใยท่าน	5.03	1.54
14. ท่านมีเพื่อนที่ไปงานสังคม และงานรื่นเริงด้วย	5.23	1.44
15. ท่านรู้สึกว่ายังมีคนต้องการท่าน	5.29	1.43
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	75.63	16.76

ภาคผนวก ข

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความไว้หวั

ตารางภาคผนวกที่ ข-1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อันดับความว่าห่วยของผู้สูงอายุโดยรวม
และรายชื่อ (n = 100)

ข้อความ	M	SD
1. ท่านรู้สึกว่าคุณที่รู้จักทั่วไป มีการคบหาสมาคมติดต่อกันได้ดีกับท่าน	2.15	0.83
2. ท่านรู้สึกว่าไม่มีเพื่อนเลย	2.16	0.86
3. ท่านสามารถปรึกษาหารือกับบุคคลอื่นได้	2.71	0.91
4. ปัจจุบันท่านเหวาหรือไม่	1.65	0.83
5. ท่านได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน	2.53	0.79
6. เวลาในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีงานบุญ หรือมีการ งานต่าง ๆ ท่านไปร่วมงานหรือไม่	1.94	1.00
7. ท่านมีเพื่อนสนิทหรือไม่	2.69	0.86
8. เวลาท่านคิดอะไร พุดอะไร คนในในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ เขาฟังท่านพุดบ้างหรือเปล่า	2.23	0.79
9. ท่านชอบการพุดคุย หรือชอบคบหาสมาคมกับผู้อื่นหรือไม่	2.36	0.82
10. ท่านรู้สึกว่ามิตรพวกเพื่อนฝูง ใจกว้างใจท่านมากหรือไม่	2.60	0.77
11. ท่านมีความรู้สึกว่ามีใครเอาใจใส่เหลียวแลท่านเลย	1.90	0.93
12. ท่านรู้สึกว่ามีการคบหาสมาคมกับผู้อื่นทุกวันนี้ ก็คบไปอย่างนั้นแหละไม่ จริงจังต่อกันเลย	2.15	0.96
13. ท่านรู้สึกว่า ไม่มีใครเข้าใจท่าน หรือรู้จักท่านดีพอ	2.24	0.95
14. ท่านมีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว	1.28	1.06
15. ท่านสามารถหาเพื่อนใหม่ ๆ หรือมิตรภาพใหม่ได้ง่าย	2.30	0.81
16. ท่านรู้สึกว่ามีคนเข้าใจและรู้ใจท่านมาก	2.48	0.70
17. เวลาในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีงานบุญ หรือมีงาน สังสรรค์กันท่านรู้สึกอย่างไรหากไม่ได้ไปร่วมงานนั้น	1.74	1.00
18. ท่านรู้สึกว่าคนที่พบปะในแต่ละวันมีมากมาย แต่ไม่มีใครสนใจท่าน เลย	1.94	0.95
19. เวลาารู้สึกอยากจะพุดคุยกับใคร ก็มีคนที่สามารถจะไปพุดคุยด้วย	2.10	0.82
20. ยามมีทุกข์โศก ท่านมีคนคอยให้คำแนะนำหรือปลอบโยนหรือไม่	2.34	0.95
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	44.12	10.13

จากตารางภาคผนวกที่ ช-2 พบว่า คะแนนความไว้ห่วยของผู้สูงอายุ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 44.12$, $SD = 10.13$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความไว้ห่วยของผู้สูงอายุคือ เวลาในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีงานบุญ หรือมีงานสังสรรค์กัน ท่านรู้สึกอย่างไรหากไม่ได้ไปร่วมงานนั้น ($M = 3.26$, $SD = 1.00$) รองลงมาคือ ท่านมีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียวหรือไม่ ($M = 3.18$, $SD = 1.06$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ปัจจุบันท่านเหงาหรือไม่ ($M = 1.65$, $SD = 0.83$)