

ปัจจัยทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน*
Factors Predicting Loneliness among Elderly with Chronic
Illness Living in Community

ชุลีกร ปัญญา** พย.ม.
วารี กังใจ*** พย.ด.
สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์*** Ph.D.

Chulegorn Panya, M.N.S.
Waree Kangchai, D.N.S.
Sirilak Somanusorn, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอ ศรีมหาโพธิ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 110 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความว่าเหว่ มีค่าความเที่ยงตามวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91, .70, .92, .83, .96, และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความว่าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 54.04, SD = 5.39$) อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 46.2 ($R^2 = .462, p < .01$) โดย ตัวแปรที่สามารถทำนายความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังสูงสุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ($Beta = -.300, p < .01$) รองลงมาได้แก่ อายุ ($Beta = .265, p < .01$) และ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($Beta = -.185, p < .05$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรหาแนวทางในการป้องกันความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ความว่าเหว่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this research was to determine the predictive factors of age, family relation, perceived health status, activity of daily living, self-esteem and social support on loneliness among elderly with chronic illness living in community. A multistage random sampling method was used to recruit 110 samples

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

of aged 60 years old. Those samples were diagnosed by physician that at least one chronic illness for example hypertension diabetes mellitus heart disease and stroke living in Si Maha Phot Amphoe Prachin Buri Province. The interview questionnaires included the Family Relation, the Perceived Health Status, the Barthel ADL Index, the Self- Esteem Scale, the Social Support, and the UCLA Loneliness Scale. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaires were .91, .70, .92, .83, .96 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results of the study showed that the mean score of loneliness at a moderate level ($\bar{X} = 54.04$, $SD = 5.39$). Age, family relation, and self-esteem significantly predicted loneliness and explained 46.2 % of the variance ($p < .01$). The most influencing factors to loneliness were family relation ($Beta = -.300$, $p < .01$) followed by age ($Beta = .265$, $p < .01$) and self-esteem ($Beta = -.185$, $p < .05$), respectively.

The finding is recommended that nurses and health team personnel should concern the prevention loneliness among elderly with chronic illness living in community by promoting family relation and self-esteem of the elderly.

Key words : Loneliness, chronic illness, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่มีอัตราผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานจะต้องรับภาระเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในที่สุดจะมีผู้สูงอายุที่ถูกละเลยและถูกทอดทิ้ง

เพิ่มขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากการเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของครอบครัวไทย จากเดิมเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น บุตรหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลเอาใจใส่ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง ส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความว้าเหว่ตามมาได้

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย จากอายุที่เพิ่มขึ้นและสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่ายกว่าวัยอื่น จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.1 โรคเบาหวานร้อยละ 15.9 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.83 โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต ร้อยละ 3.5 และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.6 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 80 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Lubkin & Larsen, 2009) การเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา และอาจมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราว ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเบื่อหน่าย ท้อแท้ในชีวิต การเจ็บป่วยเรื้อรังในบางโรค อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ความสามารถ หรือมีความบกพร่องทางร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดน้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สิ่งเหล่านี้

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองลดลง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง (Theeke, 2010) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าวุ่นมากขึ้น

ความว้าวุ่นเป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ดังข้อมูลในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาที่มีอายุ 70 ปี ประสบกับความว้าวุ่น ถึงร้อยละ 60 (Davis, 2006 cited in Chalise, Kai, & Satio, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalise, Saito, Takahashi, and Kai (2007) พบว่า ผู้สูงอายุชาวเนปาลซึ่งอาศัยในประเทศที่ถือว่ายากจน มีความว้าวุ่น ร้อยละ 66 เช่นเดียวกับประเทศฟินแลนด์ ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ความว้าวุ่นมีอัตราความชุกประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม (2547) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว้าวุ่นของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าวุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 และการศึกษาของ นางเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าวุ่นในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุมีความว้าวุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42

ความว้าวุ่นในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความว้าวุ่น (Hazer & Boylu, 2010) ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าวุ่น (ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม, 2547; นางเยาว์ พลโทพงศ์, 2547; Chalise et al., 2007; Golden et al., 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน ดังการศึกษาของ นางเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ และการศึกษาของเพ็ญพโยม เชนสมบัติ (2547) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยทำนายความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษากิจปัจจัยทำนายความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยคัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยในครั้งนี้ พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างองค์รวมและพัฒนาหาวิธีการหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ให้เกิดความว้าวุ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านอายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ต่อความว้าวุ่นของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิดความว้าวุ่นของ Perlman and Peplau (1981) ที่อธิบายไว้ว่า ความว้าวุ่นนั้นเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่ยินดี ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นขาดเครือข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคมที่สำคัญทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความว้าวุ่นเกิดจากการขาด

สัมพันธ์ภาพทางสังคมของบุคคล ความว่าเหว่เกิดขึ้นเมื่อความต้องการการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการได้รับทางสังคม ไม่สอดคล้องกัน 2) ความว่าเหว่เป็นความรู้สึกภายในตัวของบุคคลอาจไม่เหมือนกับการแยกตัวออกจากสังคม คนเราสามารถอยู่คนเดียวได้โดยไม่มี ความว่าเหว่ แต่ในขณะที่เดียวกันคนเราก็เกิด ความว่าเหว่ได้แม้อยู่ในกลุ่มผู้คนจำนวนมาก และ 3) ความว่าเหว่เป็นความรู้สึกที่ไม่พอใจ และเป็นทุกข์ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว และแยกตัวออกจากสังคม ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (social isolation) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (decreased self-esteem) และเกิด ความว่าเหว่ตามมา

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่นั้น ผู้วิจัยนำมาจากแนวคิดของ Perlman and Peplau (1981) และ Peplau (1988) ที่กล่าวว่า มีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว่าเหว่ ซึ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะของบุคคล ได้แก่ ความอาย (shyness) ขาดทักษะทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 2) ลักษณะสถานการณ์ ได้แก่ การแยกตัวออกจากสังคม 3) วัฒนธรรมค่านิยม ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ (individualism) และ 4) ปัจจัยที่เป็นเหตุการณ์มากระตุ้น ได้แก่ การเจ็บป่วย การแบ่งแยกความรักความสัมพันธ์ หรือการย้ายไปยังชุมชนใหม่ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตทางสังคมของบุคคล และความต้องการการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับการได้รับทางสังคมไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความว่าเหว่ได้ และเชื่อว่ากระบวนการรู้คิดทางสติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการเกิด ความว่าเหว่ของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหว่ของผู้สูงอายุยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความว่าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (Chalise et al., 2007)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย (predictive correlational research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาต หรืออัมพฤกษ์ และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปราจีนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังโดยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ และโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ปกติ
2. สื่อสารด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาการพูดหรือการได้ยิน
3. มีความสมัครใจและยินยอมร่วมมือในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ เลือกศึกษา 1 อำเภอในจังหวัดปราจีนบุรี คือ อำเภอศรีมหาโพธิ์ หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่มา

1 คำบลดจากทั้งหมด 10 คำบลด ได้คำบลดกรอกสมบุรณ์ ซึ่งคำบลดกรอกสมบุรณ์ประกอบด้วย 10 หมู่ ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ ทั้ง 10 หมู่ แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่จำแนกตามสัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านได้จำนวนครบ 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การพักอาศัย การประกอบอาชีพในอดีต/ปัจจุบัน ความเพียงพอของรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ รัตนา สินธิรภาพ (2541) สร้างขึ้นโดยปรับปรุงมาจากแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวของ Morrow and Wilson (1961) จำนวน 25 ข้อ มีคำถามด้านบวก 17 ข้อ และคำถามด้านลบ 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 (รัตนา สินธิรภาพ, 2541) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เป็นประจำ (2 คะแนน) บางครั้ง (1 คะแนน) ไม่เคย (0 คะแนน) และคำถามด้านลบ ผู้วิจัยกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ (0-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-40 คะแนน) และระดับสูง (41-50 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ สุพรรณณี ชีระเจตกุล (2539) ที่สร้างตามแนวคิดของ Speake et al. (1989) ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 (สุพรรณณี ชีระเจตกุล, 2539) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ดีมาก/ดีกว่ามาก (4 คะแนน) ดี/ดีกว่า (3 คะแนน)

ปานกลาง/เท่ากัน (2 คะแนน) ไม่ดี/แยกว่า (1 คะแนน) แยงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (3-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) และ ระดับสูง (10-12 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index หรือ BAI) ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจาก Barthel ADL Index (Mahoney & Barthel, 1965) ลักษณะของการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่ามีความสามารถมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วย 10 กิจกรรม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับมาก (5-8 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) และมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย (12 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ซึ่งแปลมาจาก Rosenberg's Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965) จำนวน 10 ข้อ มีคำถามด้านบวก 5 ข้อ และคำถามด้านลบ 5 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 (วารี กังใจ, 2540) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย (1 คะแนน) รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก (2 คะแนน) รู้สึกเช่นนี้บางครั้ง (3 คะแนน) รู้สึกเช่นนี้น้อยครั้ง (4 คะแนน) รู้สึกเช่นนี้เกือบหมด (5 คะแนน) และคำถามด้านลบผู้วิจัยกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ (10-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-37 คะแนน) และระดับสูง (38-50 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ น้ำ

เพชร หล่อตระกูล (2543) ที่สร้างตามแนวคิดของ House (1981 cited in Tilden, 1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เป็นจริงส่วนใหญ่ (3 คะแนน) เป็นจริงน้อย (2 คะแนน) และไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว่ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale หรือ UCLA Loneliness Scale) ของ Russell, Peplau, and Cutrona (1980) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันทชัย (2534) จำนวน 20 ข้อ มีคำถามด้านบวก 15 ข้อ และคำถามด้านลบ 5 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด (1 คะแนน) จริงปานกลาง (2 คะแนน) จริงแต่น้อย (3 คะแนน) ไม่จริงเลย (4 คะแนน) และคำถามด้านลบผู้วิจัยกลับคะแนนก่อนรวมคะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีความว่าเหว่มากที่สุด (61-80 คะแนน) มีความว่าเหว่ปานกลาง (41-60 คะแนน) และมีความว่าเหว่น้อยที่สุด (20-40 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือการวิจัยมาตรฐานโดยไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง ดังนั้น จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก แต่ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำแบบสัมภาษณ์สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการสนับสนุนทางสังคม และความว่าเหว่ ไปทดลองใช้ กับ

ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่ตำบลหนองโพรง จังหวัดปราจีนบุรี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91, .70, .92, .83, .96, และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้านของผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอกกสมบูรณ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองรัง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าพบประธานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนตามชุมชนที่ได้รับการสุ่ม ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนัดวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล โดยขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 1 ท่าน นำผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตนเองอธิบาย รายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย แล้วสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ แล้วทำการบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 40-60 นาทีต่อราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไปที่ละรายจนครบจำนวน 110 รายตามที่กำหนดไว้

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูง

อายุ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และวิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และสามารถใช้อุปกรณ์การวิจัยได้อย่างถูกต้องก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด ไปใช้จริงกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และสามารถทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ส่วนก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการศึกษาคำนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่ายินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคำนี้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ตารางที่ 1 คะแนนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัว	25.32	5.47	ต่ำ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	6.56	1.48	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	18.57	2.73	พึงพาผู้อื่นระดับน้อย
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	33.93	2.59	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	54.05	5.28	ปานกลาง
ความว่าเหว	54.04	5.39	ปานกลาง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้าน อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี standard regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.2) มีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 54.5) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 58.2) ศึกษาในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 68.2) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 33.6) ในอดีตประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.9) ในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.6) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 66.4) และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 92.7) (ตารางที่ 1)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 25.32$, $SD = 5.47$) การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.56$, $SD = 1.48$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับภาวะพึ่งพาผู้อื่นระดับน้อย ($\bar{X} = 18.57$, $SD = 2.73$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.93$, $SD = 2.59$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 54.05$, $SD = 5.28$) และมีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 54.04$, $SD = 5.39$)

3. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (n = 110)

ตัวทำนาย	b	SE	Beta	t	P-value
อายุ	.180	.055	.265	3.273	.001
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.296	.092	-.300	-3.207	.002
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.386	.155	-.185	-2.490	.014
Constant (a)	77.361	7.696	-	10.052	.000

R = .680, R² = .462, R² adj = .431, F (6, 103) = 14.756 Sig. of F = < .01

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนมีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 54.04$, $SD = 5.39$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองและชนบท และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุต้องเฝ้าบ้านและอยู่กันตามลำพัง เนื่องจากบุตรหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน อีกทั้งยังพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานไม่ดี ดังแสดงให้เห็นจากคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 25.32$, $SD = 5.47$) คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.93$, $SD = 2.59$) และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.56$, $SD = 1.48$) นอกจากนี้ ยัง

standard regression พบว่า อายุ สัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ได้ร้อยละ 46.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .462$, $p < .01$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังสูงสุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ($Beta = -.300$, $p < .01$) รองลงมาได้แก่ อายุ ($Beta = .265$, $p < .01$) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($Beta = -.185$, $p < .05$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ อายุมากขึ้นไม่สามารถทำงานได้ มีความเสื่อมถอยลงของร่างกาย ประกอบกับมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีข้อจำกัดด้านร่างกายและผู้สูงอายุบางส่วนต้องเลี้ยงหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จึงทำให้เกิดความว่าเหว สอดคล้องกับแนวคิดความว่าเหวของ Perlman and Peplau (1981) ที่กล่าวว่า ความว่าเหวเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่ยินดี ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นขาดเครือข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคมที่สำคัญ ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การเจ็บป่วย และการถดถอย

ออกจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุลดกิจกรรมทางสังคมลง (Eliopoulos, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม (2547) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ มีความว่าเหวระดับปานกลาง ร้อยละ 48.1 และการศึกษาของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีความว่าเหวระดับปานกลาง ร้อยละ 42

2. อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว และความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถร่วมทำนายความว่าเหวได้ร้อยละ 46.2 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว อธิบายได้ว่า อายุที่มากขึ้นทำให้มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษาและอาจมีอาการกำเริบเป็นบางครั้งคราว การเจ็บป่วยเรื้อรังในบางโรคของผู้สูงอายุ อาจทำให้ ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงนำไปสู่ความว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Savikko et al. (2005) เรื่องปัจจัยทำนายความว่าเหวในผู้สูงอายุ พบว่า อายุที่มากขึ้นสามารถทำนายความว่าเหวในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และการศึกษาของ Dykstra (2009) เรื่องความว่าเหวในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-79 ปี มีความว่าเหวระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 20-30 และผู้สูง

อายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีความว่าเหวบ่อยครั้ง ร้อยละ 40-50

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่บุตรหลาน ร้อยละ 33.6 แต่ปัจจุบันชุมชนที่ผู้สูงอายุอยู่ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องเฝ้าบ้านและอยู่กันตามลำพัง ทำให้ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง ($\bar{X} = 25.32, SD = 5.47$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 37.3 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 ส่งผลให้เกิดความว่าเหวมากขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกครอบครัวของบุตรหลาน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดติดกัน ขาดความเคารพนับถือและความเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ส่งผลให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายความว่าเหวใน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของ ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม (2547) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว่าเหวของผู้สูงอายุอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว และสามารถพยากรณ์ความว่าเหวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

พัฒนารูปแบบการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมถึงเพื่อนและครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม. (2547). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

นงเยาว์ พลโทพงศ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธี การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยา

นิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัตนา สนิธิธรรมา. (2541). *ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วารี กังใจ. (2540). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ: พงษ์พานิชย์เจริญผล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์ในการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุพรรณิ นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: ธนาเพส.

Chalise, H. M., Kai, I., & Saito, T. (2010).

- Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *Aging and Human Development*, 71(2), 115-138.
- Chalise, H. M., Saito, T., Takahashi, M., & Kai, I. (2007). Relationship specialization among sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 299-314.
- Dykstra, P. A., (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.
- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological nursing* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and well-being in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700.
- Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 2083-2089.
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2009). *Chronic illness: Impact and intervention* (7th ed.). United States of America: Jones and Bartlett.
- Mahoney, F. L., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Morrow, W. R., & Wlison, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.
- Peplau, L. A. (1988). *Loneliness: New directions in research*. Retrieved from http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/.../Peplau%2088.pdf
- 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.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- 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.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing and Health*, 12, 93-100.
- Theeke, L. A. (2010). Sociodemographic and health-related risk for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3(2), 113-124.
- Tilden, V. P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in Nursing & Health*, 8, 199-206.