



การศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

A Study of Loneliness in Hospitalized Older Persons with Chronic Illnesses in Tertiary Care Hospital, Bangkok Metropolis

นุศรา นิลแสง* ศิริพันธ์ สาสัตย์**

Nussara Ninseang,* Siriphan Sasat**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science, Bangkok

** Corresponding Author: sisasat@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร และเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4) แบบประเมินบุคลิกภาพ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และได้ค่าความเที่ยงชุดที่ 2 - 6 เท่ากับ 0.83, 0.92, 0.85, 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบทีแบบอิสระ และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 60.5 มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 10 มีความว่าเหวอยู่ในระดับสูง
2. ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 69 - 70 ปี) และผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีระยะเวลาการ

Received: November 19, 2020; Revised: May 9, 2021; Accepted: May 26, 2021

นอนโรงพยาบาล 11 - 20 วัน มีความว่าเหว่มากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาอื่นๆ ผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน มีความว่าเหว่มากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติในรูปแบบอื่นๆ ผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำมีความว่าเหว่มากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและสูง ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงและผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีความว่าเหว่มากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกลึกซึ้งมีคุณค่าในตนเองและผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนบุคลิกภาพที่แตกต่างกันมีความว่าเหวไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย เพศหญิง มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 - 20 วัน และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ และควรเสริมสร้างความรู้และทักษะเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุและการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ความว่าเหว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรคเรื้อรัง

Abstract

This survey research aimed to study loneliness among hospitalized older persons with chronic illnesses in tertiary care hospital, Bangkok Metropolis, and to compare loneliness when they are classified by age, sex, personality, length of stay, rate of visitors per day, activities of daily living, self-esteem and social support. Participants consisted of 400 hospitalized older persons with chronic illnesses in inpatient department in tertiary public hospitals, Bangkok Metropolis, and were selected by using multi-stage sampling. Research instruments were Barthel ADL Index, Maudsley Personality Inventory (MPI), self-esteem, social support, and the Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment (SMLC) which were tested for content validity and reliability and the Cronbach's alpha coefficients were 0.83, 0.92, 0.85, 0.81, and 0.86 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test and ANOVA. The findings were as follows:

1. 60.5% of the elderly with chronic illnesses admitted to tertiary care hospital in Bangkok Metropolis had a low level of loneliness and only 10% had a high level of loneliness.
2. The late elderly (aged 80 years and over) were lonelier than the other age group. Female elderly were lonelier than males. Those who had a period of 11 - 20 days length of stay, relatives who visited 3 times a day, low level of daily activities, high level of self-esteem and social support were had loneliness.



The research results can be applied to the nursing care plan for loneliness prevention in hospitalized older persons with chronic illnesses, particularly in the late elderly, females, had a period of 11 - 20 days length of stay, and had a low level of activities of daily living. Capacity building on knowledge and skills about loneliness in older persons should be applied to nursing staff in order to provide physical and mental care and will lead to holistic care. These findings can be used as a basic information for further studies on loneliness in hospitalized older persons and related research.

Keywords: older person, loneliness, hospitalized, chronic illnesses

≡≡≡ ความเป็นมาและความสำคัญ ≡≡≡ ของปัญหา

ผู้สูงอายุทั่วโลกส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นจำนวนหลายครั้งในแต่ละปี¹ สาเหตุมักเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันและมีอาการของโรคที่รุนแรง บางครั้งต้องใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยชีวิตและเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา² ต้องพลัดพรากจากบุคคลในครอบครัว³ ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่กลายเป็นผู้ป่วย ส่งผลให้การเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดเกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องใช้ระยะเวลายาวนานและความต่อเนื่องในการรักษา⁴ ในแถบประเทศยุโรปพบผู้สูงอายุเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 87 ประเทศไทยก็เช่นเดียวกันพบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 79.1⁵ และโรคที่พบส่วนใหญ่ในการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบประสาท ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยยาวนานกว่าวัยอื่นๆ และนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้งต่อปี¹

ผลกระทบจากการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุด้านร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ในด้านอารมณ์นั้น ผู้สูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง⁶ ด้านจิตใจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกทุกข์ใจ กังวลใจ ต้องพลัดพรากจากบุคคลในครอบครัว³ และแปรเปลี่ยนเป็นความหวาดเหว่เกิดขึ้นตามมาถึงร้อยละ 20² ในด้านเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล¹ มีรายได้น้อยลง แต่มีค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ เมื่อต้องเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจส่งผลในทางอ้อมต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้

ความหวาดเหว่ (Loneliness) เป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยที่เป็นการยึดมั่นของผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม³ มักพบมากในวัยสูงอายุ ด้วยวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อเกิดความหวาดเหว่ขึ้นแล้ว

ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเกิดการนอนโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มขึ้น²

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า อายุ⁷ เพศ⁸ บุคลิกภาพ^{9,10} จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ¹¹ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹² ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล^{13,14} ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁵ การสนับสนุนทางสังคม¹⁶ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดความว่าเหว สำหรับในประเทศไทย พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹² การศึกษาปัจจัยทำนายความว่าเหวของผู้สูงอายุ¹⁷ การศึกษาการจัดกระทำทางพยาบาล ผลของโปรแกรมการพยาบาลผสมผสานนันทนาการบำบัดต่อความรู้สึกว่าเหวของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน¹⁸ ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ¹⁹ จะเห็นได้ว่า แม้ว่าที่ผ่านมาเป็นการศึกษาความว่าเหวในบริบทที่แตกต่างกัน ซึ่งพบการศึกษาความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียง 1 การศึกษาเท่านั้น¹² เมื่อปี พ.ศ. 2547 โดยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 1.95, SD = 0.37) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสังคมและความเป็นอยู่ของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากการมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.7 ในปี พ.ศ. 2561²⁰ และจากการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้นในวัยสูงอายุ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

ที่เป็นศูนย์รวมของการส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต่อทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและจากต่างจังหวัดทั่วทุกภูมิภาค จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา มีความว่าเหวเพิ่มขึ้นและอาจพบผลการศึกษาที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเดิม

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของความว่าเหวในผู้สูงอายุ จึงต้องการศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ทางการพยาบาล เนื่องจากยังมีองค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานและหลักฐานในการสนับสนุนการศึกษาและการนำไปใช้ทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่ม อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดความว่าเหวของ Francis³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม อธิบายความว่าเหวได้ว่าเป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยที่เป็นการยึดมั่นของผู้ป่วยมารับการรักษา



ในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ และความว้าวุ่นจากการพลัดพราก จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาความว้าวุ่นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ 1) อายุ⁷ แบ่งออกเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) 2) เพศ⁸ แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง 3) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล^{13,14} แบ่งเป็น 5 ช่วงเวลา ได้แก่ 1 - 10 วัน, 11 - 20 วัน, 21 - 30 วัน, 31 - 40 วัน และ 40 วันขึ้นไป 4) บุคลิกภาพ^{9,10} แบ่งเป็น 4 บุคลิกภาพ ได้แก่ (1) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-อ่อนไหวทางอารมณ์ (2) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว-มั่นคงทางอารมณ์ (3) บุคลิกภาพแบบแสดงออก-อ่อนไหวทางอารมณ์ และ (4) บุคลิกภาพแบบแสดงออก-มั่นคงทางอารมณ์ 5) จำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ¹¹ เป็นความถี่ที่ญาติเข้าเยี่ยม โดยนับเป็นจำนวนครั้งต่อวัน 6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹² เป็นการรับรู้ที่มีต่อตนเอง การยอมรับตนเองว่ามีคุณค่า แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง 7) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน¹⁵ เป็นการประเมินการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และการขึ้นลงบันได แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง และ 8) การสนับสนุนทางสังคม¹⁶ เป็นการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล

ข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป ด้วยอาการเฉียบพลันหรือมีอาการกำเริบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่ง จากการวินิจฉัยของแพทย์เป็นเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ด้วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง ฟังและพูดภาษาไทยรู้เรื่อง เข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย คือ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างสมบูรณ์ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจาก สูตรของ Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95²¹ คือ

$$\text{สูตร } n = P(1-P)Z^2/E^2$$

เมื่อกำหนด

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม .50

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

($Z = 1.96$ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95)

E = ค่าผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = .05

จากนั้นแทนค่า และคำนวณได้เท่ากับ 384.16 จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด

384 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 400 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาครัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-state sampling) จาก 3 ใน 6 สังกัด โรงพยาบาลที่สุ่มได้ คือ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลตำรวจ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละ Setting แบบสัดส่วน คำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาลกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละ Setting โดยสำรวจผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยสามัญชายและหญิงในแต่ละโรงพยาบาลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด บันทึกชื่อ หมายเลขเตียงโดยใช้รหัสแทนและบันทึกจำนวนผู้ป่วยที่ได้ จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับแบบไม่คืนที่จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ในแต่ละวัน ทำเช่นนี้จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาลตามจำนวน 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติต่อวัน

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ซึ่งพัฒนาจากแบบวัด Barthel Index ของ Barthel & Mahoney แบบประเมินนี้นิยมใช้ประเมินผู้สูงอายุไทยมายาวนาน ดวงกมล สุวรรณ, วิภา แซ่เซี้ย และ ประณีต ส่งวัฒนา²² นำไปประเมินความ

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นสูงถึง 0.93 เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้างช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง

3. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สร้างโดย Rosenberg เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แพลและแพลย้อนกลับโดย Sasat และคณะ²³ ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ พิจารณาจากผลรวมของคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง คะแนนสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

4. แบบประเมินบุคลิกภาพ (The Maudsley Personality Inventory: MPI) ของ Eysenck แปลเป็นภาษาไทยโดย สมทรง สุวรรณเลิศ²⁴ และได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมโดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ใช้ประเมินลักษณะบุคลิกภาพพื้นฐานทางอารมณ์และการแสดงออก สามารถจำแนกความแตกต่างของบุคลิกภาพได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย คำถาม 48 ข้อ ใช้ประเมินบุคลิกภาพ 2 มิติ ซึ่งเป็นอิสระต่อกัน อย่างละ 24 ข้อ แบ่งเป็นบุคลิกภาพแสดงออกและเก็บตัว (Extraversion-



Introversion) คือ Scale-E และบุคลิกภาพที่อ่อนไหวทางอารมณ์ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism-Stability) คือ Scale-N อย่างละ 24 ข้อ โดยแปลผลคะแนนออกมาเป็นลักษณะของบุคลิกภาพ 4 แบบ โดยใช้การแปลผลคะแนนในบุคลิกภาพแต่ละแบบ ดังนี้ 1) บุคลิกภาพขบถเก็บตัว (Inversion) คะแนน Scale-E < 24 2) บุคลิกภาพชอบแสดงออก (Extroversion) คะแนน Scale-E ≥ 24 3) บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) คะแนน Scale-N ≥ 24 4) บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คะแนน Scale-N < 24 ในแต่ละบุคคลจะประกอบด้วยบุคลิกภาพ 2 มิติ ดังนี้ 1) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - อ่อนไหวทางอารมณ์ 2) บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - มั่นคงทางอารมณ์ 3) บุคลิกภาพแบบแสดงออก - อ่อนไหวทางอารมณ์ และ 4) บุคลิกภาพแบบแสดงออก - มั่นคงทางอารมณ์

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ของ มจรูส จันท์แสงสี²⁵ สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House แบบประเมินเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ พิจารณาจากผลรวมของคะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง คะแนนสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

6. แบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ใช้แบบประเมินความว่าเหว The Schedule for the Measurement of Loneliness and Cathetic Investment (SLMC) ของ Francis³ ที่สร้างโดยแนวคิดของอาจารย์ทางการแพทย์ที่มีความสนใจในการศึกษาความว่าเหว และสอบถามเกี่ยวกับความว่าเหวและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ใช้ระยะเวลาสั้นในการทำและสามารถเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ไปได้ให้สถาบันภาษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแปลเป็นภาษาไทยและแปลแบบย้อนกลับ จากนั้นได้

ปรับการใช้คำให้ตรงกับแนวคิดร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในประเทศไทยและการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็น Likert scale 5 ระดับ แบ่งการวิเคราะห์คะแนนออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 1 - 8) จะเป็นการวิเคราะห์ความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ (Cathetic investment) และส่วนที่ 2 จำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 9 - 16) เป็นการวิเคราะห์ความว่าเหวจากการถูกพลัดพรากหรือแยกจากบุคคลและสิ่งของอันเป็นที่รัก การแปลผลพิจารณาจากผลรวมเฉลี่ยของคะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 (คะแนนอยู่ในช่วง 41.0 - 55.0 คะแนน) หมายถึง ความว่าเหวอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 (คะแนนอยู่ในช่วง 26.0 - 40.9 คะแนน) หมายถึง ความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 (คะแนนอยู่ในช่วง 11.0 - 25.9 คะแนน) หมายถึง ความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ คะแนนสูง หมายถึง ความว่าเหวระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินบุคลิกภาพ MPI แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบประเมินบุคลิกภาพ MPI แบบประเมินการสนับสนุน

ทางสังคม และแบบประเมินความว่าเหวใน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้ค่าความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 0.93, 0.96 และ 0.91 ตามลำดับ และนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน แบบประเมินบุคลิกภาพ MPI แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมิน ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ไปตรวจสอบ ความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83, 0.85, 0.92, 0.81 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตามวันเวลาที่กำหนด ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียน โดยผู้วิจัยทำการขออนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัย ได้ขอความร่วมมือให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ เป็นผู้ชี้แจงเกี่ยวกับ โครงการวิจัยอย่างคร่าวๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยจึงเป็นผู้ชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยรวมถึงสิทธิใน การปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัย จะเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียด พูดคุย สันทนาการด้วยความเป็นกันเอง และใช้วิธีการตอบ แบบสอบถามครั้งละ 1 คน โดยขออนุญาตเข้าเก็บ รวบรวมข้อมูลบริเวณเตียงผู้ป่วย ขออนุญาต ปิดกั้นม่านระหว่างเตียงเพื่อความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบ

แบบสอบถามทั้ง 6 ชุด และผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อ คำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และ ให้เลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุดอย่าง อิสระ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่าง เลือก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือ หรือมีข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความ ชัดเจนและเปิดโอกาสให้ซักถาม และในขณะที่เก็บ รวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบ หรือไม่สะดวก ผู้วิจัยได้หยุดการให้ข้อมูลได้ทันที และได้นัดหมายในวันถัดไป จนกว่าจะสามารถเก็บ ข้อมูลได้ครบถ้วน และครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมี อาการเปลี่ยนแปลง จนไม่สามารถตอบแบบสอบถาม ได้ครบถ้วนจะคัดออกจากการวิจัยในครั้งนี้ และ จะรายงานแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและประสานงาน ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่าง รวดเร็วที่สุด จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการตอบ แบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ ของข้อมูล จนได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ผ่าน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2562 ได้รับเอกสารรับรอง จริยธรรมเลขที่ 291/2562 และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2562 ได้รับเอกสารรับรอง จริยธรรมเลขที่ 139/2562 ผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2562 ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมเลขที่ COA-NMD-REC034/62 และผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 25 กันยายน 2562 ได้รับเอกสารรับรอง



จริยธรรมเลขที่ จว. 84/2562 โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้ง การเข้าเยี่ยมของญาติ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความว่าเหวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับความว่าเหวจากค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปร เพศ และบุคลิกภาพกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปร อายุ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม กับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครด้วยสถิติ ANOVA

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง มีจำนวนเกือบเท่ากัน (ร้อยละ 50.3 และร้อยละ 49.8) มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึงอายุ 81 ปี (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.8 ปี) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.3) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 33) มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน (ร้อยละ 37) รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30) และมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลจำนวน 1 - 10 วันมากที่สุด (ร้อยละ 72.8) โดย มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลสั้นที่สุด คือ 5 วัน และนานที่สุด คือ 45 วัน (จำนวนวันนอนโดยเฉลี่ย 10.3 วัน) และมีจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 46.3) ไม่มีญาติเข้าเยี่ยมเลยมีเพียงร้อยละ 3.5

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามระดับความว่าเหว (n = 400)

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

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.5 และมีความว่าเหวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 10

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n = 400)

ความว่าเหว	Mean	SD	ระดับ
ด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจ	23.2	1.33	ต่ำ
ด้านความว่าเหวจากการถูกพลัดพราก	31.6	1.77	ปานกลาง
โดยรวม	25.6	1.58	ต่ำ

จากตารางที่ 2 พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 23.2, SD = 1.33) และด้านความว่าเหวจากการถูกพลัดพรากอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.6, SD = 1.77 ตามลำดับ) และเมื่อได้พิจารณาเป็นโดยรวม พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 25.6, SD = 1.58)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่ม อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (n = 400)

ตัวแปร	จำนวน	ความว่าเหว		ค่าสถิติ	p-value
		Mean	SD		
อายุ				15.99 ^a	0.001
ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี)	200	28.40	7.13		
ผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี)	161	30.39	8.08		
ผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป)	39	34.02	10.77		
เพศ				-4.88 ^b	0.001
ชาย	201	27.70	6.08		
หญิง	199	31.8	9.28		
บุคลิกภาพ				2.09 ^a	0.101
บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - อ่อนไหวทางอารมณ์	5	24.20	5.71		
บุคลิกภาพแบบเก็บตัว - มั่นคงทางอารมณ์	3	29.00	1.73		
บุคลิกภาพแบบแสดงออก - อ่อนไหวทางอารมณ์	380	29.89	8.24		
บุคลิกภาพแบบแสดงออก - มั่นคงทางอารมณ์	12	27.58	1.44		
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล				17.12 ^a	0.001
1 - 10 วัน	290	28.13	7.80		
11 - 20 วัน	88	35.34	6.93		
21 - 30 วัน	15	26.40	4.23		
31 - 40 วัน	5	35.20	7.85		
40 วันขึ้นไป	2	31.00	0.00		



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่ม อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม (n = 400) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ความว่าเหว		ค่าสถิติ	p-value
		Mean	SD		
จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ				10.14 ^a	0.001
ไม่มีการเข้าเยี่ยม	14	15.14	0.53		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 1 ครั้งต่อวัน	162	31.47	7.48		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 2 ครั้งต่อวัน	185	28.58	8.11		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวัน	26	36.00	3.05		
การเข้าเยี่ยมของญาติ 6 ครั้งต่อวัน	13	28.07	0.27		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				67.80 ^a	0.001
ระดับต่ำ	170	34.09	6.18		
ระดับปานกลาง	109	28.66	9.69		
ระดับสูง	121	24.62	5.03		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				58.45 ^a	0.001
ระดับต่ำ	231	26.80	6.19		
ระดับปานกลาง	78	31.00	8.71		
ระดับสูง	91	36.15	7.91		
การสนับสนุนทางสังคม				8.86 ^a	0.001
ระดับต่ำ	13	23.00	0.00		
ระดับปานกลาง	107	27.73	7.68		
ระดับสูง	280	30.83	8.15		

* หมายเหตุ: a หมายถึง สถิติ ANOVA, b หมายถึง สถิติ t-test

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 69 - 70 ปี) และผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความว่าเหวมากกว่าเพศชาย ผู้ที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 - 20 วัน มีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในระยะเวลาอื่นๆ ผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวันมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติในรูปแบบอื่นๆ ผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและสูง ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูงและผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและต่ำ ส่วนบุคลิกภาพที่แตกต่างกันมีความว่าเหวไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.5 และมีความว่าเหวในระดับสูง ร้อยละ 10 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ร้อยละ 50 เป็นช่วงวัยที่เริ่มค้นพบความเจ็บป่วยในร่างกาย จนบางครั้งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้สูงอายุในช่วงวัยอื่นๆ และมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลจำนวน 1 - 10 วัน มากที่สุด นับเป็นช่วงเวลาที่ไม่ได้ยาวนานมากนัก ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีการเข้าเยี่ยมของญาติอย่างต่อเนื่อง ไม่มีญาติเข้าเยี่ยมเลยมีเพียงร้อยละ 3.5 และเมื่อพิจารณาความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความยึดมั่นถือมั่นในสิ่งที่มีความหมายแห่งใจอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 23.2, SD = 1.33) และด้านความว่าเหวจากการถูกพลัดพรากอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 31.6, SD = 1.77) ตามลำดับ) และเมื่อได้พิจารณาเป็นโดยรวม พบว่า ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับต่ำ (Mean = 25.6, SD = 1.58) นอกจากนี้ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นศูนย์รวมของการส่งผู้ป่วยจากทั่วทุกสารทิศมารับการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ทันสมัย มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และใช้ระยะเวลาไม่ยาวนานในการรักษาดูแล ซึ่งแนวคิดความว่าเหวของ Francis³

ได้อธิบายถึง ความว่าเหว ไว้ว่าเป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากประสบการณ์ความบกพร่องด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกแยกจากบุคคล สิ่งของ สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยที่เป็นการยึดมั่นของผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ โดดเดี่ยว และอยากแยกตัวจากสังคม แต่กลุ่มตัวอย่างมิได้แยกจากบุคคลในครอบครัวอย่างสิ้นเชิง ยังมีโอกาสได้พบกัน ได้สร้างประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพร่วมกัน แม้ว่าในบางครั้งอาจได้รับการตรวจพิเศษ ได้ทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลก็ตาม อันเป็นระยะเวลาช่วงสั้นๆ ที่มีได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องแยกตัวจากสังคมหรือบุคคลที่คุ้นเคย จึงมิได้รู้สึกถูกทอดทิ้งและมีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำเป็นส่วนมาก

2. การเปรียบเทียบความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามกลุ่ม อายุ เพศ บุคลิกภาพ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

2.1 อายุ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีความเสื่อมทางร่างกายมากขึ้น รวมถึงการมองเห็นและการได้ยินที่ลดลง นำไปสู่การให้ความหมายที่คลาดเคลื่อน บางครั้งรู้สึกอาย ห่อหุ้ม รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความรู้สึกว่าเหวตามมา⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Arslantas



และคณะ⁷ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความ
ว่าเหว้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

2.2 เพศ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ
เพศหญิงมีความว่าเหว้มากกว่าเพศชาย อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจาก
ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงออกของเพศหญิง
ส่วนใหญ่ต้องการการดูแลปกป้องมากกว่าเพศชาย
ในวัยเดียวกัน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยต้องเข้ารับ
การรักษาโรงพยาบาล จึงต้องการเอาใจใส่
ดูแลมากกว่า ส่งผลให้เพศหญิงมีความว่าเหว้
มากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ
Komurcu, Beydag & Merih⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุ
เพศหญิงมีความว่าเหว้มากกว่าชาย

2.3 บุคลิกภาพ ผลการวิจัย พบว่า
ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพแบบแสดงออก-อ่อนไหวทาง
อารมณ์มีความว่าเหว้มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ
แต่บุคลิกภาพที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก
บุคลิกภาพเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีความ
แตกต่างกัน เกิดจากการเรียนรู้ สะสม
ประสบการณ์ เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่
มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁴ ต้อง
เผชิญกับบทบาทใหม่ๆ ในชีวิต ร่วมกับต้องเผชิญ
กับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ ส่งผลให้มี
อารมณ์ไม่มั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของ
Abdellaoui และคณะ⁹ พบว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพ
อ่อนไหวทางอารมณ์มีโอกาสเกิดความว่าเหว้ได้
มากกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นๆ และอีกนัยหนึ่งของ
บุคลิกภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อความว่าเหว้
ไม่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุ
50 - 80 ปี พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลาย
โรคคล้ายคลึงกัน นำไปสู่ความรู้สึกรวดท้อที่
คล้ายคลึงกัน แม้ว่าจะมีบุคลิกภาพต่างกัน ส่งผล
ให้เกิดความว่าเหว้ไม่แตกต่างกัน

2.4 ระยะเวลานอนโรงพยาบาล
ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลา
นอนโรงพยาบาล 11 - 20 วัน มีความว่าเหว้มากกว่า
ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลในระยะ
เวลาอื่นๆ และระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่
แตกต่างกันมีความว่าเหว้แตกต่างกัน อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากใน
ช่วงแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ
ผู้สูงอายุเป็นช่วงที่ต้องปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ
ในโรงพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ Ryan¹³
พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาล
น้อยกว่า 5 วัน มีความว่าเหว้อยู่ในระดับต่ำ และมี
ระดับความว่าเหว้สูงสุดเมื่อมีระยะเวลาอน
โรงพยาบาลตั้งแต่ 5 วันขึ้นไป แต่ในทางตรงกัน
ข้ามหากผู้สูงอายุมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลที่
นานจนเกินไปจะไม่ส่งก่อให้เกิดความว่าเหว้
เนื่องจากสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งต่างๆ ใน
โรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ
Balfour & Lange¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถ
ปรับตัวได้ มีโอกาสเกิดความว่าเหว้ได้สูงกว่า
ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้

2.5 จำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ
ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนครั้งการ
เยี่ยมของญาติ 3 ครั้งต่อวันมีความว่าเหว้มากกว่า
ผู้สูงอายุที่มีจำนวนครั้งการเยี่ยมของญาติ 1 ครั้ง
ต่อวัน 2 ครั้งต่อวัน 6 ครั้งต่อวันและไม่มีญาติเข้า
เยี่ยมตามลำดับ และจำนวนครั้งการเข้าเยี่ยมที่
แตกต่างกันมีความว่าเหว้แตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า จำนวน
ครั้งการเข้าเยี่ยมของญาติเป็นสิ่งที่แสดงออก
ถึงความรัก ความผูกพัน สัมพันธภาพระหว่างผู้เข้า
เยี่ยมและผู้ป่วยที่มีต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษา
ของ Perissinotto, Stijacic & Covinsky²⁶ พบว่า
ในบางครั้งการเยี่ยมรักษาอย่างใกล้ชิดมากเกินไป
ส่งผลให้เกิดความว่าเหว้ขึ้นได้มากกว่าสาเหตุอื่นๆ

2.6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำมีความว่าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและสูง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักมีอาการของโรคที่รุนแรง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Petite, Mallow & Theeke² พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากจะมีอาการของโรคที่รุนแรง บางครั้งมีอาการอยู่ในขั้นวิกฤติ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีการทำหัตถการที่เร่งด่วน จึงเป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับญาติที่เข้าเยี่ยม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหวถึงร้อยละ 20 และบางครั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อันเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดความว่าเหว สอดคล้องกับการศึกษาของ Miri, Bahrami, Vafainnya & Gholamzadeh¹⁵ พบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่พึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลให้เกิดความว่าเหวตามมา

2.7 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองปานกลางและต่ำ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแสดงถึงการรับรู้ที่มีต่อตนเอง การยอมรับตนเองว่ามีคุณค่า และวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันตามประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ

อาชีพ มีปัญหาทางการเงิน ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่นๆ นอกจากนี้ยังรู้สึกไม่พึงพอใจในสภาพร่างกายของตนเองในปัจจุบัน รวมถึงภาวะสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญโพยม เซยสมบัติ¹² และการศึกษาของ Hyland²⁷ ที่พบว่า ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกหมดหวัง ไร้คุณค่าและแยกตัว ทำให้เกิดความว่าเหวได้

2.8 การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย

พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีความว่าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันมีความว่าเหวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งย่อมรู้สึกได้รับการดูแล เอาใจใส่ สามารถลดการเกิดความว่าเหวได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลศึกษาที่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chalise, Kai & Saito¹⁶ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดการเกิดความว่าเหวลงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะเป็นผู้ที่มีความคิดและการแสดงออกที่มีความมั่นใจ หนักแน่น มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา แต่ในภาวะที่เกิดความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นภาวะวิกฤติในรูปแบบหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่าง



ต้องให้ความสนใจมากกว่าภาวะปกติ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤตินี้ไปได้

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ≡

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดควมว่าเหวในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล และสร้างความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาอนโรพยาบาล 1 - 10 วัน รวมถึงผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

เอกสารอ้างอิง

1. Aroonsang P, Sritanyarat W, Lertrat P, Subindee S, Surit P, Theeranut A, et al. Health profile of older person in health care institute and in community. Journal of Nursing Science & Health 2012;35(2):5-24. (in Thai).
2. Petite T, Mallow J, Theeke L. A systematic review of loneliness and common chronic physical condition in adults. Open Psychol J 2015;8(Suppl 2):113-32.
3. Francis GM. Loneliness: the syndrome. Issues Ment Health Nurs 1981;3(1-2):1-5.
4. Sasat S. Gerontological nursing: common problems and caring guideline. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. p. 15-20. (in Thai).
5. Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2017. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2018. p. 5-32. (in Thai).
6. Sarnsamuk R. Nursing care for older persons with loneliness. Royal Thai Navy Medical Journal 2018;45(3):645-54. (in Thai).
7. Arslantaş H, Adana F, Abacigil E F, Kayar D, Acar G. Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: a field study from western turkey. Iran J Public Health 2015;44(1):43-50.
8. Komurcu N, Beydag K D, Merih Y D. Illness impact on marriage and level of loneliness for women diagnosed with gynecologic cancer. Sexuality and Disability 2014;33(3):303-11.
9. Abdellaoui A, Chen HY, Willemsen G, Ehil EA, Davies GE, Verweij KH, et al. Associations between loneliness and personality are mostly driven by a genetic association with neuroticism. Journal of Personality 2019;87(2):147-218.

ประจำวันอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากมีโอกาสเกิดความว่าเหวในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และควรพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางการพยาบาล ให้มีความรู้เกี่ยวกับความว่าเหวและทักษะการดูแล เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อนำไปสู่การดูแลแบบองค์รวม

2. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยเกี่ยวกับความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวในอนาคต



10. Schermer JA, Martin NG. A behavior genetic analysis of personality and loneliness. *Journal of Research in Personality* 2019;78:133-7.
11. Çıracı Y, Nural N, Saltürk Z. Loneliness of oncology patients at the end of life. *Support Care Cancer* 2016;24(8):3525-31.
12. Cheysombut P. Relationship between selected factors and loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patient. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
13. Ryan M. Hospitalized elderly. *Journal of Gerontological Nursing* 1998;24(3):19-27.
14. Balfour LE, Lange L. Hospital loneliness and the patient-physician relationship: a preliminary analysis of associations with recovery in bone marrow transplant patients. [Master's Thesis, Department of Psychology]. University of North Florida; 2012.
15. Miri K, Bahrami M, Vafainnya R, Gholamzadeh T. Relationship between feeling of loneliness and activities of daily living among the elderly. *Research and Health* 2017;7(3):834-40.
16. Chalise HN, Kai I, Saito T. Social support and its correlation with loneliness: a cross-cultural study of nepalese older adults. *Int J Aging Hum Dev* 2010;71(2):115-38.
17. Gumphun S, Sangon S, Nintachan P. Factors influencing loneliness in older. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2016;30(2):50-68. (in Thai).
18. Laorinthong A. The effect of nursing intervention integrated therapeutic recreation program on loneliness among community – dwelling older persons. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 2016. (in Thai).
19. Sarnsamuk R, Sasat S. The effect of public mind social support program on loneliness in older persons resided in public welfare home for the aged. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2017;18(1):251-60. (in Thai).
20. Institute for Population and Social Research. *Situation of the Thai elderly 2017*. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2018.
21. Vanichbuncha K. *Statistical analysis*. 10th ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2006. (in Thai).
22. Suwan D, Sae-Sia W, Songwattana P. Activities of daily living in patients with multiple traumatic injuries. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2017;9(2):14-25. (in Thai).
23. Sasat S, Burnard P, Edwards D, Naiyapatana W, Hebden U, Boonrod W, et al. Self-esteem and student nurses: a cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. *Nurs Health Sci* 2002;4(1-2):9-14.
24. Suwannalert S. The Maudsley Personality Inventory (MPI). *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 1969;14(1):15-29. (in Thai).

25. Junsangsri M. Relationships between personal factors, perception of health status, social support and activities of elderly in Rongmuang sub-district, Pathumwan, Bangkok Metropolis. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Chulalongkorn University; 1997. (in Thai).
26. Perissinotto CM, Stijacic CI, Covinsky KE. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Journal of Arch Intern Med* 2012;172(14):1078-83.
27. Hyland KA. Contributors to and correlates of loneliness in lung cancer patients. [Doctoral Dissertation, Department of Psychology, College of Arts and Sciences]. University of South Florida; 2018.