

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย
ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2558
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO DIGNITY OF HOSPITALIZED OLDER PERSONS, SOUTHERN REGION

Miss Lawan Patiwikran



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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

ลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (FACTORS RELATED TO DIGNITY OF HOSPITALIZED OLDER PERSONS, SOUTHERN REGION) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 168 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ศึกษาความสัมพันธ์และสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 215 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .79, .89, .85, .82, .89 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ร้อยละ 55.8 มีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.62$, $SD = 21.87$)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .173, .546$ ตามลำดับ) ความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.446, r = -.335$ ตามลำดับ)
3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายความแปรผันของศักดิ์ศรี ได้แก่การสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกาย สามารถพยากรณ์ศักดิ์ศรีได้ร้อยละ 38 ($R^2 = .381$)

สมการคะแนนมาตรฐาน

ศักดิ์ศรี = .449 (การสนับสนุนทางสังคม) - .304 (ความทุกข์ทางร่างกาย)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577224936 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ILLNESS / OLDER PERSON / DIGNITY

LAWAN PATIWIKRAN: FACTORS RELATED TO DIGNITY OF HOSPITALIZED OLDER PERSONS, SOUTHERN REGION. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 168 pp.

The purpose of this research was to study the dignity of the hospitalized elderly, their relationships and to construct the equation predicting the dignity of the hospitalized elderly in the southern region. The subjects consisted of 215 hospitalized elderly in the southern region selected by the multi-stage sampling technique. The research instruments were questionnaires consisting of demographic data, functional ability assessment, physical distress, psychological distress, social support and dignity. All instruments were tested for validity by five experts. The reliability were .79, .89, .85, .85, .82, .89 and .97, respectively. The statistical techniques utilized in data analysis were mean, standard deviation, Pearson’s product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The major findings were as follows:

1. The dignity of the hospitalized elderly in the southern region was at a moderate level. ($\bar{X} = 89.62$, $SD = 21.87$)
2. The relationship between functional ability and social support were positively related to dignity in the hospitalized elderly in the southern region with statistical significance at .05 ($r = .173$, $.546$ respectively) physical distress and psychological distress were negatively related to dignity in the hospitalized elderly in the southern region with statistical significance at .05 ($r = -.446$, $-.335$ respectively)
3. The variables that could significantly predict dignity in the hospitalized elderly in the, southern region were social support and physical distress predictors, accounting for 38% of variance. ($R^2 = .381$)

The predicted equation in the standard score from the analysis of dignity was as follows:

$$\text{Dignity} = .449 (\text{Social support}) - .304 (\text{Physical distress})$$

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ รองศาสตราจารย์ ดร.ประคอง อินทรสมบัติ นายแพทย์กู่ศักดิ์ กู้เกียรติกุล ดร.อรวีลาสิณี สัจวัต และคุณประยงค์ วรรณรงค์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้เสียสละในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการทำวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูลวิจัยทุกแห่ง และที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลทุกท่าน ที่ได้ให้ความกรุณาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตร่วมรุ่น เจ้าหน้าที่ทุกท่านของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณมารดา สมาชิกในครอบครัวรวมถึงกัลยาณมิตรที่มีส่วนช่วยเหลือเอาใจใส่ เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	14
1. การพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย	16
3. แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (Dignity in Older Person).....	22
4. แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล	27
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนใน โรงพยาบาล.....	29
6. บทบาทและการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย	34

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	66
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล	71
การวิเคราะห์ข้อมูล	73
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	100
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	101
รายการอ้างอิง	102
ภาคผนวก.....	114
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย	115
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือรับรองการขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย และหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย	117
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	141
ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	155
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	168

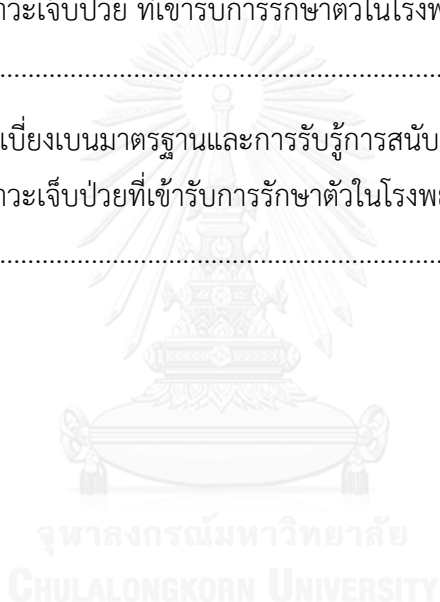
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี	48
ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล	55
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามเพศ อายุและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	57
ตารางที่ 4 ค่าความตรงรายข้อของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล	69
ตารางที่ 5 วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละโรงพยาบาล.....	71
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับการรับรู้ศักดิ์ศรี และค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้.....	75
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	76
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางร่างกาย.....	77
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความวิตกกังวล	78
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้า.....	79

ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม.....	80
ตารางที่ 12	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (n = 215).....	81
ตารางที่ 13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจพยากรณ์ (R ²) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R ² change) ในการทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) (n = 215).....	83
ตารางที่ 14	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณและค่าอำนาจพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล.....	84
ตารางที่ 15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามรายด้าน.....	156
ตารางที่ 16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายข้อ.....	157
ตารางที่ 17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของ จำแนกตามรายข้อ (n = 215).....	160
ตารางที่ 18	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายข้อ.....	162

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ ด้านความวิตกกังวล	163
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ ด้านภาวะซึมเศร้า	164
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนก ตามรายด้าน	165
ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตาม รายชื่อ	166



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 53



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบการดูแลรักษาที่พัฒนาทำให้ประชากรโลกมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ปัญหาที่ตามมาจากภาวะการณดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพ (van Gennip et al., 2013) เกิดภาวะพึ่งพา รู้สึกเป็นภาระ.(Albers, Pasman, Deliens, de Vet, & Onwuteaka-Philipsen, 2013; H. M. Chochinov et al., 2011; Hanratty et al., 2012) ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสูญเสียคุณค่า สูญเสียศักดิ์ศรีแห่งบุคคลในผู้สูงอายุ (Nordenfelt, 2009b) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ (H. M. Chochinov et al., 2002)

วัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย (Moe, Enmarker, & Hellzén, 2012a, 2012b) โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 จะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง 1โรค และร้อยละ 50 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค (Centers for Disease Control and Prevention, 2011) ผู้สูงอายุที่เปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีสุขภาพดีเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องดำเนินตามวิถีโคจรของความเจ็บป่วย (van Gennip, Pasman, Oosterveld-Vlug, Willems, & Onwuteaka-Philipsen, 2013) เมื่อมีอาการรุนแรงกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ซึ่งกิจกรรมประจำวันบางอย่างต้องระงับหรือลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (S. Jacobi & R. MacLeod, 2011) ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (Gibson et al., 2012; Hanratty et al., 2012; van Gennip et al., 2013) ยิ่งหากผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ไม่สามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วย และต้องรับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ภายใต้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (L. Baillie, 2009) ผู้สูงอายุจะรู้สึกถึงความเปราะบาง อ่อนแอ รู้สึกสูญเสียคุณค่า ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยลงของศักดิ์ศรีแห่งบุคคล (Hanratty et al., 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรม ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล (Personal dignity) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่คำนึงถึงความมีตัวตน ความเป็นมนุษย์โดยความรู้สึกดังกล่าวขึ้นกับมุมมองและการรับรู้ของตนลดทอนได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ เช่น มีภาวะเจ็บป่วย มีภาวะพึ่งพา (Nordenfelt, 2009b; van Gennip et al., 2013) ภาวะเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การอ้างและส่งเสริมซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Ostlund, Brown, & Johnston, 2012) การเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ จะส่ง

ผลลัพธ์ที่ดี (L. Baillie, 2009) ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงคุณค่า (Tadd & Calnan, 2009) เท่ากับเป็นการประกันการดูแลที่เข้าใจและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ (Nordenfelt, 2009a) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2002) กล่าวว่า ในการดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องให้ความสำคัญเรื่องศักดิ์ศรีแห่งบุคคลแก่ผู้สูงอายุในทุกหน่วยบริการ

ผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะหากความเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลทำให้ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเป็นเงื่อนไขที่สัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ ความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อการรับรู้ความมีตัวตนของผู้สูงอายุ (Jacobson, 2007; Nordenfelt, 2009a) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี van Gennip และ คณะ (2013) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้อดทนซึ่งศักดิ์ศรีมีความสำคัญ โดยควรเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนผ่านจากผู้มีสุขภาพดีกลายเป็นผู้ป่วย และต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามระยะต่างๆของโรคเป็นเวลายาวนาน ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญมากสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้สามารถอดทนซึ่งศักดิ์ศรี (Griffin-Heslin, 2005; C. S. Jacelon, T. W. Connelly, R. Brown, K. Proulx, & T. Vo, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tadd (2007) กล่าวว่า พยาบาลควรให้ความสำคัญตระหนักต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตสูง การเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างตามระยะของโรค ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ปัจจัยที่ถูกเลือกมาศึกษาในครั้งนี้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ระดับความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) และการสนับสนุนจากสังคม (Social support) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อศักดิ์ศรีผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Gennip (2013) พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ต้องเผชิญเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ตามวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความทุกข์ (Distress) ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อการลดทอนความรู้สึกมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีที่นำมาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีตามการรับรู้และมุมมองของผู้ป่วย (Andersson, Hallberg, & Edberg, 2008; H. M. Chochinov, 2002; Hack et al., 2004; Kabel & Roberts, 2003; Walsh & Kowanko, 2002)

จากการศึกษาของ Baillie (2009) โดยศึกษาเกี่ยวกับศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ต้องได้รับการช่วยเหลือในการขับถ่าย การแต่งตัว การอาบน้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (Hack et al., 2004)

ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (H. M. Chochinov et al., 2002; Doorenbos, Wilson, Coenen, & Borse, 2006; Hack et al., 2004; Kabel & Roberts, 2003; Vlug, de Vet, Pasman, Rurup, & Onwuteaka-Philipsen, 2011) จากการศึกษานี้ของ Albers (2012) เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีระหว่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยที่มีความก้าวหน้าของภาวะเจ็บป่วย (Hack et al., 2004) ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ การขาดพลังงาน อาการคลื่นไส้ อาการเจ็บปวด (Oosterveld-Vlug et al., 2014) ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ S. P. Enes และคณะ พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย จากความก้าวหน้าของโรค ภาวะเจ็บป่วย หรือภาวะทุพพลภาพจะลดทอนการรับรู้การมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยลง ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (S. P. Enes, 2003; M. R. Matiti & Trorey, 2004; van Gennip et al., 2013)

ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) จากการศึกษานี้ของ Chochinov (2002) และ Jacelon (2004) พบว่า ผู้ป่วยที่เผชิญกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆตามระยะของวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วย จะส่งผลต่อความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (H. M. Chochinov et al., 2002; M. R. Matiti & Trorey, 2004; Pleschberger, 2007) นอกจากนี้ Oechsle (2014) ได้ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ได้แก่ การรับรู้ต่อการสนับสนุนของคนในครอบครัว เพื่อน หรือ บุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรี (Andersson et al., 2008; Brown, Johnston, & Ostlund, 2011; Carter, MacLeod, Brander, & McPherson, 2004; H. M. Chochinov, 2002; S. P. Enes, 2003; Hack et al., 2004; Kabel & Roberts, 2003; Ohlen, 2004; Pleschberger, 2007; Vlug et al., 2011) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น จากสมาชิกในครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน ผู้ป่วยจะสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้ (C. S. Jacelon et al., 2004; M. R. Matiti & Trorey, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2006) ศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม จะมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

สำหรับในเขตภาคใต้เป็นอีกภาคหนึ่งที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก ทั้งนี้จากการสำรวจในปี พ.ศ.2543 อัตราประชากรผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ ร้อยละ 9.5 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) จากการที่ผู้สูงอายุในภาคใต้มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 60 ปี สูงกว่าภาคอื่นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคข้อและกระดูกโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) และจากการสำรวจข้อมูล จำนวนผู้ที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกิน 2 เดือนขึ้นไป ในปี พ.ศ.2553 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มโรคหลักที่เป็นสาเหตุในการนอนโรงพยาบาล คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจวาย และพบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้นอนโรงพยาบาลมากที่สุด จำนวน 311 ครั้งต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ผู้สูงอายุภาคกลาง จำนวน 290 ครั้งต่อแสนประชากร (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ปัญหาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในภาคใต้ และการเข้านอนโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ซึ่งทำให้กิจกรรมประจำวันบางอย่างต้องระงับหรือลดลง ส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบกับโดยลักษณะของผู้สูงอายุในภาคใต้ ชอบความเป็นอิสระ มีความหยิ่งในศักดิ์ศรีและไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมใดให้ผู้อื่นประณาม ซึ่งเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุภาคใต้ (อมรา ศรีสุชาติ, 2544) เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการพึ่งพาคบุคคลอื่น เนื่องจากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยส่งผลต่อข้อจำกัด หรือความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของ Griffin-Heslin (2005) พบว่า ศักดิ์ศรีเป็นความรู้สึกและการรับรู้ถึงภาวะของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การเคารพ (Respect) การมีเอกสิทธิ์ (Autonomy) การมีพลังอำนาจในตน (Empowerment) และการสื่อสาร (Communication) ซึ่งจากการศึกษาของ จิรา แก่นยะกุล (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในเขตภาคใต้ มีการรับรู้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ โดยการให้ความสำคัญในเรื่องศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วยมากที่สุด คือ การดูแลโดยการเคารพความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ การปฏิบัติโดยการคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และการพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยภาษาถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา ัญญาบาล (2547) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วยในเขตภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการประเมินความสามารถในการตัดสินใจ ด้านการ

เปิดเผยข้อมูล ด้านการเคารพการตัดสินใจโดยอิสระของผู้ป่วยและการตระหนักในความแตกต่างของค่านิยม คุณค่าและความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ดังนั้น เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย คือ สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล ขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงควรตระหนักและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะนำไปสู่องค์ความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาทางการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่มุ่งเน้นศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้เป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้หรือไม่
3. ตัวแปรพยากรณ์ใดที่สามารถร่วมกันทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยนี้เป็นแนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in illness) ของ Griffin-Heslin (2005) ศักดิ์ศรี หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกถึงภาวะของบุคคลที่ประกอบไปด้วย 4 คุณลักษณะ คือ

1. การเคารพ (Respect) คือ การรับรู้ว่ามี การเคารพตนเอง (Self-respect) เคารพต่อบุคคลอื่น (Respect for other) เคารพในความเป็นส่วนตัว (Respect for privacy) เคารพต่อความลับของบุคคล (Confidentiality) เคารพต่อความเชื่อของตนเองและผู้อื่น (Self-belief and belief in others)

2. การมีเอกลิทธิ (Autonomy) คือ การรับรู้ว่าจะตนเองเลือกสิ่งต่างๆ ได้เอง (Having choice) การเสนอทางเลือกได้ (Giving choice) ตัดสินใจได้ (Being able to make decisions) การมีความสามารถ (Competence) การมีสิทธิ (Right) การมีความต้องการได้ (Needs) และการมีอิสระไม่พึ่งพา (Independence)

3. การมีพลังอำนาจในตน (Empowerment) คือ การรับรู้ว่าจะมีความสำคัญ (Feeling important) มีคุณค่าต่อผู้อื่น (Valuable in relation to others) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ความอ่อนน้อม (Modesty) และความภาคภูมิใจ (Pride)

4. การสื่อสาร (Communication) คือ การให้เวลา (Time giving) การอธิบายข้อมูล (Explaining information) ความเข้าใจข้อมูล (Understanding information) ความสุขสบาย (Comfort) การสื่อสารแบบใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษา (Non-verbal and verbal communication)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วยเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างที่ชัดเจนและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นแนวคิดที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บป่วย และเนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในวิถีโคจรของภาวะเจ็บป่วยเป็นเวลาต่อเนื่อง ยาวนานจนกระทั่งเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่า และสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญเพื่อการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ได้แก่

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Physical activities) ได้แก่ การขับถ่าย การแต่งตัว

การอาบน้ำ ซึ่งกระบวนการสูงอายุส่งผลต่อผู้สูงอายุ ให้เกิดภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะพึ่งพาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Mahoney & Barthel, 1965) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lesley (2009) โดยการศึกษาเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ที่ลดลงของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี ดังนั้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) หมายถึง ความไม่สบายทางร่างกาย ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล สัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค ได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ซึ่งหากบุคคลไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับความไม่สบายทางร่างกายดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Matiti and Trorey (2004) โดยศึกษาศักดิ์ศรีตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางร่างกายจากภาวะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยสูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Vehling และ Mehnert (2014) โดยการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ดังนั้น ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรือความไม่สงบของจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ซึ่งกระบวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อตนเองและผู้อื่น (Zigmond & Snaith, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของ Oechsle (2014) โดยศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่เผชิญกับวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานยิ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Gennip และคณะ (2015) โดยศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามระยะต่างๆของภาวะเจ็บป่วย พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วยทุกระยะสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรี ดังนั้น ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูล เครื่องมือ การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนที่ตอบสนองตามความต้องการของบุคคล นอกจากการช่วยเหลือจากสิ่งของแล้วยังรวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคลส่งผลให้ผู้รับรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งอาจได้จากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน (Zimet, Powell, Farley, Werkman, & Berkoff, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2006) ศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น จากครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถส่งเสริมและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

จากแนวคิดและผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่ามีทั้งแนวคิดและผลการวิจัยที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
5. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ ดังนี้

1. เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน (inpatient) ในโรงพยาบาล
2. อาการคงที่ไม่อยู่ในระยะวิกฤตและภาวะที่เป็นอันตรายหรือคุกคามถึงชีวิต
3. รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรต้น คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม
2. ตัวแปรตาม คือ ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ศักดิ์ศรี (Dignity) หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึกถึงภาวะแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ขึ้นกับมุมมองและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ คือ

1. การเคารพ (Respect) คือ การรับรู้ว่ามี การเคารพตนเอง (Self-respect) เคารพต่อบุคคลอื่น (Respect for other) เคารพในความเป็นส่วนตัว (Respect for privacy) เคารพต่อ

ความลับของบุคคล (Confidentiality) เคารพต่อความเชื่อของตนเองและผู้อื่น (Self-belief and belief in others)

2. การมีเอกลิทธิ (Autonomy) คือ การรับรู้ว่าคุณเองเลือกสิ่งต่างๆได้เอง (Having choice) การเสนอทางเลือกได้ (Giving choice) ตัดสินใจได้ (Being able to make decisions) การมีความสามารถ (Competence) การมีสิทธิ (Right) การมีความต้องการได้ (Needs) และการมีอิสระไม่พึ่งพา (Independence)

3. การมีพลังอำนาจในตน (Empowerment) คือ การรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญ (Feeling important) มีคุณค่าต่อผู้อื่น (Valuable in relation to others) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ความอ่อนน้อม (Modesty) และความภาคภูมิใจ (Pride)

4. การสื่อสาร (Communication) คือ การให้เวลา (Time giving) การอธิบายข้อมูล (Explaining information) ความเข้าใจข้อมูล (Understanding information) ความสุขสบาย (Comfort) การสื่อสารแบบใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษา (Non-verbal and verbal communication)

ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบวัดศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in illness) ของ Griffin-Heslin (2005) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด แปรผลจากคะแนนรวม คือ ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับต่ำ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Physical activities) ได้แก่ การขับถ่าย การแต่งตัว การอาบน้ำ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยใช้แบบประเมิน the Barthel ADL Index ของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (1999) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Mahoney และ Barthel (1965) ในส่วนของการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการประเมินการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่รับการรักษาตัวใน

โรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อคำถาม ครอบคลุม เรื่อง 1) การรับประทานอาหาร 2) การทำความสะอาดร่างกาย 3) การสวมใส่เสื้อผ้า 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนย้ายภายในตึกผู้ป่วย 6) ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย

การประเมินและการให้คะแนนแตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติถึงสามารถปฏิบัติได้เอง แผลผลคะแนนจากคะแนนรวม คือ ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูงสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ถ้าคะแนนรวมน้อย หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น

ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล สัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค ได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ซึ่งหากบุคคลไม่สามารถเผชิญหรือจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกายดังกล่าว จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความทุกข์ทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom assessment System ฉบับภาษาไทย ของกิติพล นาควิโรจน์ (2008) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Bruera และคณะ (1991) นำมาปรับปรุงข้อคำถามการรับรู้ความทุกข์ทางร่างกายให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

ในส่วนของ การประเมินความทุกข์ทางร่างกาย โดยการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความทุกข์ทางอาการ เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลโดยรวม ประกอบด้วย 8 อาการ ดังนี้ 1) อาการปวด 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย 3) อาการคลื่นไส้ 4) ความรู้สึกเบื่ออาหาร 5) อาการง่วงซึม 7) ความรู้สึกไม่สบายกาย และ 8) ความรู้สึกไม่สบายใจ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุนั้นมากที่สุด ในช่วง 3 วันที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน ใช้ Visual Analogue Scale เป็นมาตรวัด แผลผลคะแนนรวมเป็นรายข้อ คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ

ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรือความไม่สงบของจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลกระทบต่อตนเองและผู้อื่น สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (1996) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zigmond และ Snaith (1983) นำมาปรับปรุงข้อคำถามการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

ในส่วนของ การประเมินการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ เป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลโดยรวม ประกอบด้วย

1. ความทุกข์ทางจิตใจด้านความวิตกกังวล หมายถึง ความหวาดหวั่น ความเป็นทุกข์ ความรู้สึกไม่สบายใจ จากการคุกคามของภาวะเจ็บป่วยขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อสภาวะในจิตใจ ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุข กระทั่งต่อการรับรู้ของบุคคล

2. ความทุกข์ทางจิตใจด้านภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าหมอง หดหู่ เป็นปฏิกิริยาของบุคคลทางด้านจิตใจ จากการเผชิญต่อสถานการณ์ต่างๆ จากภาวะเจ็บป่วยขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แสดงออกมาในรูปแบบการเบี่ยงเบนของการคิดและรับรู้ของบุคคล

ลักษณะคำตอบมีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน การคิดคะแนนแยกส่วนของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แปรผลจากคะแนนรวม คือ ถ้าคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง ถ้าคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูล เครื่องมือ การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนที่ตอบสนองตามความต้องการของบุคคล นอกจากการช่วยเหลือจากสิ่งของแล้วยังรวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคลส่งผลให้ผู้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งอาจได้จากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อน สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบประเมิน Multidimensional Scale of Perceived Social Support ฉบับภาษาไทยของ ณหทัย วงศ์ปการันย์ (2011) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zimet และคณะ (1990) นำมาปรับปรุงข้อคำถามการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

ในส่วนของการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลโดยรวม ประกอบด้วย

1. การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ ข้อมูล เครื่องมือ การช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคล ซึ่งตอบสนองตามความต้องการของบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ ข้อมูล เครื่องมือ รวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคล ซึ่งตอบสนองตามความต้องการของบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. การประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน หมายถึง การสนับสนุนจากเพื่อน ได้แก่ ข้อมูล การช่วยเหลือทางการเงิน รวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคล

ซึ่งตอบสนองตามความต้องการของบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับศักดิ์ศรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำไปปรับใช้ในการจัดบริการด้านสุขภาพรวมถึงช่วยในการวางแผนรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเพื่อธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ
3. ได้องค์ประกอบที่สำคัญของศักดิ์ศรี ที่เป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย
4. ได้ตัวแปรที่สำคัญในการนำไปวางแผนส่งเสริมการมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

บทที่ 2

เอกสาร งานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคำกตี่ศรีของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การ สนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายคำกตี่ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา บทความ และงานวิจัย ต่างๆ โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับคำกตี่ศรีของผู้สูงอายุ (Dignity in Older Person)
4. แนวคิดเกี่ยวกับคำกตี่ศรีของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคำกตี่ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาล
6. บทบาทและการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งคำกตี่ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

1.1 สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ , 2549)

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุภาคใต้

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุภาคใต้ พบว่าผู้สูงอายุภาคใต้ประเมินว่าตนเอง มีสุขภาพดี ร้อยละ 33.9 สุขภาพพอใช้ ร้อยละ 37.1 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 21.6 สุขภาพดีมาก ร้อยละ 4.7 และสุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 2.7 เมื่อพิจารณาในกลุ่มอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองสุขภาพ ดีมากและดี ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี สูงกว่ากลุ่มอายุ 80 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป

การตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปีของผู้สูงอายุภาคใต้ พบว่าผู้สูงอายุภาคใต้มีการตรวจวัดความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 62.5 ตรวจเบาหวาน ร้อยละ 40.5 ตรวจไขมันในเลือด ร้อยละ 15.0 ตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 13.9 และตรวจการมองเห็น ร้อยละ 10.6 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีสัดส่วนการตรวจสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุอยู่นอกชุมชนเมืองทุกการตรวจ เมื่อเปรียบเทียบในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีการตรวจสุขภาพใกล้เคียงกัน ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการตรวจสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น

โรค/กลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุภาคใต้

จากการสำรวจการเจ็บป่วยด้วยโรคและกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุภาคใต้ เมื่อพิจารณา 5 อันดับ คือ โรคข้อและกระดูก ร้อยละ 51.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 37.6 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.0 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.3 และโรคทางสายตา ร้อยละ 14.6 เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุที่มีปัญหาสุขภาพมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

แหล่งรับบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาคใต้เมื่อมีภาวะเจ็บป่วย

เมื่อผู้สูงอายุภาคใต้ที่มีภาวะเจ็บป่วยใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 76.1 สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์ ร้อยละ 12.6 และซื้อยามากินเอง ร้อยละ 5.2 ในขณะที่ผู้สูงอายุนอกชุมชนเมืองไปใช้สถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์สูงกว่าในชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองซื้อยามากินเองมากกว่าชุมชนนอกเมือง เมื่อพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปซื้อยามากินเอง ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 70-79 ปี ใช้บริการหลายวิธีและไม่มีแพทย์มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี ใช้บริการสถานพยาบาลที่มีแพทย์มากที่สุด

1.2 การพยาบาลผู้สูงอายุในเขตภาคใต้

ผู้สูงอายุภาคใต้เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรา แก่นยะกุล (2548) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุภาคใต้ พบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุภาคใต้ มีความต้องการที่การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1.2.1 ความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเฉพาะราย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย โดยให้การดูแลช่วยเหลือในการทำ ความสะอาดร่างกาย ปากฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์ ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวในกรณีที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การได้รับอาหารและน้ำโดยการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุที่ต้องคำนึงถึงโรค การจัดแบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ เมื่อมาอยู่โรงพยาบาลจากสภาพแวดล้อม

แสงสว่าง เสียงรบกวนจากข้างเตียง ทำให้รบกวนการนอนของผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแลโดยการจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆที่รบกวนการนอน ได้แก่ อาการปวด และความ ต้องการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ต้องการการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองให้มากที่สุด

1.2.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ กล่าวคือ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการความรักความอบอุ่น ความนับถือ การยกย่อง และความเอื้ออาทรเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจึงต้องให้การดูแลที่แสดงถึงความเคารพในวัยวุฒิ การให้การดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าจากสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยได้

1.2.3 ความต้องการดูแลด้านสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีบทบาททางสังคมลดลง เนื่องจากเป็นวัยเกษียณอายุทำงาน รวมทั้งมีความเสื่อมของร่างกาย จึงเริ่มออกห่างจากสังคม ขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยรอบข้าง เป็นการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดจิตใจมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์การจัดการปัญหาเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

1.2.4 ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีความต้องการด้านจิตวิญญาณจากสิ่งที่ตนเองนับถือศรัทธา ดังนั้นจำเป็นต้องทราบถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้สูงอายุ จัดและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติกิจ ตามความเชื่อที่ไม่ขัดต่อแผนการรักษา

ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ บริบทและวัฒนธรรม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าแห่งตนเองสามารถเผชิญกับภาวะเปลี่ยนแปลงต่างๆจากภาวะเจ็บป่วย รวมถึงสิ่งแวดล้อมต่างๆในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย

ภาวะเจ็บป่วย (Illness) คือ สภาวะที่ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ขาดความสมดุล เกิดความผิดปกติทั้งทางร่างและจิตใจ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ (Boyd et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Gennip (2013) กล่าวว่า ภาวะเจ็บป่วยเป็น

ประสบการณ์ การรับรู้และมุมมองเฉพาะบุคคล ซึ่งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านจากผู้ที่มีสุขภาพดี เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยและต้องเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ตามระยะวิถีโคจรของความเจ็บป่วย จาก การศึกษาของ Bridges และคณะ (2010) โดยการทบทวนเชิงระบบจากงานวิจัยที่ทำการศึกษาศึกษา ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลทางลบต่อความรู้สึกมีตัวตนของผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต ลักษณะของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุอาจเป็นได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน

จากการศึกษาของ Baillie (2007) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัว รู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองและรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Downing และ Wilson (2005) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งต้องได้รับการประเมินและตอบสนองให้ตรงกับความต้องการของแต่ละบุคคลเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุมีความซับซ้อน

U.S. National Library of Medicine (2014) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Illness) หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดอย่างรวดเร็ว มีการลุกลามเร็วในระยะเวลาอันสั้น อาจมีอาการเล็กน้อยถึงรุนแรง หรืออาจคุกคามถึงชีวิต หรืออาจพินาศโดยไม่มีร่องรอยของโรคหลงเหลือ หรืออาจกลายเป็นเจ็บป่วยเรื้อรัง

Roger และคณะ (2010) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Illness) หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่สั้น อาจมีความรุนแรงเล็กน้อย หรือมีความรุนแรงมากส่งผลกระทบต่อชีวิต

The Royal Australian College of General Practitioners (2011) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute Illness) หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใด อาจเกิดกับอวัยวะหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายระบบเดียวหรือหลายระบบร่วมกัน สามารถจัดกลุ่มได้ ดังนี้ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบย่อยอาหาร เป็นต้น

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

องค์การอนามัยโลก (2002) ให้ความหมายของภาวะเรื้อรัง (Chronic conditions) หมายถึง เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการจัดการต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือมากกว่า 10 ปีจากการเปลี่ยนแปลงของโรคเรื้อรังที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ได้แก่

- 1) โรคติดต่อ ได้แก่ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV/AIDS)
- 2) โรคที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depression) โรคจิตเภท (Schizophrenia)
- 3) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง
- 4) โรคมะเร็ง (Cancer)
- 5) โรคของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (Chronic respiratory disease) ได้แก่ โรคหอบหืด โรคถุงลมปอดอุดกั้น

6) โรคเบาหวาน (Diabetic)

การจัดการภาวะเรื้อรัง ไม่ได้มองแยกเป็นตัวโรค ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของพยาธิกำเนิด (Etiology) แต่อยู่บนความต้องการทางทรัพยากรในการจัดการ (Demand) ลักษณะร่วมของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ

- 1) ต้องการแผนการรักษาระยะยาว มากกว่าความต้องการการรักษาทางการแพทย์
- 2) เป้าหมายการรักษา คือ การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) บทบาทของผู้ป่วยเปลี่ยนจากผู้รับการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา ต้องการทักษะการดูแลตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

The Health Service Executive (2008) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง เป็นภาวะเจ็บป่วยยาวนาน ต่อเนื่อง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคหัวใจวาย (Heart failure) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary illness) โรคสมองเสื่อม (Dementia) โรคหอบ (Asthma) โรคกระดูกและข้อ (Musculoskeletal diseases) ซึ่งหลายโรคสามารถป้องกันได้ คุณลักษณะที่สำคัญของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ

- 1) มีสาเหตุที่ซับซ้อน
- 2) มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป
- 3) เกิดขึ้นทั้งชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุ
- 4) สามารถจัดเป็นกลุ่มวัย ปัจจัยเสี่ยง และแบ่งเป็นระบบได้ชัดเจน
- 5) เกิดภาวะทุพพลภาพและข้อจำกัดของร่างกาย
- 6) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต
- 7) ค่าใช้จ่ายสูง
- 8) เกิดข้อบกพร่องด้านสุขภาพ
- 9) เป็นสาเหตุให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

Larsen and Lubkin (2009) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง การเสียหายที่ มีอาการของโรคเป็นๆหายๆ มีพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัด ไม่สามารถรักษาให้หาย หรือคืนสู่สภาพเดิมได้ ซึ่งดำเนินตามวิถีโคจรของความเจ็บป่วย (Trajectory phase) ที่แตกต่างกันตามระยะ (Hyman & Corbin, 2001) มีพยาธิหรือลักษณะมากกว่าหนึ่งอย่าง ดังนี้

- 1) พยาธิสภาพเกิดแบบถาวร
- 2) เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะ
- 3) ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หาย
- 4) ต้องรับการฝึกสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง

The center for managing chronic disease (2011) ให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน สามารถควบคุมได้ แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคลมชัก (Epilepsy) โรคหัวใจ (Heart Disease)

ลักษณะของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย พบว่าผลกระทบจะมีลักษณะที่แตกต่างจากวัยอื่น (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ได้แก่

- 1) กำลังสำรองลดลง (Reduced body reserve) จึงทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อาการนำที่สามารถประเมินได้เบื้องต้น คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- 2) การตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยช้าและอาการแสดงไม่จำเพาะเจาะจง (Atypical presentation) เมื่อผู้สูงอายุมีเกิดภาวะเจ็บป่วยจะไม่แสดงซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคนั้นชัดเจน ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้า
- 3) มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Multiple pathology) ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 4) ใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Polypharmacy) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยร่วมกับการมีพยาธิสภาพในหลายระบบ ทำให้ต้องได้รับการรักษาโดยการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด จึงเกิดอันตรายจากยาได้ง่าย
- 5) มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ (Social adversity) เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ประกอบกับการเผชิญกับสถานการณ์ในระยะต่างๆของภาวะเจ็บป่วย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าลดลง

ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยต่อผู้สูงอายุ

เมื่อภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ซึ่งทำให้กิจกรรมประจำวันบางอย่างต้องระงับ หรือลดลง (Wolff, Starfield, & Anderson, 2002) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ (Sue Jacobi & Rod MacLeod, 2011) ซึ่งกระทบต่อความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (Gibson et al., 2012; Hanratty et al., 2012; van Gennip et al., 2013)

ภาวะเปราะบางและภาวะพึ่งพิง (Frailty and dependency) ภาวะเจ็บป่วย (Illness) ภาวะทุพพลภาพ (Disability) และความสูงอายุ (Old age) สามารถทำลายความเป็นตัวตนและศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้ เช่น เงื่อนไขของอายุที่มากขึ้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกลับเช่นเดิมได้ ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย ทำลายความเป็นตัวตน และจะรุนแรงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุโดยการลดความสำคัญของผู้สูงอายุ การปฏิเสธศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ ล้วนแล้วแต่จะส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Franklin และ Nordenfelt (2006) ซึ่งศึกษามุมมองของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกไม่ได้รับการยอมรับ (Unrecognizable) ภาวะเปราะบางและภาวะพึ่งพิง (Fragility and dependency) ความแข็งแกร่งภายในและการยึดติด (Inner strength and a sense of coherence) ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ อาจส่งผลกระทบที่ไม่รุนแรง แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ตามระยะต่างของภาวะเจ็บป่วยที่เผชิญได้ จะนำสู่ผลกระทบต่อจิตใจ สภาวะทางอารมณ์ และพฤติกรรม สูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลกระทบต่อจิตใจ (Gingerich, 2005) ดังนี้

1) ความรู้สึกสูญเสีย (loss) เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว ก่อเกิดความรู้สึกสูญเสีย ได้แก่ สูญเสียความเป็นอิสระ การควบคุมตนเองและการพึ่งพาตนเอง สูญเสียบทบาททางสังคม

2) ความเศร้าโศก (Grief) ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความรู้สึกหม่นหมอง ขาดที่พึ่ง รู้สึกโกรธเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย การสูญเสีย

Corbin และ Strauss (1991) ให้ความหมายของวิถีโคจรของความเจ็บป่วย (Trajectory phase) หมายถึง วิถีทางของภาวะเจ็บป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันไปตามระยะของภาวะเจ็บป่วย อาจมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของอาการ มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา แบ่งเป็น 9 ระยะ ดังนี้

1) ระยะก่อนเจ็บป่วย (Pre-trajectory) เป็นระยะก่อนเริ่มเจ็บป่วย ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏ เป้าหมายคือการป้องกันการเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2) ภาวะเจ็บป่วย (Trajectory) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงเริ่มปรากฏจนได้รับการวินิจฉัยโรค (Sue Jacobi & Rod MacLeod, 2011) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญการเปลี่ยนผ่านจากสุขภาพดีเป็นมีภาวะเจ็บป่วย เป้าหมาย คือ การคาดการณ์วิถีความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

3) ภาวะทรงตัว (Stable) เป็นระยะที่มีความเจ็บป่วยและอาการสงบจากการรักษา ต้องดำเนินชีวิตภายใต้ข้อจำกัดของภาวะเจ็บป่วย เป้าหมาย คือ การทำให้อาการเจ็บป่วยทรงตัวและคงการทำกิจวัตรประจำวันได้

4) ภาวะอาการเปลี่ยนแปลง (Unstable) เป็นระยะที่ไม่สามารถควบคุมภาวะเจ็บป่วยและอาการได้ มีข้อจำกัดของการทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลได้ที่บ้านไม่ต้องรับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาล เป้าหมาย คือ การควบคุมอาการให้เข้าสู่ระยะทรงตัว

5) ภาวะเฉียบพลัน (Acute) เป็นระยะที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนกำเริบ รุนแรง อาการไม่ดีขึ้นต้องการการรักษาดูแลในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมอาการและจำกัดกิจวัตรประจำวัน ระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกทุกข์ไม่ได้เป็นเพราะความทุกข์จากอาการเพียงอย่างเดียวแต่เป็นความทุกข์ ความทรมาณจากการสูญเสียความเป็นตัวเอง ขาดความอิสระ (Sue Jacobi & Rod MacLeod, 2011) เป้าหมาย คือ ให้ภาวะเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

6) ภาวะวิกฤติ (Crisis) เป็นการเข้าสู่ระยะอันตรายต่อชีวิต ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน เป้าหมาย คือ การรักษาและจัดการสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต

7) ภาวะเข้าสู่ภาวะปกติ (Comeback) เป็นการเข้าสู่ภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นกับการดำเนินของภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวสู่ภาวะปกติในชีวิตประจำวัน เป้าหมาย คือ การให้การช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆการทำนายวิถีโคจรของภาวะเจ็บป่วย

8) ภาวะทรุดตัว (Downward) เป็นระยะที่มีการทรุด/เสื่อมลงทางร่างกายและจิตใจ มีอาการและอาการแสดง ภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น มีทิศทางของภาวะเจ็บป่วยที่เลวลง การควบคุมอาการเป็นไปด้วยความลำบาก เป้าหมาย คือ สามารถปรับตัวให้เข้ากับอาการและอาการแสดงที่ทรุดลงหรือภาวะทุพพลภาพที่มากขึ้น

9) ภาวะสุดท้าย (Dying) เป็นระยะที่อวัยวะต่างๆทำหน้าที่ลดลงอาจค่อยเป็นค่อยไปหรือหยุดลงอย่างรวดเร็ว เป้าหมาย คือ การเสียชีวิตอย่างสงบ

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่า ภาวะเจ็บป่วย หมายถึงภาวะเจ็บป่วย ที่มีสาเหตุที่ซับซ้อน มักมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายเกิดข้อจำกัดหรือทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยยาวนาน ต่อเนื่อง รักษาไม่หาย และเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็น 3 ระดับ (Executive, 2008) ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้ดี สามารถดูแลตนเองได้และได้รับการสนับสนุนจากปฐมภูมิ

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มากกว่า 1 โรค มีอาการซับซ้อน สามารถเปลี่ยนเข้าสู่ระยะรุนแรงได้ ยังไม่มีความเสี่ยงต่อการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน มีภาวะแทรกซ้อน ต้องการการดูแลที่พิเศษ ต้องเข้ารับการรักษาโดยการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (Dignity in Older Person)

แนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี คำว่าศักดิ์ศรี มีลักษณะเป็นปรัชยานิยม มีความเป็นนามธรรม ซับซ้อน (Griffin-Heslin, 2005) การให้ความหมายจึงแตกต่างกันไปตามบุคคล (M. R. Matiti & Trorey, 2004) บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจแนวคิดพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี ประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ (Nordenfelt, 2009b) ได้แก่

สุขภาพ (Health) เป็นแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย จิตและจิตวิญญาณ (Organization, 1948) เป็นเงื่อนไขของการมีสุขภาวะหรือสถานะที่ปราศจากภาวะเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ (Oxford-dictionary, 2014) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ สุขภาพเป็นสุขภาวะ (Health as well-being) คือความมีสุขภาพดี มีความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณบูรณาการให้เกิดความสุข เชื่อว่า บุคคลที่มีสุขภาวะที่ดีส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี เมื่อร่างกายเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะเจ็บป่วย ความคิดของบุคคลเริ่มเปลี่ยนเนื่องจากการรับรู้และเผชิญกับประสบการณ์ในเชิงลบ และสุขภาพเป็นความสามารถ (Health as ability) คือ รากฐานของความสำเร็จ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อบุคคลมีภาวะคุกคามสุขภาพ เช่น ภาวะเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ส่งผลกระทบต่อความสามารถซึ่งถือเป็นมิติหลักในการกำหนดสุขภาพ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) หมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม ระดับความพึงพอใจของมนุษย์ (UNESCO, 1993) เป็นการรับรู้ต่อชีวิตที่แตกต่างกันตามบริบท วัฒนธรรม และสังคมของแต่ละบุคคลซึ่งเชื่อมโยงกับจุดมุ่งหมายและความคาดหวัง (Organization, 1995) Nordenfelt (2009) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็นความสุขของชีวิต (Happiness with life) เป็นความสมดุลของความสุข (Happiness as equilibrium) โดยขึ้นกับเงื่อนไขของบุคคลระหว่างความต้องการและเหตุผล เป็นความสุข ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งขึ้นกับความต้องการที่เป็นปัจจุบันของบุคคล โดยมีนัยสำคัญของเวลา (The reference of happiness to different points in time) เป็นความเชื่อและความรู้ส่วนบุคคล (The dependence of happiness on belief and

knowledge) เป็นผลจากความพยายามที่จะสร้างเหตุผลที่จะเชื่อ เป็นความสุขและความสบาย (On happiness and pleasure) ซึ่งไม่จำเป็นต้องมีเหตุผลสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ความสบายส่งผลให้เกิดความสุขได้โดยอัตโนมัติและสามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ (On different degrees of happiness)

เอกสิทธิ์ (Autonomy) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับพลัง (Power) เสรีภาพ (Freedom) และความ เป็นอิสระ (Independence) (Calnan, Woolhead, Dieppe, & Tadd, 2005) เอกสิทธิ์ หมายถึง ความสามารถในการปกครองตนเอง (The capacity to govern oneself) เป็นสภาวะที่บุคคล ปกครองตนเองได้จริง (The actual condition of self-government) มีความเป็นอุดมคติของ บุคคล (A person ideal) (Christman, 2008) โดยอาศัยสิทธิ์แห่งตน (Edge & Groves, 1999) ปราศจากการควบคุม (Burkhardt & Nathaniel, 2013) เกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกปัจจัย ภายใน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ความสามารถในการ มองเห็นและการได้ยินลดลง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การจัดระเบียบการทำกิจกรรมประจำวันอย่างมี แบบแผนเปลี่ยนแปลงไม่ได้ขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ Christman (2008) กล่าวว่า เอกสิทธิ์ มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ การใคร่ครวญ เป็นการตัดสินใจที่เป็นอิสระ ปราศจาก การควบคุมและการจัดกระทำ (Manipulation) ของบุคคลอื่น และความสามารถในการปกครอง ตนเอง ซึ่งมีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ กล่าวคือ บุคคลต้องได้รับความเคารพ และตั้งอยู่บนความเป็น อิสระสามารถตัดสินใจสู่เป้าหมายของตนเอง และกระทำในสิ่งที่ตนเองเลือกได้ (Burkhardt & Nathaniel, 2013)

การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นค่านิยมที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เนื่องจากศักดิ์ศรี เป็นคุณค่าพื้นฐานของมนุษย์ คำว่าศักดิ์ศรี มาจากคำว่า Dignus ในภาษาละติน (Mairis, 1994) ศักดิ์ศรีตามความหมายของ Oxford English Dictionary (2002) หมายถึง สถานภาพ หรือสถานะ ของมนุษย์ ซึ่งมีค่าควรแก่การเคารพ จากการศึกษาของ Bailie (2009) ซึ่งทำการศึกษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวว่าศักดิ์ศรี คือ ความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกได้รับการดูแล การ เคารพ การให้เกียรติ ความรู้สึกสุขสบายทางจิตใจ สอดคล้องกับ Fenton (2002) และ Albers และ คณะ (2011) กล่าวว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง คุณภาพของคุณค่าในการให้เกียรติและความเคารพ จำแนก ศักดิ์ศรี ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) ศักดิ์ศรีขั้นพื้นฐาน (Basic dignity) คือ ศักดิ์ศรีที่ติดตัวมนุษย์ตั้งแต่เกิด ไม่สามารถแยก ออกไปได้
- 2) ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล (Personal dignity) คือ ความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล (Personal sense of worth) ซึ่งสามารถเพิ่มขึ้น หรือ ลดทอนได้ เป็นความรู้สึกที่สัมพันธ์กับเป้าหมายของบุคคล (Personal goal) พฤติกรรมทางสังคม (Social circumstances) ความภาคภูมิใจในตนเอง (A

personal self-esteem) และการรับรู้การเคารพจากผู้อื่น (Perceptions of being respected by others)

Mairis (1994) ให้ความหมายของศักดิ์ศรี หมายถึง สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคล สามารถควบคุมพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม และสามารถถูกคุกคามได้โดยการกระทำของบุคคลอื่น สอดคล้องกับ SP. Enes. (2003) กล่าวว่า ศักดิ์ศรี คือ ความสัมพันธ์ของความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความสามารถในการควบคุม ความเป็นมนุษย์ และการคงไว้ซึ่งตัวตนมีคุณค่าสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สามารถกระทำหรือลดทอนได้ด้วยบุคคลอื่น (Haddock, 1996) เกิดจากประสบการณ์จากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พฤติกรรมที่แสดงถึงการให้เกียรติจากตนเองและผู้อื่น (Cynthia S Jacelon, Thomas W Connelly, Rana Brown, Kathy Proulx, & Thuy Vo, 2004)

Edlund และคณะ (2013) ให้ความหมายของศักดิ์ศรี หมายถึงคุณค่าของมนุษย์ อิสรภาพ ความรับผิดชอบ และการคงอยู่ในฐานะของมนุษย์ จำแนก ศักดิ์ศรี ออกเป็น 2 มิติ คือ

ศักดิ์ศรีเป็นความสมบูรณ์ (Absolute dignity) คือ ความบริสุทธิ์ (Holiness) เป็นคุณค่าของมนุษย์ (Human worth) มีอิสระในการรับผิดชอบ (Freedom responsibility) และมีคุณค่าแก่เพื่อนมนุษย์ (Serving one's fellow-men)

ศักดิ์ศรีเป็นความสัมพันธ์ (Relative dignity) คือ สิ่งที่สะท้อนศักดิ์ศรี มีอิทธิพลจากวัฒนธรรม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อเผชิญสถานการณ์ใหม่ มีลักษณะทางมิติ แบ่งเป็น 2 มิติ คือ มิติภายใน ประกอบด้วย จริยธรรมและจิตวิญญาณของมนุษย์ มิติภายนอก ประกอบด้วย การกระทำ และทัศนคติ

Nordenfelt (2009) กล่าวว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง มิติของคุณค่าที่สำคัญ แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ควรได้รับการเคารพจากตนเองและบุคคลอื่น จำแนกศักดิ์ศรี ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

ศักดิ์ศรีจากบุญเก่า (Dignity of merit) เป็นศักดิ์ศรีที่พบบ่อย ขึ้นกับสถานะ ตำแหน่งและบทบาททางสังคม หรือจากการประสบความสำเร็จ เช่น นักบุญ ชุนนาง ได้รับศักดิ์ศรีจากการยกย่องทางสังคม

ศักดิ์ศรีจากระดับทางศีลธรรม (Dignity of moral status: a dignity tied to self-respect) เป็นศักดิ์ศรีที่เน้นความสำคัญของเอกลักษณ์ทางศีลธรรม หรือการยึดหลักคุณธรรม การเคารพตนเอง บุคคลสามารถรักษาศักดิ์ศรีจากระดับทางศีลธรรมได้ ผู้ที่ประพฤติไม่ดีนอกจากจะเกิดการไม่เคารพตนเองแล้วยังขาดการเคารพจากผู้อื่น ส่งผลต่อศักดิ์ศรีจากระดับทางศีลธรรม

ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล (Dignity of Identity) เป็นศักดิ์ศรีที่สัมพันธ์กับการเคารพตนเอง (Self-respect) และสะท้อนออกมาเป็นอัตลักษณ์แห่งบุคคล สามารถละเมิดได้โดยการคุกคามทางกาย ทางจิตและจิตวิญญาณ เช่น การทำให้อับอาย การเปิดเผยความเป็นส่วนตัว องค์กรประกอบของศักดิ์ศรีนี้เป็นภาวะบูรณภาพของบุคคล (personal integrity) ความอดทนต่อความรู้สึกของตนเอง (enduring

sense of self) อัตลักษณ์แห่งบุคคล (personal identity) ความสามารถในการเข้าใจชีวิต (ability to make sense of one's life) การกระทำของบุคคล (one's action) รวมถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง (the events in which one is involved) โดยศักดิ์ศรีแห่งบุคคลอาจถูกคุกคาม หรือลดทอนได้จากหลายสาเหตุ เช่น การละเมิดความเป็นส่วนตัว (intruding into their private domain) การทำร้ายร่างกาย (physically hurting them) การจำกัดเอกลิทธิ (restricting their autonomy) หรือการแยกออกจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (excluding them from social interaction) การเปิดเผยร่างกายขณะทำหัตถการของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลต่อการลดทอนความรู้สึกมีคุณค่าของตน (self-worth) หรือ ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) ของผู้ป่วย

ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (Human dignity : MenschenwUrde) เป็นศักดิ์ศรีที่ติดตัวมาแต่กำเนิดไม่สามารถถ่ายโอนได้ มีความเท่าเทียมกัน สมควรได้รับความเคารพไม่สามารถทำลายหรือลดทอนได้

Julie Clark (2010) กล่าวว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง การรับรู้ถึงสิทธิของบุคคลในขั้นพื้นฐาน เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่ได้รับการปฏิบัติ รับรู้ถึงความสำคัญและการมีคุณค่า

Van Gennip และคณะ (2013) กล่าวว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง ความเป็นบุคคลเกิดจากการสังสมประสบการณ์และสะท้อนออกเป็นการรับรู้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ และศักดิ์ศรีทางสังคม ศักดิ์ศรีของบุคคลจะสัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในช่วงชีวิตของบุคคลนั้น ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยจะส่งกระทบต่อความเป็นบุคคล และสังคมของบุคคลนั้นผ่านการรับรู้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) และรู้สึกสูญเสียคุณค่าในชีวิต (Meaning of life) ในที่สุดก็สามารถทำลายความรู้สึกมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เงื่อนไขของภาวะเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรี ได้แก่

- 1) อาการแสดงทางกาย (Physical symptom) หมายถึง การแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า
- 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและกระบวนการคิดรู้ (Functional/Cognitive ability) หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เชาวปัญญา วุฒิภาวะทางอารมณ์ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

จากการวิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี พบว่า แนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in illness) ของ Griffin-Heslin (2005) มีคำนิยามและคุณลักษณะที่ชัดเจนสามารถประเมินได้ ผู้วิจัยจึงเลือกมาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย กับคำว่า ศักดิ์ศรี พบว่า ส่วนใหญ่มุ่งเน้นคำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เดิมประเทศไทยเรียกคำนี้ว่า เกียรติศักดิ์แห่งความเป็นมนุษย์ มี

ความหมายโดยสรุปว่า คุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ เป็นมาตรฐานขั้นต่ำสุดในการปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จากการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2010) ซึ่งศึกษาความหมายของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หมายถึง ค่านิยมในการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีรากฐานจากสังคมประชาธิปไตยที่ยอมรับคุณค่าในตัวมนุษย์ ไม่ว่าจะมนุษย์จะมีสถานะอย่างไร เพื่อให้มนุษย์มีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเองและสังคม การเสริมสร้างค่านิยมโดยอาศัยหลักการยอมรับที่มองว่ามนุษย์ทุกคนล้วนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ศักดิ์ศรีมีความสัมพันธ์กับหลักการของการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล รวมถึงพื้นฐานความเชื่อเกี่ยวกับบุคคล ในแนวมนุษยนิยมที่เชื่อมั่นในคุณค่า แต่ละบุคคลมีศักยภาพ สามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกาศใช้ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2542 ในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา ประกอบกับองค์การสหประชาชาติได้ประกาศให้เป็นปีสากล ว่าด้วยผู้สูงอายุ รัฐบาล องค์กรเอกชน ประชาชน และสถาบันต่างๆ ตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งทำประโยชน์ในฐานะ ผู้ให้ แก่สังคมโดยตลอด ดังนั้น จึงควรได้รับผลในฐานะ เป็น ผู้รับ จากสังคม ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยจึงเป็นพันธกรณี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ กำหนดสาระสำคัญ ดังนี้

ข้อ 1 ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ 2 ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ บทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ข้อ 3 ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนเองให้สมวัย

ข้อ 4 ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

ข้อ 5 ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามเจตคติ

ข้อ 6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลัง มีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดี และมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

ข้อ 7 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

ข้อ 8 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กร ภาคเอกชน ประชาชน สถาบันทางสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

ข้อ 9 รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูกตเวทิตะและเอื้ออาทรต่อกัน

สรุปได้ว่า ศักดิ์ศรี จึงหมายถึง การรับรู้ของบุคคลในความเป็นเอกสิทธิ์ (Autonomy) ควรได้รับการเคารพ (Respect) การมีพลังอำนาจแห่งตน (Empowerment) และสามารถตัดสินใจได้ สำหรับผู้สูงอายุศักดิ์ศรีเป็นเรื่องสำคัญที่สุด เนื่องจากสังคมไทยมีค่านิยมทางสังคม (Social value) ในเรื่องการเคารพตามวัย การยกย่องผู้ที่มีอายุมากกว่า การเคารพผู้อาวุโส ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุเป็นการพิจารณาถึงเกียรติและคุณค่าของตนเอง ไม่สามารถละเมิดหรือลบหลู่ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตพยาบาลควรยึดค่านิยมเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานที่สำคัญ และการชำระไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

4. แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การให้ความเคารพ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษา (L. Baillie, 2009) มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าแห่งตน (a sense of self-worth) (M. R. Matiti & Trorey, 2004) การรู้สึกถึงความมีศักดิ์ศรีแห่งตนเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

Jaceon (2004) ทำการศึกษาเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล กล่าวว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง ความมีคุณค่าในตัวเอง (An individual's self-worth) สัมพันธ์กับบุคคลและปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม

เมื่ออาการของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุเข้าสู่ระยะกำเริบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุนอกจากจะเผชิญกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย ทางจิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (H. M. Chochinov, 2002; S. P. Enes, 2003; M. R. Matiti & Trorey, 2004; C. Webster, & Bryan, K, 2009) ทำให้รู้สึกเป็นภาระแล้ว ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น สถานที่ที่ขาดความเป็นส่วนตัว การได้รับการดูแลตามตารางเวลา การดูแลที่ขาดการประเมินปัญหาเฉพาะบุคคล การสื่อสารอย่างเร่งรีบของบุคลากรทางการแพทย์ (C. Webster & Bryan, 2009) เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญซึ่งส่งผลต่อการลดทอนความรู้สึกความเป็นมนุษย์ กระทบต่อศักดิ์ศรี (L. Baillie, 2009; Bridges et al., 2010; Calnan et al., 2005) ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป้าหมายสำคัญ คือ การธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (L. Baillie, 2009)

กลยุทธ์สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตน คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับรู้คุณค่าโดยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Making meaning out of interactions with others) การปรับทัศนคติ (Adjusting attitude) การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม (Managing information) และการให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิตที่ผ่านมา (Life review) ซึ่งสรุปได้เป็นกระบวนการการดูแลตามระยะของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่รักษาเสถียรภาพของบุคคลของผู้สูงอายุ (The stabilizing phase) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุเปลี่ยนผ่านจากผู้ป่วยนอกสู่การเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ การเปลี่ยนผ่านของภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Transition to the hospital) โดยเริ่มจากการให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนเป็นชุดโรงพยาบาล การต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานานเพื่อรอการวินิจฉัย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว (Privacy) การกำหนดการรักษาโดยปราศจากความสามารถในการตัดสินใจ (A. Gallagher, 2004; C. Webster, & Bryan, K, 2009) ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุและเมื่อเข้าสู่การรับไว้ในโรงพยาบาล (Admit) ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัยในช่วงระยะเวลาที่อาการของโรคกำเริบรุนแรง (the stabilizing phase of hospitalization) ในระยะนี้กลยุทธ์สำหรับการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ คือ การให้ข้อมูลเสริมพลังในการปรับทัศนคติในเชิงบวกของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟู (The repairing phase) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆของภาวะเจ็บป่วย ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ทั้งการรักษา กล่าวคือ ในระยะนี้ผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่ได้รับเกียรติและการเคารพจากบุคลากรทางการแพทย์ (L. Baillie, 2009) ในมุมมองของผู้สูงอายุถึงแม้จะเป็นการทำหัตถการหรือให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติจากบุคลากรทางการแพทย์แต่กลับ

กระทบต่อมุมมองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียคุณค่า ต่อมาถึงแม้ว่าความรุนแรงของโรคจะสงบลงแต่ความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรียังคงอยู่ ในระยะนี้การขาดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ยังส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (M.R. Matiti & Baillie, 2011; Walsh & Kowanko, 2002) เนื่องจากก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ที่บ้าน ซึ่งไม่ต้องพักอาศัยร่วมกับคนแปลกหน้า ต่อมาความรุนแรงของโรคเริ่มลดลง ผู้สูงอายุเริ่มฟื้นสภาพ ในระยะนี้กลยุทธ์สำหรับการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัว ตัดสินใจ และส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุให้เร็วที่สุด

ระยะที่ 3 ระยะกลับคืนสู่ชุมชน (The reintegrating) เป็นระยะที่เริ่มกลับเข้าสู่ภาวะสงบของโรคและเตรียมพร้อมสู่การจำหน่ายกลับบ้าน การฟื้นฟูภาวะสุขภาพ (Improve health) และการเพิ่มขึ้นของเอกสิทธิ์ (Autonomy) ของผู้สูงอายุ ในระยะนี้ กลยุทธ์สำหรับการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ คือ การให้ความเคารพ (Respect) แก่ผู้สูงอายุ (L. Baillie, 2009; C. Webster & Bryan, 2009) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนชีวิตที่ผ่านมา (Review life) ในเวลาที่คุณสูงอายุสามารถผ่านสถานการณ์ที่ยุ่ยาก และมีปัญหา

ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่อการลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งจากความทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามระยะต่างๆของวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วย และการรู้สึกไม่ได้รับการเคารพ การขาดความเป็นส่วนตัว การศึกษาถึงผลกระทบในระยะต่างๆของการนอนโรงพยาบาลจะสามารถทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจ และวางกลยุทธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีและสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับภาวะเจ็บป่วยได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมจากบ้านของผู้สูงอายุ มาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุต้องขาดความอิสระ การควบคุมตนเอง รวมถึงการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี (Jacelon, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin, Watson และ Tsai (2013) ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและไม่มีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาตั้งแต่ ปี ค.ศ.2000 ถึงปี ค.ศ. 2010 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีในการดูแล ได้แก่ ร่างกาย (Physical) สิ่งแวดล้อม (Environment) ทักษะคติของบุคลากรทางการแพทย์ (Staff attitude)

พฤติกรรม (Behavior) วัฒนธรรมองค์กร (Organizational culture) และความเป็นอิสระของผู้ป่วย (Patient independence) สอดคล้องกับการศึกษาของ Julie Clark (2010) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ คือ ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากขาดการควบคุมและการตัดสินใจของผู้สูงอายุ (Franklin, Ternstedt, & Nordenfelt, 2006)

Seedhouse และ Gallagher (2002) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีต่อการดูแลผู้สูงอายุในระบบสุขภาพของโรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ โดยการสัมภาษณ์ บุคลากรทางการแพทย์และผู้สูงอายุ พบว่า ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุขึ้นกับปัจจัย ดังนี้

1) พฤติกรรม ทักษะ และสมรรถนะของบุคลากร (Staff behavior, attitudes and competency) เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ได้แก่ พยาบาลควรมีเวลาให้ผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและตอบสนองให้ตรงตามความต้องการของแต่ละบุคคล

2) สิ่งแวดล้อม (The environment) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัว (Privacy) ความปลอดภัย (Safety) และแง่มุมทางสุนทรียภาพ (Aesthetic)

3) การเข้าถึงทรัพยากร (Resources available) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร (Staffing) เสื้อผ้าผู้ป่วย (Linen) และอุปกรณ์ (Equipment) การเข้าถึงทรัพยากรของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมหรือลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุได้

4) เงื่อนไข และ/หรือ พฤติกรรมของตัวผู้ป่วยเอง (The condition and/or behavior of patients)

Guo และ Jacelon (2004) ศึกษาโดยการสังเคราะห์ความหมายและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ได้แก่ สิทธิความเป็นมนุษย์ (A human right) เอกสิทธิ์ (Autonomy) ความเป็นอิสระ (Independence) การบรรเทาความทุกข์จากอาการแสดง (Relieved symptom distress) การให้ความเคารพ (Respect) ความเป็นมนุษย์ (Human being) ภาวะแห่งตน (Being self) ความสัมพันธ์ต่อความหมาย (Meaningful relationship) การดูแลรักษาที่มีศักดิ์ศรี (Dignified treatment and care) ความพึงพอใจ (Existence satisfaction) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) และสิ่งแวดล้อมที่สงบ (Calm environment)

Tadd และคณะ (2005) ทำการศึกษาศักดิ์ศรีจากการรับรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุในยุโรป ประเด็นคัตสรรที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุซึ่งได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้เกียรติ (respect) การยอมรับ (recognition) การมีส่วนร่วม (participation) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง (involvement) การดูแลที่มีศักดิ์ศรี (dignity in care) ผลการศึกษา พบว่า ศักดิ์ศรีขึ้นกับการรับรู้

และประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคน สัมพันธ์กับความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง (self esteem) การเห็นมูลค่าของตนเอง (self-worth) และการมีสุขภาวะ (well-being) นอกจากนี้ปัญหาอุปสรรคของการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อการลดทอนศักดิ์ศรีของผู้ป่วยขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ การไม่มีเวลา (Lack of time) ของบุคลากรทางการแพทย์ การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร (Staff, resource scarcity) การขาดประสิทธิภาพของระบบและนโยบาย (Inadequate regulation and bureaucracy) และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Poor communication) (C. Webster, & Bryan, K, 2009)

HØY และคณะ (2007) ศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม จากการศึกษา พบว่าศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วย ระดับความสามารถของการทำหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vluy และคณะ (2013) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมหรือลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า ภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความบกพร่องของระดับความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional capacity) ส่งผลกระทบทางอ้อมต่อการรับรู้และลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากบุคคลรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยสูงอายุจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ เป็นการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

Thompson และ Chochinov (2010) ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) จากการเจ็บปวด (Pain) ระดับความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ที่ลดลง (Functional capacity) ภาวะพึ่งพา (Intimate dependency) ของผู้ป่วยในที่ต้องได้รับการช่วยเหลือด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ผู้ที่มีประสบการณ์ที่มีปัญหาหลักันปีสสาวะไม่อยู่ และความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) จากความสิ้นหวัง/ภาวะซึมเศร้า (Hopelessness/depression) ผลการศึกษา พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้ป่วย นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ทั้งจากการสนับสนุนของเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ (Informal support network) และการสนับสนุนของเครือข่ายอย่างเป็นทางการ (Formal support network) สามารถส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้ป่วยได้

Jacobson (2007) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อประสบการณ์การรับรู้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีมีความสำคัญในระบบสุขภาพ เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญและวางแผนการดูแลโดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

ดังนั้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Physical activities) ได้แก่ การขับถ่าย การแต่งตัว การอาบน้ำ ซึ่งกระบวนการสูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เกิดภาวะพึ่งพาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Mahoney & Barthel, 1965)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional ability) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรี ตามมุมมองของผู้ป่วย (Andersson et al., 2008; H. M. Chochinov, 2002; Hack et al., 2004; Kabel & Roberts, 2003; Walsh & Kowanko, 2002; C. Webster, & Bryan, K, 2009) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่ต้องนอนในโรงพยาบาลต้องลดลงหรือถูกจำกัดเพื่อควบคุมทิศทางของภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการขาดอิสระ ขาดการควบคุมและการตัดสินใจของตนเอง ต้องได้รับความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี (Calnan et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Vehling และ Mehnert (2014) โดยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้ศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้ากับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกายได้แก่ การต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับ ความรู้สึกหมดพลังงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rasmussen และ Delmar (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยได้แก่ การให้ข้อมูล การมีเอกสิทธิ์ ความเป็นส่วนตัวและการติดต่อสื่อสารยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรี

กล่าวโดยสรุป ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง การดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามศักยภาพของตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress)

ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงระยะของโรค ภาวะทุพพลภาพ ทำให้บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Bruera et al., 1991)

ความทุกข์ทางร่างกายเป็นความไม่สุขสบาย เป็นความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วย ซึ่งผู้สูงอายุต้องเผชิญจากระยะต่างๆ ของวิถีโคจรของภาวะเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (H. M. Chochinov, 2002; Doorenbos et al., 2006; Hack et al., 2004; Kabel & Roberts, 2003; Vlug et al., 2011) จากการศึกษาของ Albers (2013) เปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีระหว่างผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความก้าวหน้าของโรค (Hack et al., 2004) เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ การขาดพลังงาน การเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด (Oechsle, Wais, Vehling, Bokemeyer, & Mehnert, 2014) ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดีสอดคล้องกับ ผลการศึกษาที่ว่าความทุกข์ทางร่างกาย จากความก้าวหน้าของโรค ภาวะเจ็บป่วย หรือภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการลดทอนความรู้สึกมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (S. P. Enes, 2003; M. R. Matiti & Trorey, 2004; van Gennip et al., 2013)

กล่าวโดยสรุป ความทุกข์ทางร่างกาย หมายถึง ความไม่สุขสบายทางร่างกายขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆ

ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress)

ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรืออารมณ์ของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สงบของจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อตนเองและผู้อื่น (Zigmond & Snaith, 1983) ความทุกข์ทางจิตใจ เป็นความทุกข์ จากความกลัว ความวิตกกังวล ความไม่สงบทางจิตใจจากการดำเนินของภาวะเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Chochinov (2002) และ Jacelon (2004) พบว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย (H. M. Chochinov, 2002; M. R. Matiti & Trorey, 2004; Oechsle et al., 2014; Pleschberger, 2007)

กล่าวโดยสรุป ความทุกข์ทางจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจหรืออารมณ์ของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่สงบของจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลกระทบในเชิงลบต่อตนเองและผู้อื่น

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ลักษณะของการสนับสนุน ได้แก่ ข้อมูล เครื่องมือ การช่วยเหลือทางการเงิน การสนับสนุนที่ตอบสนองตามความต้องการของบุคคล (C. S. Jacelon et al., 2004; M. R. Matiti & Trorey, 2004) นอกจากการช่วยเหลือจากสิ่งของแล้วยังรวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคลส่งผลให้ผู้รับรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง (Zimet et al., 1990) การสนับสนุนทางสังคมเป็นประสบการณ์ การรับรู้ จากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (Jacobson, 2007) ซึ่งสามารถทำให้ส่งเสริมหรือลดทอนศักดิ์ศรีลงได้ ได้แก่ การรับรู้ต่อการสนับสนุนของคนในครอบครัว เพื่อน หรือ บุคลากรทางการแพทย์ (Vlug et al., 2011) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จะสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีสอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2006) ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม เช่น จากบุคลากรทางการแพทย์ จะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับศักดิ์ศรี

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้าง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้หมายถึงรวมถึงพฤติกรรมในการสื่อสาร การดูแล ความเข้าใจในตัวบุคคลส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง

6. บทบาทและการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

การพยาบาลผู้สูงอายุต้องมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ มีทั้งเชิงบวก (Positive) และเชิงลบ (Negative) (Høy et al., 2007) พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจประเด็นความคิดเรื่องเจตคติต่อผู้สูงอายุ (วนิดา มงคลสินธุ์, 2557) กล่าวคือ เป็นทัศนคติ ซึ่งเกิดจากความคิด (Cognitive) และอารมณ์ ความรู้สึก (Affective) ของเราต่อผู้สูงอายุ หากภาพที่พยาบาลมองผู้สูงอายุเป็นลบ ทำให้มีเจตคติต่อผู้สูงอายุเป็นลบ ส่งผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุเป็นลบด้วย เกิดการแบ่งแยกผู้สูงอายุ แม้ว่าพยาบาลจะเข้าใจว่าทำดีและถูกต้องแล้วก็ตาม ดังนั้น ภาพรวมในใจของพยาบาลต่อผู้สูงอายุ ส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ภาพรวม (Stereotype) ที่สะท้อนถึงอคติต่อผู้สูงอายุที่เป็นลบ (Negative prejudice) และส่งผลต่อเจตคติที่เป็นลบ คือ

1) ความเจ็บป่วยทางร่างกาย (Physical illness) พยาบาลส่วนใหญ่มองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วย ไม่มีความสามารถ สุขภาพไม่ดี

2) ความเจ็บป่วยทางจิตใจ (Mental illness) พยาบาลส่วนใหญ่มองว่าผู้สูงอายุ คือ คนแก่ ซึ่งความแก่เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ รักษาไม่หาย ความเชื่อนี้นำไปสู่การไม่สนใจในการป้องกันโรค หรือภาวะที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้

3) การแยกตัว (Isolation) พยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุต้องแยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยวและอยู่คนเดียว

4) ซึมเศร้า (Depression) พยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ป่วย ไม่มีประโยชน์ เป็นคนแก่ที่เจ็บเหงา ทำให้เข้าใจผิด ตอกย้ำผู้สูงอายุให้รู้สึกเก็บกด

5) ความจน (Poverty) พยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุ คือ คนจนที่ไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้

6) การสร้างผลผลิตให้สังคม (Contribution to society) พยาบาลส่วนใหญ่มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถเพิ่มผลผลิตให้สังคมได้ เป็นภาระของสังคม

ความเข้าใจและความเชื่อที่เป็นอคติต่อผู้สูงอายุของพยาบาล ทำให้ละเลยปัญหาที่กระทบ การรับรู้ของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในเชิงลบ ดังนั้น พยาบาลควรให้การปฏิบัติทางการพยาบาลโดยตระหนักถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี โดยตระหนักถึงความสำคัญของจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

การพยาบาลโดยคำนึงถึงเอกสิทธิ์แห่งตน (Autonomy) เป็นความอิสระหรืออำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ผู้สูงอายุสามารถคิดอย่างมีเหตุผลและแก้ปัญหา เข้าใจสถานการณ์ หาทางเลือก แนวทาง หรือวิธีการแก้ไข เพื่อคงไว้ซึ่งอิสระในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุซึ่งขาดอิสระและการเลือกสูญเสียศักยภาพในการตัดสินใจ ซึ่งในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุต้องอยู่ในระเบียบของโรงพยาบาลที่ต้องปฏิบัติตาม ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

การสูญเสียเอกสิทธิ์ของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียความเป็นอิสระ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งพยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจและควบคุมตนเอง โดยการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่จำเป็นต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุ พยาบาลต้องเคารพการตัดสินใจของผู้สูงอายุ

การพยาบาลโดยคำนึงถึงความสามารถ (Ability) เป็นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง การเลือกอย่างมีเหตุผล และเข้าใจถึงผลที่เกิดจากการตัดสินใจ เพื่อสามารถดำเนินการตามบทบาทของตนเอง พยาบาลต้องคำนึงถึงความสามารถของผู้สูงอายุซึ่งพิจารณาตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อการตัดสินใจบางอย่างที่เป็นเรื่องสำคัญ ประเด็นความสามารถของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับความสามารถในการให้ความยินยอมในการปฏิบัติการทางการพยาบาล ผู้สูงอายุสามารถให้หยุดหรือปฏิเสธการรักษา ตลอดจนเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ต่อได้เองหรือไม่ ขึ้นกับความพร้อมด้านจิตใจของผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับความสามารถในการตัดสินใจ แต่ไม่ใช่ไม่มีความสามารถ

การพยาบาลโดยคำนึงถึงการกำหนดด้วยตนเอง (Self-Determination) เป็นเจตนาที่ผู้สูงอายุกำหนดตามความต้องการ พยาบาลควรคุ้มครองเจตนาของผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลต้องให้ข้อมูล เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลต้องวิเคราะห์และเข้าใจเจตคติต่อผู้สูงอายุ ในเรื่องความเชื่อ ทัศนคติของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

การดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุมีความสำคัญมากสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Ostlund et al., 2012) บทบาทพยาบาลในการปฏิบัติทางการพยาบาล ต้องให้ความเคารพ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงคุณค่า (Tadd & Calnan, 2009) เพื่อเป็นการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ เท่ากับเป็นการประกันการดูแลที่พิเศษกับผู้สูงอายุ (Nordenfelt, 2009a) สอดคล้องกับข้อกำหนดทางจริยธรรมที่เป็นแนวปฏิบัติในวิชาชีพทางการพยาบาลซึ่งสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล (Code of ethics) ของประเทศไทย ประกาศใช้เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2528 มีสาระสำคัญว่าด้วย การพยาบาลเป็นการปฏิบัติโดยตรงต่อความเป็นบุคคลโดยกำหนดความรับผิดชอบ ดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2545)

จรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลต่อประชาชน

- 1) ประกอบวิชาชีพด้วยความมีสติ ตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
- 2) ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความเสมอภาคตามสิทธิมนุษยชน โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา และสถานภาพของบุคคล
- 3) ละเว้นการปฏิบัติที่มีอคติ และการใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์
- 4) พึงเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้รับบริการเป็นความลับ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้รับ หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย
- 5) พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ ในการวินิจฉัยและการแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 6) พึงป้องกันอันตราย อันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

จากข้อกำหนดทางจริยธรรมมุ่งเน้นให้พยาบาลตระหนักในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และยอมรับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ การให้ความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นความท้าทายสำคัญ (Gastmans, 2013) เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีมีความซับซ้อน ไม่สามารถถ่ายทอดได้ ต้องใช้ประสบการณ์ในการเข้าใจคุณค่าของมนุษย์ (Gustafsson, Wigerblad, & Lindwall, 2014) จากการศึกษาของ Anderberg และคณะ (2007) ศึกษาแนวคิดการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีในการดูแลผู้สูงอายุของวิชาชีพพยาบาล โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล ตั้งแต่ปี ค.ศ.1990-2005 แนวคิดดังกล่าวสัมพันธ์กับแนวคิดพื้นฐานของมนุษย์ ประกอบด้วย มิติ

ภายนอกและมีมิติภายใน ซึ่งมีความจำเพาะกับบุคคล สัมพันธ์กับวัฒนธรรมและสังคม กล่าวคือ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ประกอบด้วย

1) การดูแลเฉพาะบุคคล (Individual care) คือ การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการดูแลรักษา เพื่อลดภาวะการรับรู้สึกเป็นภาระ การรับฟังประสบการณ์ที่ผ่านมาที่มีความแตกต่างตามบริบทของผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ

2) การคืนสู่การควบคุม (Control restored) คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจ และควบคุมตนเองได้ เมื่อเผชิญอุปสรรคและปัญหาทางสุขภาพ การตั้งสติเพื่อควบคุมตนเองให้ ยอมรับกับความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุบางท่านอาจเคยมีตำแหน่งหรือบทบาทต่างๆทางสังคม การคืนสู่ การควบคุมหรือส่งเสริมให้เกิดการควบคุมตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นใจในตนเองต่อการเผชิญ อุปสรรคได้

3) การให้เกียรติ (Respect) คือ การแสดงออกถึงการให้ความเคารพ ทำให้ผู้สูงอายรรู้ได้ถึงคุณค่าแห่งตน การให้ผู้สูงอายุได้เลือก ได้ตัดสินใจ เช่น การเลือกเสื้อผ้าเองเป็นการให้เกียรติ ผู้สูงอายุ การเปิดเผยร่างกายของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการลดทอนของศักดิ์ศรี

4) การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy) คือ พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุต้องพิทักษ์สิทธิ์ มุ่งเน้นการ สนับสนุนเพื่อตอบสนองการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม บางครั้งพยาบาลให้การ ปกป้องมากเกินไปจนผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา

5) การให้ความสำคัญกับการฟัง (Sensitive listening) คือ การรับฟังอย่างตั้งใจ รวมถึง การสื่อสารมีความสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabatino และคณะ (2014) ซึ่งทำการศึกษา โดยการสังเคราะห์ห่อภิมานงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า การตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรี การมี ทักษะคิดเชิงบวกต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Chochinov และคณะ (2002) ศึกษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาล และในชุมชน ซึ่งเข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 15 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือการวิจัยโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รับรู้การมีศักดิ์ศรีแห่งตน อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46 ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ใน ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 7.5 การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 3 ประเด็น ประกอบด้วย

1) ประเด็นที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย (Illness-related concerns) เป็นประเด็นจากภาวะเจ็บป่วยประสบการณ์การเผชิญความเจ็บป่วย ซึ่งกระทบต่อความศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกไม่สบาย ความทุกข์จากอาการตามระยะของโรค การได้รับการดูแลรักษาโดยขาดความเข้าใจผู้ป่วย การขาดการตระหนักในการเคารพความเป็นบุคคล

2) ประเด็นที่สัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี (Dignity conserving repertoire) เป็นประเด็นที่สัมพันธ์กับจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า รวมถึงวิธีการจัดการปัญหาจากสถานการณ์ต่างๆ ในช่วงที่มีภาวะเจ็บป่วย

3) ประเด็นที่สัมพันธ์ทางสังคม (Social dignity inventory) เป็นความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การรับรู้ศักดิ์ศรีมีลักษณะเป็นพลศาสตร์สามารถเพิ่มหรือลดได้ในความรู้สึกของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของตนเองในระดับสูง จะไม่สิ้นหวัง สามารถปรับตัวและเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ปัจจัยที่มีสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกาย (Physical distress) จากความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้น ระดับการพึ่งพาที่สูงขึ้น (Dependency) จากการต้องได้รับความช่วยเหลือในการอาบน้ำ แต่งตัว และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychological distress) จากความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า/สิ้นหวัง สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวก ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากเครือข่ายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

Hack และคณะ (2004) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีและวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46 และผู้ป่วยที่มีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 7.5 จากการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี ซึ่งได้แก่ 1) ความเจ็บปวด (Pain) 2) การอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Intimate Dependency) 3) ความรู้สึกสิ้นหวัง/การมีภาวะซึมเศร้า (Hopelessness/Depression) 4) การสนับสนุนทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Support Network) 5) การสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการ (Formal Support Network) และ 6) การคุณภาพชีวิต (Quality of life) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 3) ความรู้สึกสิ้นหวัง/การมีภาวะซึมเศร้า (Hopelessness/Depression) และการอยู่ในภาวะพึ่งพิง (Intimate Dependency) จากผลการศึกษาเป็นหลักฐานสนับสนุนว่าควรมีแนวทางในการจัดการภาวะซึมเศร้า และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพของตนเอง

Franklin, Ternstedt และ Nordenfelt (2006) ศึกษามุมมองศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุประเทศสวีเดน โดยการทบทวนวรรณกรรมและใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมจากบ้านมาได้รับการดูแลรักษาในสถานดูแลผู้สูงอายุ ส่งผล

กระทบต่อศักดิ์ศรีตามประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ สรุปได้เป็น 3 ประเด็น ดังนี้ ความรู้สึกไม่ได้รับการยอมรับ (Unrecognizable) ภาวะเปราะบางและการพึ่งพา (Fragility and dependency) และความแข็งแกร่งภายในและความรู้สึกยึดติด (Inner strength and a sense of coherence)

Hoy และคณะ (2007) ศึกษาค่านิยมการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า โครงสร้างของศักดิ์ศรีมีองค์ประกอบ ดังนี้

1) ศักดิ์ศรีแห่งตัวตน (Dignity of identity) ได้แก่ การให้เกียรติ (Looking respectable) การได้รับการตอบสนองตามความจำเป็น (Having need met) และการคงไว้ซึ่งความเป็นอัตลักษณ์ของบุคคล (Maintaining the individual self)

2) ศักดิ์ศรีเป็นเอกสิทธิ์ (Dignity as autonomy) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care ability) และความสามารถในการทำกิจวัตร (Mastery of activity)

3) ศักดิ์ศรีเป็นคุณค่า (Dignity as Worthiness) ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ได้แก่ เอกสิทธิ์ (Autonomy) อัตลักษณ์ (Identity) และความมีคุณค่า (Worthiness) ซึ่งค่านิยมของการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี คือ การป้องกัน การยกระดับ และการส่งเสริมศักดิ์ศรี

Baillie (2007) ศึกษาผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเดินปัสสาวะ พบว่า ความบกพร่องของสุขภาพส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยส่งผลต่อการเกิดภาวะพึ่งพาทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความมีตัวตน ปัจจัยที่สามารถส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้ป่วยได้ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ ทักษะการพยาบาลที่ตระหนักและเห็นความสำคัญในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น การดูแลโดยเคารพความเป็นส่วนตัว

Gallagher และคณะ (2008) ศึกษาศักดิ์ศรีในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการทบทวนทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามบริบทด้านสุขภาพและทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีมี 4 รูปแบบ ดังนี้

1) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม (Environment of care) มุ่งประเด็นของความเป็นส่วนตัว ความเป็นส่วนตัว (Privacy in care) การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องน้ำ/ห้องอาบ (Access to lavatory/bathroom facilities) การกระตุ้นความรู้สึกโดยการรวมกันทั้งเพศหญิงและเพศชายในแผนกเดียวกัน ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) พฤติกรรมและทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ (Staff attitudes and behavior) พบว่า ทัศนคติและพฤติกรรม ที่ขาดการเคารพ (Lack of respect) ความตื้อตึง (Intolerance) ความไม่อดทน (Impatience) พฤติกรรมอุปถัมภ์ (Being patronizing) และการพูดคุ้ยด้วยเสมือนผู้สูงอายุ

เป็นเด็กทารก (Infantilizing) เช่น เรียกผู้สูงอายุว่าที่รัก (Darling) สวีทฮาร์ท (Sweetheart) หัวเห็ด (Poppet) บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรนำพฤติกรรมดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่เหมาะสม เป็นการลดคุณค่า ลดทอนศักดิ์ศรี ควรใช้คำพูดที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความเคารพ ควรลดอุปสรรคทางด้านภาษา เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกรู้สีกตัว มองเสื่อมหรือสับสน บุคลากรทางการแพทย์ต้องอดทน และเข้าใจ ให้ความเคารพ ดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

3) วัฒนธรรมของการดูแล (Culture of care) ปัจจัยที่สำคัญ คือ ความเชื่อ (Belief) และคุณค่า (Value) รวมถึงการดูแลตนเองตามบริบท โดยเน้นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ

4) การดูแลเฉพาะกิจกรรม (Specific care activities) ใส่ใจรายละเอียดของการดูแล ที่สัมพันธ์กับกิจกรรมเพื่อเป็นการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การให้อาหาร ทางสายยาง การแต่งตัว ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้

Thompson และ Chochinov (2008) ศึกษาการใช้ศักดิ์ศรีเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งในโรงพยาบาลและสถานดูแล เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีศักดิ์ศรี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ ความรู้สึกเป็นภาระต่อบุคคลอื่น (A sense of being a burden to others) การอาบน้ำที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ (Requiring assistance with bathing) การมีภาวะเจ็บปวด (Presence of pain) สถานที่ที่ได้รับการดูแล (Location of care) การรับรู้ของบุคคลและการได้รับการเสริมพลังจากบุคคลอื่นมีความสำคัญมาก บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงการรักษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เช่น การสื่อสารของพยาบาลไม่ควรใช้คำถามที่เป็นรูปแบบเดียวกันกับผู้ป่วยรายอื่น แต่ควรตระหนักและคำนึงถึงความเชื่อทางศาสนา จิตวิญญาณ จากการศึกษาได้นำมาเป็นข้อกำหนดที่ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงโดยใช้ตัวอักษรที่ในการจำได้ง่ายแก่การปฏิบัติ ดังนี้

A คือ ทักษะคติ (Attitude) บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีทัศนคติ มีความเข้าใจต่อปฏิกริยา ความเชื่อภายในบุคคล

B คือ พฤติกรรม (Behavior) การแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นผลจากทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ บุคลากรทางการแพทย์ควรให้เกียรติและความเมตตากรุณา

C คือ ความเมตตา (Compassion) แสดงออกมาได้ทั้งคำพูดและการกระทำ เป็นผลสะท้อนจากความตระหนักถึงความทุกข์ของมนุษย์

D คือ การสนทนา (Dialogue) การสนทนาเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลอย่าง คำนึงถึงศักดิ์ศรี สำคัญ คือ การตระหนักและการคำนึงถึงบริบทและลักษณะเฉพาะที่กำหนดเป็นบุคคล

Chochinov และคณะ (2008) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ ภาวะพึ่งพา ความสงบทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ได้แก่ ปัจจัยความทุกข์ทางร่างกาย และความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยภาวะพึ่งพา ความสงบทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ปัจจัยความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาการหายใจลำบาก ปัจจัยความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ปัจจัยภาวะพึ่งพา ได้แก่ ระดับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง การขาดความเป็นส่วนตัว ปัจจัยความสงบในจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีความหมาย ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน

Baillie (2009) ศึกษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการศึกษาเชิงคุณภาพรายกรณีในโรงพยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรม ประเทศอังกฤษ ผลการศึกษา พบว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่า รู้สึกได้รับการดูแล การเคารพและการให้เกียรติ รู้สึกสุขสบายทางจิตใจ ปัจจัยสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล และปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์

Webster และ Bryan (2009) ศึกษาศักดิ์ศรีตามความเชื่อและมุมมองของผู้สูงอายุรวมถึงวิธีการส่งเสริมศักดิ์ศรีในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสร้างแบบสัมภาษณ์จากกรอบแนวคิดของ Colaizzi ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ได้แก่ ความเป็นส่วนตัว (Privacy) ความสะอาด (Cleanliness) การสูงอายุและศักดิ์ศรี (Ageing and dignity) การสื่อสาร (Communication) โดยให้ความสำคัญกับการสื่อสารด้วยภาษาถิ่นของผู้สูงอายุ การอธิบายด้วยความชัดเจนและเข้าใจง่าย และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยปราศจากการพึ่งพาและการควบคุม (Independence and control) ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงต้องพึ่งพาในการทำกิจกรรมที่เคยทำได้บางกิจกรรม เช่น การอาบน้ำหรือการขับถ่าย ซึ่งต้องร้องขอให้พยาบาลช่วยเหลือ ในบางเวลาพยาบาลติดภารกิจทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนแช่ปัสสาวะและอุจจาระบนเตียง ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต

Bridges และคณะ (2010) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในโรงพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษา พบว่า ประสบการณ์ที่ดีหรือไม่ดีของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับมุมมองในการดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะรู้สึกด้อยคุณค่า เมื่อเกิดความรู้สึกหวาดกลัวหรือไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ องค์ประกอบของการสื่อสารที่ส่งผลต่อความรู้สึกเชิงลบหรือเชิงบวก ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน: ติดต่อกับฉัน (Creating communities: connect with me) การรักษาอัตลักษณ์: รู้ว่าฉันเป็นใคร

(Maintaining identity: see who I am) และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น: รวมถึงฉันด้วย (Sharing decision-making: include me) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เป็นการสนับสนุนการปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

Tadd, Vanlaere และ Gastmans (2010) ศึกษาแนวคิดศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุในยุโรป เป็นการศึกษาร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการทบทวนปรัชญาและวรรณกรรมที่เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของมนุษย์ ครอบคลุมประเด็น ได้แก่ 1) มุมมองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ 2) มุมมองเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของบุคลากรทางการแพทย์และสังคมเพื่อนำไปวางแผนและให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และ 3) มุมมองของวัยหนุ่มสาวในสังคมเกี่ยวกับศักดิ์ศรีที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมและวัฒนธรรม ผลการศึกษา พบว่า ศักดิ์ศรีในมุมมองของผู้สูงอายุ ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) การเห็นมูลค่าของตนเอง (Self-worth) และการมีสุขภาวะ (Well-being) ประเด็นคัดสรรที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้เกียรติ (Respect) การยอมรับ (Recognition) การมีส่วนร่วม (Participation) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง (Involvement) การดูแลที่มีศักดิ์ศรี (Dignity in care) นอกจากนี้ จากการศึกษา พบว่า ด้านการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ทำให้ลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่มีเวลา (Lack of time) การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร (Staff, resource scarcity) การขาดประสิทธิภาพของระบบ (Inadequate regulation and bureaucracy) และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม (Poor communication)

Hanratty และคณะ (2012) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากภาวะเจ็บป่วยของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย ในประเทศอังกฤษ ผลการศึกษา พบว่า การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย การทำหัตถการที่ไม่คำนึงถึงความไม่สุขสบายของผู้ป่วย เป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบทำให้ลดทอนการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ซึ่งจากผลการศึกษาสะท้อนให้บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญและนำมาพัฒนาการบริการที่มีประสิทธิภาพ

Bagheri และคณะ (2012) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อศักดิ์ศรี แบ่งเป็นรายด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วยปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล 2) ด้านการปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ได้แก่ การสื่อสาร การให้ความเคารพ การให้ข้อมูลที่เพียงพอ ความเป็นส่วนตัว การมีเอกสิทธิ์ และ 3) ด้านทรัพยากร ได้แก่ การจัดการด้านบุคลากรและสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่น และการให้ความเป็นส่วนตัว

Ulrika Ostlund และคณะ (2012) ศึกษาการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษา พบว่า ภาวะเจ็บป่วย ทั้งที่เป็นจากตัวโรค การดำเนินของโรค ภาวะคุกคามจากโรค ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้การมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยทั้งสิ้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์ในทางลบกับศักดิ์ศรี ได้แก่ ปัจจัยด้านความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปัจจัยด้านการดูแลรักษาจากความกังวลในการรักษาและการที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลโดยไม่ตระหนักถึงความเป็นบุคคล และปัจจัยจากภาวะพึ่งพาเนื่องจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง การรู้คิดและความจำที่ลดลง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรี ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

Lin, Watson และ Tsai (2013) ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับศักดิ์ศรีในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีในการดูแล ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย (Physical) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยด้านทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ (Staff attitude) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กร (Organizational culture) และปัจจัยด้านการพึ่งพาของผู้ป่วย (Patient independence)

Stievano และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ความสำคัญของการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชน ในประเทศอิตาลี โดยการสัมภาษณ์กลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลให้การพยาบาลที่ตระหนักถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยน้อยกว่าพยาบาลในชุมชน เนื่องจากลักษณะบริบทของการบริการ แต่ยังรับรู้ ว่า ศักดิ์ศรีมีความสำคัญต่อผู้ป่วย

Gastmans (2013) ศึกษาการเพิ่มทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี โดยการทบทวนวรรณกรรมและปรัชญาที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษา พบว่า หลักจริยธรรมทางการพยาบาลที่ต้องคำนึงมี 3 ประการ คือ 1) ความเปราะบาง 2) การดูแล และ 3) ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล พยาบาลสามารถนำหลักจริยธรรมดังกล่าวไปกำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

Edlund และคณะ (2013) ศึกษาแนวคิดศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ โดยวิธีทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Eriksson's model ผลการศึกษา พบว่า ศักดิ์ศรี คือ แนวคิดที่เข้ากับมนุษย์ มีคุณค่า มีความหมายต่อความเป็นมนุษย์ มีลักษณะเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิตและจิตวิญญาณ

Albers และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความทุกข์ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีมากที่สุด สำหรับปัจจัยด้านความเชื่อและศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีแห่งตน

Gustafsson และคณะ (2013) ศึกษาเรื่องความท้าทายของพยาบาลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างมีศักดิ์ศรี ถือเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล

เนื่องจากแนวคิดศักดิ์ศรีเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนและไม่สามารถถ่ายทอดได้ ต้องใช้ประสบการณ์ และมีความเข้าใจในคุณค่าของความเป็นมนุษย์

Oosterveld-Vlug และคณะ (2014) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีตามมุมมองของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขของภาวะเจ็บป่วย (Illness-related conditions) เป็นปัจจัยที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทศนคติของพยาบาลที่ไม่ตระหนักและรับรู้ถึงศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ การทำหัตถการโดยขาดการเคารพ (Being treated with respect) การไม่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม (Social support) รวมถึงการไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการปัญหาตามความสามารถของตนเอง

Saltus R. และ Folkes E (2013) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีในมุมมองของผู้สูงอายุชาวอเมริกันและอาฟริกันแคริบเบียน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีทั้งในมุมมองของผู้สูงอายุชาวอเมริกันและอาฟริกันแคริบเบียนไม่แตกต่างกัน องค์ประกอบสำคัญของศักดิ์ศรี คือ การเข้าใจในเงื่อนไขของความเป็นตัวตนตามบริบทและวัฒนธรรม การรับรู้คุณค่า การรับรู้บทบาทที่สำคัญของตนเอง การดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ขึ้นกับการตระหนัก การรับรู้ถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุที่แท้จริง

Hall และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวหลังการทำกลุ่มศักดิ์ศรีบำบัด ผลการศึกษา พบว่า ศักดิ์ศรีบำบัดช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเผชิญระยะสุดท้ายของชีวิตได้

Arne Rehnsfeldt และคณะ (2014) ศึกษาความหมายของศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีตามบริบทและวัฒนธรรม ใน 3 ประเทศ ได้แก่ นอร์เวย์ เดนมาร์กและสวีเดน โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนให้องค์กรใช้หลักจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการทั้งองค์กรตามบริบท จะส่งเสริมการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

Manookian และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความเป็นบุคคล (Persona) ได้แก่ ความเชื่อส่วนบุคคล (Personal beliefs) บุคลิกภาพส่วนบุคคล (Personal characteristic) พฤติกรรมการสื่อสาร (Communications behaviors) และปัจจัยทรัพยากรบุคลากร ได้แก่ ความเป็นวิชาชีพ (Professional commitment) ความเพียงพอของทรัพยากรบุคลากร (Adequate human resource) สมรรถนะของบุคลากร (Staff's proficiency and competency) มีความสำคัญกับการปฏิบัติทางการพยาบาลในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Karin Oechsle และคณะ (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกเป็นภาระ ความทุกข์ทางจิตใจ กับการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมะเร็งในระยะประคับประคอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ 1) ความรู้สึกทุกข์ทางร่างกาย เช่น อาการเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ อาการอ่อนเพลีย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง 2) ระดับการพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ 3) การไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ และปัจจัยความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง

Sabatino และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีของพยาบาลวิชาชีพ โดยการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ ผลจากการศึกษา พบว่า ปัจจัยการตระหนักรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลอย่างมีศักดิ์ศรีมีสำคัญต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

Guo และ Jacelon (2014) ศึกษาความหมายของการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ได้แก่ สิทธิความเป็นมนุษย์ (A human right) เอกลักษณ์ (Autonomy) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independence) การบรรเทาความทุกข์ทางร่างกาย (Relieved symptom distress) การให้ความเคารพ (Respect) ความเป็นมนุษย์ (Human being) ภาวะแห่งตน (Being self) ความสัมพันธ์ต่อความหมาย (Meaningful relationship) การดูแลรักษาที่มีศักดิ์ศรี (Dignified treatment and care) ความพึงพอใจ (Existence satisfaction) ความเป็นส่วนตัว (Privacy) และสิ่งแวดล้อมที่สงบ (Calm environment) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี คือ 1) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วย (Illness related) และ 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลรักษา (Treatment/care related factor) โดยเฉพาะด้านการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์

Buchini และคณะ (2014) ศึกษาคุณค่าของศักดิ์ศรีในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ในประเทศอิตาลี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย ผลการศึกษา พบว่า ทีมบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ยังขาดความรู้และการตระหนักในความสำคัญของการให้คุณค่าในศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

Skorpen และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Hall และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยความทุกข์ทางร่างกายที่สัมพันธ์กับการรับรู้ศักดิ์ศรี โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกับผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานบริบาล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สัมพันธ์

กับการรับรู้ศักดิ์ศรีของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกาย ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

Rasmussen และ Delmar (2014) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัย ได้แก่ การให้ข้อมูล การมีเอกสิทธิ์ ความเป็นส่วนตัวและการติดต่อสื่อสารยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรี

Vehling และ Mehnert (2014) โดยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้ศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้ากับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ได้แก่ การต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับ ความรู้สึกหมดพลังงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Ferri และคณะ (2015) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล พบว่า การสื่อสารที่เหมาะสมและความเป็นส่วนตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Van Gennip และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีในมุมมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

Brahm K. และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ สำหรับระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สรุป ข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทำให้สรุปได้ว่า ศักดิ์ศรีเป็นการรับรู้เป็นมุมมองผ่านประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อต้องเผชิญกับระยะต่างๆของภาวะเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกิดภาวะพึงพา ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยทางลบ การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยมีระดับความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีอิสระในการควบคุมและตัดสินใจในตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน เป็นการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี ดังที่กล่าวมาแล้วทำการวิเคราะห์แนวคิดศักดิ์ศรีได้ทั้งหมด จำนวน 7 แนวคิด (ดังแสดงในตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรี

ปี	ชื่อผู้แต่ง	เรื่อง	เนื้อหาโดยสรุป
1994	Mairis ED.	Concept clarification in professional practice: dignity.	<p>เป็นการศึกษาความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการทางการพยาบาล ดังรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคล สามารถควบคุมพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม และสามารถถูกคุกคามได้โดยการกระทำของบุคคลอื่น</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); -</p> <p>เครื่องมือ (Instrument); -</p>
1996	Haddock J.	Towards further clarification of the concept "dignity".	<p>เป็นการศึกษาความหมายของคำว่าศักดิ์ศรีโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Mairis เพื่อนำไปใช้กำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาลสำหรับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยทั้งรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); ความรู้สึกมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสื่อสารกับบุคคลอื่นและสามารถคุกคามได้ด้วยบุคคลอื่น</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความมีคุณค่า (Roger Jones) - ความเชื่อมั่น (Esteem) - การเคารพตนเอง (Self-respect) - ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) - การควบคุมตนเอง (Self-control) - ความสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อม (Control of environment) - ความภาคภูมิใจในตนเอง (Pride of self) - ความเชื่อมั่นในคุณค่า (Trust worthy) - การมีความสุขต่อตนเอง (Happy with self) - ความมีมนุษยสัมพันธ์ (Humorous) - ความมีเอกลิทธิ์ (Autonomy) - การเป็นอิสระ (Independent) - ความเป็นส่วนตัว (Private) - การสื่อสาร (Communication)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปี	ชื่อผู้แต่ง	เรื่อง	เนื้อหาโดยสรุป
			<ul style="list-style-type: none"> - พฤติกรรม (Behavior) - ความสุขสบาย (Comfortable with oneself) - การได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น (Treated by others) - ความชื่นชม (Appreciation) - การเอาใจใส่ (Caring) - ความเป็นมนุษย์ (Humanity) - ความรู้สึกสำคัญและมีความค่า (Feel important and valuable)
2002	Chochinov H.M. และ คณะ	Dignity in the terminally ill: a developing empirical model.	<p>เป็นการศึกษาความหมายและพัฒนากรอบแนวคิดศักดิ์ศรีตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในระยะประคับประคอง ดังรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); สถานภาพหรือสถานะของมนุษย์ซึ่งมีค่าความแก่การเคารพ</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความภาคภูมิใจ (Pride) - การเคารพตนเอง (Self-respect) - คุณภาพชีวิต (Quality of life) - การมีสุขภาพ (Well-being) - การมีความหวัง (Hope) - ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) <p>เครื่องมือ (Instrument); -</p>
2005	Griffin-Heslin VL.	An analysis of the concept dignity.	<p>เป็นการศึกษาความหมายและพัฒนากรอบแนวคิด เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และสร้างการตระหนักรู้ของบุคลากรทางการแพทย์บาลเพื่อให้การปฏิบัติทางการแพทย์บาลที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ดังรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); การรับรู้ ความรู้สึกถึงภาวะของบุคคล</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); ประกอบด้วย 4</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปี	ชื่อผู้แต่ง	เรื่อง	เนื้อหาโดยสรุป
			<p>คุณลักษณะคือ</p> <p>1) การเคารพ (Respect) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ว่าการเคารพตนเอง (Self-respect) - เคารพต่อบุคคลอื่น (Respect for other) - เคารพในความเป็นส่วนตัว (Respect for privacy) - เคารพต่อความลับของบุคคล (Confidentiality) - เคารพต่อความเชื่อของตนเองและผู้อื่น (Self-belief and belief in others) <p>2) การมีเอกสิทธิ์(Autonomy) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้ว่าตนเองเลือกสิ่งต่างๆได้เอง (Having choice) - การเสนอทางเลือกได้ (Giving choice) - ตัดสินใจได้ (Being able to make decisions) - การมีความสามารถ (Competence) - การมีสิทธิ์ (Right) - การมีความต้องการได้ (Needs) - การมีอิสระไม่พึ่งพา (Independence) <p>3) การมีพลังอำนาจในตน (Empowerment) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับรู้ว่ามีความสำคัญ (Feeling important) - มีคุณค่าต่อผู้อื่น (Valuable in relation to others) - ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) - ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) - ความอ่อนน้อม (Modesty) - ความภาคภูมิใจ (Pride) <p>4) การสื่อสาร (Communication) คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้เวลา (Time giving) - การอธิบายข้อมูล (Explaining information)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปี	ชื่อผู้แต่ง	เรื่อง	เนื้อหาโดยสรุป
			<p>- ความเข้าใจข้อมูล (Understanding information)</p> <p>- ความสุขสบาย (Comfort)</p> <p>- การสื่อสารแบบใช้วัจนภาษา และอวัจนภาษา (Non-verbal and verbal communication)</p> <p>เครื่องมือ (Instrument); -</p>
2010	Clark J.	<p>Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice.</p>	<p>เป็นการศึกษาความหมายและพัฒนากรอบแนวคิดศักดิ์ศรีเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ดังรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); การรับรู้ถึงสิทธิของบุคคลในชั้นพื้นฐาน เป็นการรักษาความรู้สึกถึงการได้รับการปฏิบัติ รับรู้ถึงความสำคัญและการมีคุณค่า</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); ประกอบด้วย การตระหนักรู้ในศักดิ์ศรีของตนเอง(Self-regarding) และศักดิ์ศรีในสายตาของผู้อื่น(Other regarding dignity)</p> <p>เครื่องมือ (Instrument); -</p>
2013	Isis E. van Gennip และคณะ	<p>Concept determination of human dignity.</p>	<p>เป็นการศึกษาความหมายของคำว่าศักดิ์ศรีโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ Eriksson เพื่อนำไปใช้กำหนดกรอบแนวคิดทางการพยาบาลสำหรับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยดังรายละเอียด ดังนี้</p> <p>คำนิยาม (Definition); ความเป็นบุคคลเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์และสะท้อน</p> <p>ออกเป็นกรับรู้</p> <p>คุณลักษณะ (Attributes); -</p> <p>เครื่องมือ (Instrument); -</p>

ตารางที่ 1 (ต่อ)

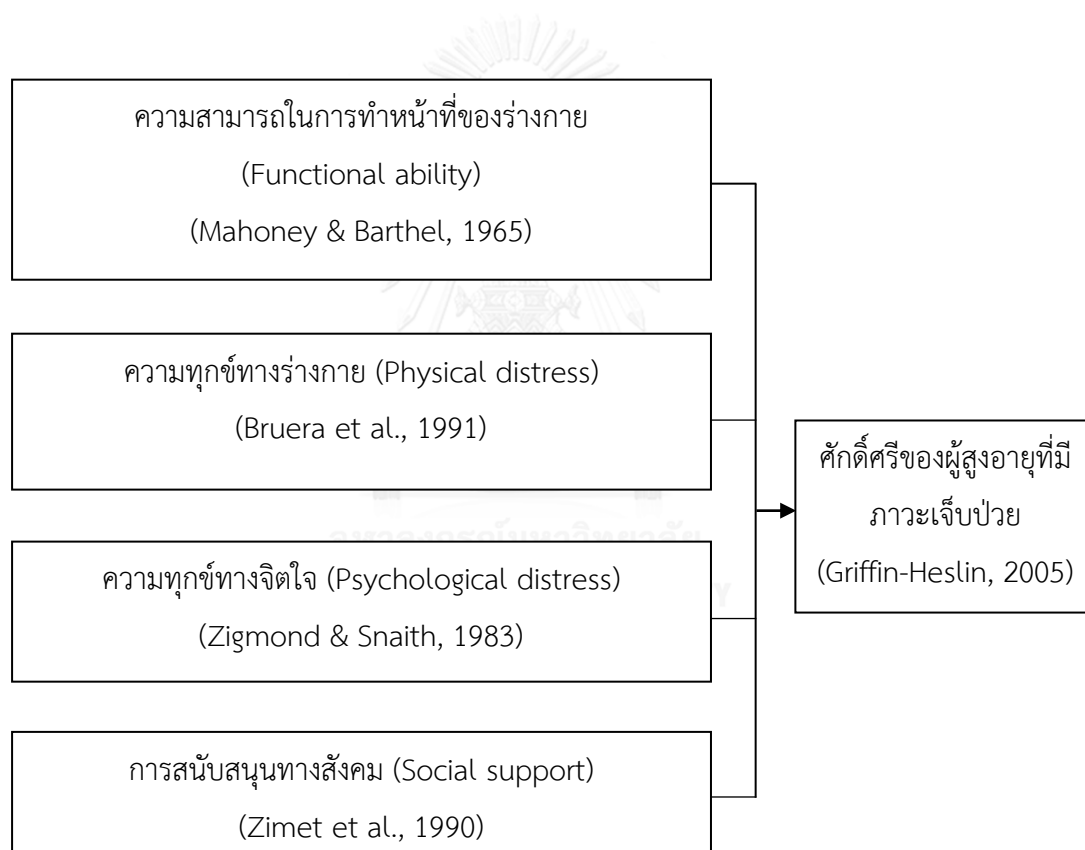
ปี	ชื่อผู้แต่ง	เรื่อง	เนื้อหาโดยสรุป
2013	Edlund M. และ คณะ	The development of model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients.	เป็นการศึกษาความหมายและพัฒนากลอบแนวคิด ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจและ สามารถนำไปใช้วางแผนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ดังรายละเอียด ดังนี้ ค่านิยม (Definition); คุณค่าของมนุษย์ อิสรภาพ ความ รับผิดชอบ การคงอยู่ในฐานะของมนุษย์ คุณลักษณะ (Attributes); - เครื่องมือ (Instrument); -



จากการสังเคราะห์กรอบแนวคิดการวิจัย การศึกษานี้ใช้แนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in Illness) ของ Griffin-Heslin (2005) ซึ่งมีความชัดเจนทางโครงสร้าง และเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารตำรา ผสมผสานกับข้อมูลหลักฐานจากงานวิจัย ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษาปัจจัยทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ ดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคใต้ จำนวน 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลทับปุด โรงพยาบาลรือเสาะ และโรงพยาบาลปากพูน ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 ถึง วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 จำนวนทั้งสิ้น 215 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน (inpatient) ในโรงพยาบาล
2. อาการคงที่ ไม่อยู่ในระยะวิกฤตและภาวะที่เป็นอันตรายหรือคุกคามถึงชีวิต
3. รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ ให้อำนาจการทดสอบที่ power = .80 และกำหนดขนาดของ effect size (Cohen, 2013) = .20 (ขนาดปานกลาง) โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.3 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10 % เพื่อชดเชยกรณีที่มีการตอบกลับของแบบสอบถามไม่ครบรวมจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 215 คน (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาลตัวอย่าง	โรงพยาบาล	กลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) (จำนวน 2 แห่ง)	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	53
	โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	53
โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) (จำนวน 3 แห่ง)	โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา	28
	โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่	28
	โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	28
โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) (จำนวน 5 แห่ง)	โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง	5
	โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่	5
	โรงพยาบาลทับปุด จังหวัดพังงา	5
	โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส	5
	โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช	5
	รวม	215

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) มีรายละเอียดดังนี้

1. สํารวจโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย 14 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต จังหวัดกระบี่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดตรัง จังหวัดพัทลุง จังหวัดสตูล จังหวัดสงขลา

จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดยะลา ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 6 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 16 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 132 แห่ง

2. สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม แบ่งออกเป็น 14 จังหวัด สุ่มมาได้ 7 จังหวัด ทั้ง 7 จังหวัดได้แก่ จังหวัดกระบี่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดตรัง จังหวัดสงขลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดพังงา และจังหวัดนราธิวาส

3. โรงพยาบาลทั้งหมดจำนวน 103 แห่ง แบ่งตามขนาดของโรงพยาบาล (จำนวนเตียง) ดังนี้ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 4 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 92 แห่ง ซึ่งคิดตามขนาดเตียง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 500 เตียงขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 120 - 500 เตียง

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 10 - 120 เตียง

ผู้วิจัยสุ่มแบบแบ่งชั้น ซึ่งสุ่มได้โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 แห่ง

4. การคิดตามสัดส่วนของโรงพยาบาลโดยการคิดตามสัดส่วนซึ่งเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่ม คือ 50 : 40 : 10 จำแนกขนาดตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 500 เตียงขึ้นไป มีขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ซึ่งมีร้อยละ 50 ของจำนวนกลุ่มประชากร

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ $215 \times 50 \% = 106$ ราย

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 120 - 500 เตียง มีขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ซึ่งมีร้อยละ 40 ของจำนวนกลุ่มประชากร

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ $215 \times 40 \% = 86$ ราย

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาลชุมชน 10 - 120 เตียง มีขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากร ซึ่งมีร้อยละ 10 ของจำนวนกลุ่มประชากร

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม คือ $215 \times 10 \% = 25$ ราย

5. การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนครบ 215 คน ในแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนด โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยเลือกตามโอกาส จากการคัดเลือก ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 215 คน (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามเพศ อายุและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	91	42.5
ชาย	124	57.5
อายุ (ปี)		
(\bar{x} = 70.35; SD = 8.04; min = 60.00; max = 94.00)		
60 – 69 ปี	125	58.1
70 – 79 ปี	49	22.8
80 ปีขึ้นไป	41	19.1
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
(\bar{x} = 7.74; SD = 4.94; min = 3.00; max = 35.00)		
3 – 14 วัน	201	93.5
15 – 30 วัน	13	6.0
31 วันขึ้นไป	1	.5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งปัจจุบัน โดยบันทึกจากแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งแบบสอบถามในส่วนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาจากหนังสือ เอกสาร บทความ งานวิจัย และ วิทยานิพนธ์ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมคำ และเลือกตอบ มีจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วัดด้วยแบบสอบถาม โดยการประเมินการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งใช้แบบประเมิน the Barthel ADL Index ของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (1999) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Mahoney และ Barthel (1965) มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้วยการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทย มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุไทย ใช้ง่าย รวดเร็ว มีค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .79 และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแบบ the Barthel ADL Index ของสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (1999) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Mahoney และ Barthel (1965) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบวัดไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79

3. แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คำถาม ครอบคลุม เรื่อง

- 1) การรับประทานอาหาร
- 2) การทำความสะอาดร่างกาย
- 3) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 4) การใช้ห้องสุขา
- 5) การเคลื่อนย้ายภายในเตียงผู้ป่วย
- 6) ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความ เป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

ดังนี้

ข้อคำถามในข้อ 2,8 มีค่าคะแนน 0 – 1 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
1	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆเองได้โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

ข้อคำถามในข้อ 1,4,6,7,9,10 มีค่าคะแนน 0 – 2 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
1	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆได้เองบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
2	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆเองได้โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

ข้อคำถามในข้อ 3,5 มีค่าคะแนน 0 – 3 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
1	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆได้น้อย ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก
2	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆได้เองบางส่วน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน
3	ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นๆเองได้โดยไม่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยการรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 – 20 คะแนน

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0 – 4	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด
5 – 8	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำช่วยเหลือตนเองได้น้อย
9 – 11	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง
12 – 20	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูงช่วยเหลือตนเองได้ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความทุกข์ทางอาการ วัดด้วยแบบสอบถาม โดยการประเมินการรับรู้ความทุกข์ทางร่างกาย โดยใช้แบบ Edmonton Symptom Assessment System ฉบับภาษาไทยของกิติพล นาควิโรจน์ (2008) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Bruera และคณะ (1991) โดยการแปลย้อนกลับและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น ทำการศึกษาในผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 44 ราย ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (ในกรณีที่ผู้ป่วยตอบเองไม่ได้) เป็นผู้ประเมินอาการต่างๆ ที่มี ณ เวลาที่ประเมิน มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .89 ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงข้อคำถามการรับรู้ความทุกข์ทางร่างกายให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการความทุกข์ทางร่างกายทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแบบ Edmonton Symptom assessment System ฉบับภาษาไทยของกิตติพล นาควิโรจน์ (2008) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Bruera และคณะ (1991) ซึ่งแบบวัดการรับรู้ความทุกข์ทางร่างกายนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89

3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 8 ข้อ ครอบคลุม ดังนี้

- 1) อาการปวด
- 2) อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย
- 3) อาการคลื่นไส้
- 4) อาการง่วงซึม
- 5) ความรู้สึกเบื่ออาหาร
- 6) อาการเหนื่อยหอบ
- 7) ความรู้สึกไม่สบายกาย
- 8) ความรู้สึกไม่สบายใจ

โดยมีเกณฑ์การประเมิน โดยให้ผู้สูงอายุเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุดในช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีค่าคะแนน 0 – 10 คะแนน ใช้ Visual Analogue Scale ซึ่งให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกตนเองจากเส้นตรงและมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนระดับความทุกข์ทางร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 - 80

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0 – 26	มีความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ (Mild distress)
27 – 53	มีความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate distress)
54 – 80	มีความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับสูง (High distress)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ เป็นแบบวัดการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ วัดด้วยแบบสอบถาม โดยการประเมินการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ โดยใช้แบบ Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (1996) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zigmond และ Snaith (1983) โดยทำการศึกษาความเชื่อถือและความเที่ยงในผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 60 ราย โดยเครื่องมือในการวัดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษา พบว่า สามารถวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี มีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) โดยมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการวิตกกังวล เท่ากับร้อยละ 100 และ 86.0 ตามลำดับ และมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สำหรับอาการซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 85.71 และร้อยละ 91.3 ตามลำดับ เมื่อใช้ cut-off point ที่คะแนน >11 คะแนนเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจมีความผิดปกติทางจิตเวช โดย Thai HADS มีความเห็นพ้องกับการวินิจฉัยทางคลินิกคิดเป็นร้อยละ 88.33 สำหรับอาการวิตกกังวล ($P < 0.0001$, kappa = 0.67) และร้อยละ 90 สำหรับอาการซึมเศร้า ($P < 0.0001$, kappa = 0.73) สำหรับค่าความเชื่อถือพบว่าค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ .8259 สำหรับ depression subscale ผลการศึกษาแสดงว่าสามารถนำมาเป็นแบบสอบถามอาการวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยไทยในโรงพยาบาลได้ เป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด มีค่าความแม่นยำ และความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการความทุกข์ทางจิตใจ ทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแบบ Hospital Anxiety Depression Scale ฉบับภาษาไทย ของธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (1996) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zigmond และ Snaith (1983) ซึ่งแบบวัดนี้แบ่งความทุกข์ทางจิตใจออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความวิตกกังวลและด้านภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85 และ .82 ตามลำดับ

3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านๆละ 7 ข้อ ได้แก่

ความทุกข์ทางจิตใจด้านความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ

ความทุกข์ทางจิตใจด้านภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับโดยเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0 – 3 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามซึ่งมีความรู้สึกในทางลบ คือ ข้อ 1,3,5,8,9,10,11 และ13 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
3	เป็นส่วน	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด
2	บ่อยครั้ง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านมาก
1	เป็นบางครั้ง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงเล็กน้อย
0	ไม่เคยเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ของท่านเลย

ส่วนข้อคำถามซึ่งมีความรู้สึกในทางบวก คือ ข้อ 2,4,6,7,12และ14 ให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
0	เหมือนเดิม	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านมากที่สุด
1	ไม่มากเท่าแต่ก่อน	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านมาก
2	มีเพียงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ของท่านเพียงเล็กน้อย
3	เกือบไม่มีเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ของท่านเลย

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนระดับความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 - 21

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
0 – 7	มีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ (Mild distress)
8 – 14	มีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate distress)
15 – 21	มีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง (High distress)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม วัดด้วยแบบสอบถาม โดยการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แบบ Multidimension Scale of Perceived Social Support ฉบับภาษาไทย ของ ฦหทัย วงศ์ปการันย์ (2011) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zimet และคณะ (1990) โดยการแปลย้อนกลับและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น มีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .92 ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับปรุงข้อคำถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งในและต่างประเทศ

2. ศึกษาแบบ Multidimension Scale of Perceived Social Support ฉบับภาษาไทย ของ ฦหทัย วงศ์ปการันย์ (2011) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Zimet และคณะ (1990) ซึ่งแบบวัดนี้ แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสมาชิกในครอบครัว ด้านบุคลากรทางการแพทย์ และด้านเพื่อน ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89

3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ มีความหมายด้านบวก ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 4 ข้อ

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ โดยเลือกตอบได้อย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่าง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงตามความจริงเลย
มาก ให้ 1 คะแนน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยค ให้ 2 คะแนน

ค่อนข้างไม่เห็นด้วย หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยค
ให้ 3 คะแนน

เฉยๆ หมายถึง เฉยๆกับข้อความในประโยค ให้ 4 คะแนน

ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความในประโยค ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วย	หมายถึง	ด้วยกับข้อความในประโยค ให้ 6 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความเป็นจริงมาก ที่สุด ให้ 7 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลโดยรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 12 - 84

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
12 - 36	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
37 - 60	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
61 - 84	การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วัดด้วยแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in illness) ของ Griffin-Heslin (2005) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ
2. ศึกษาแนวคิดศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (The Model of Dignity in illness) ของ Griffin-Heslin (2005) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีนี้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ซึ่งแบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบประเมินไปใช้กับผู้ป่วย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้เท่ากับ .97 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงได้กำหนดศัพท์นิยามเชิงปฏิบัติการ
3. กำหนดข้อคำถามและมาตรวัด ผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ ที่มีความหมายทางด้านบวกทั้งหมด ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1) การเคารพ (Respect) คือ การรับรู้ว่าการเคารพตนเอง (Self-respect) เคารพต่อบุคคลอื่น (Respect for other) เคารพในความเป็นส่วนตัว (Respect for privacy) เคารพต่อความลับของบุคคล (Confidentiality) เคารพต่อความเชื่อของตนเองและผู้อื่น (Self-belief and belief in others)

2) การมีเอกลิทธิ (Autonomy) คือ การรับรู้ที่ตนเองเลือกสิ่งต่างๆ ได้เอง (Having choice) การเสนอทางเลือกได้ (Giving choice) ตัดสินใจได้ (Being able to make decisions) การมีความสามารถ (Competence) การมีสิทธิ (Right) การมีความต้องการได้ (Needs) และการมีอิสระไม่พึ่งพา (Independence)

3) การมีพลังอำนาจในตน (Empowerment) คือ การรับรู้ที่มีความสำคัญ (Feeling important) มีคุณค่าต่อผู้อื่น (Valuable in relation to others) ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-esteem) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ความอ่อนน้อม (Modesty) และความภาคภูมิใจ (Pride)

4) การสื่อสาร (Communication) คือ การให้เวลา (Time giving) การอธิบายข้อมูล (Explaining information) ความเข้าใจข้อมูล (Understanding information) ความสบาย (Comfort) และการสื่อสารแบบใช้วัจนภาษาและอวัจนภาษา (Non-verbal and verbal communication)

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีความหมาย ดังนี้

เห็นด้วยน้อยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงตามความจริงที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงตามความจริงเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความจริงปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความจริงมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงตามความจริงมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคองกรรมสูตร, 2542)

คะแนนการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 25 - 125

ค่าคะแนน	การแปลความหมาย
25 – 58	การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ
59 – 92	การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง
93 – 125	การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาขึ้นทั้งหมด เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา ความครอบคลุมของข้อคำถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 6 ส่วน พร้อมทั้งโครงร่าง วิทยานิพนธ์ไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ	จำนวน	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	จำนวน	2 ท่าน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง)	จำนวน	1 ท่าน
ผู้สูงอายุ (ผู้ได้รับรางวัลแมกไซไซ สาขาผู้นำชุมชน พ.ศ.2547 และรางวัลปราชญ์เกษตรของแผ่นดิน พ.ศ. 2551)	จำนวน	1 ท่าน

1.2 ใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงของเนื้อหา ตามความเห็นสอดคล้องและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 จึงถือว่ามี ความตรงตามเนื้อหา (Polit & Hungler, 1999) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ระดับการแสดงความคิดเห็นมี 4 ระดับ คือ 1, 2, 3, 4 ซึ่งแต่ละระดับมีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุง จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปปรับปรุง ดังนี้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น รายละเอียด ดังนี้ ข้อที่ 4 และข้อ 5 เป็นข้อคำถามซึ่งซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามส่วนที่ 4 ซึ่งเป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามที่ 4 และข้อคำถามที่ 5 ออก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แยกข้อคำถามข้อที่ 9 เรื่องความสบายกายและสบายใจ ออกเป็นสองข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมศัพท์เชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยการปรับข้อคำถามใหม่ 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 7, 9, 20 และ 22 รายละเอียด ดังนี้

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
2. บุคคลอื่นให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของท่านเสมอ	2. บุคคลอื่นให้ความเคารพต่อการตัดสินใจของท่าน
7. ท่านรับทราบคำแนะนำเกี่ยวกับข้อระเบียบของโรงพยาบาล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาอย่างเข้าใจและลงชื่อยินยอมให้การรักษาทุกครั้ง	7. ท่านรับทราบคำแนะนำเกี่ยวกับข้อระเบียบของโรงพยาบาล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาอย่างเข้าใจและลงชื่อยินยอมให้การรักษา
9. ท่านสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาภายหลังจากการได้รับข้อมูลทางการแพทย์	9. ท่านมีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาภายหลังจากการได้รับข้อมูลทางการแพทย์
20. บุคลากรทางการแพทย์สนใจพูดคุยให้เวลาและรับฟังท่านอย่างสม่ำเสมอ	20. บุคลากรทางการแพทย์สนใจพูดคุย ให้เวลาและรับฟังท่าน
22. ท่านรับรู้ข้อมูลและเข้าใจเหตุผลของการดูแลรักษาทุกครั้ง	22. ท่านรับรู้ข้อมูลและเข้าใจเหตุผลของการดูแลรักษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเป็นเครื่องมือทั่วไปควรมีค่าความเที่ยง .8 ขึ้นไป และถ้าเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างควรมีค่าความเที่ยง .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎร, 2553) ซึ่งผลการตรวจสอบได้เท่ากับ .79, .89, .85, .82, .89 และ .97 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ และเมื่อใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 215 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .93, .87, .87, .87, .92 และ .97 ตามลำดับ

3. การวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis)

เพื่อตรวจสอบแบบแผนการตอบคำถามแต่ละข้อของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Corrected Item-Total Correlation) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ว่าเป็นข้อคำถามที่ดีต้องมีค่า $+ .30$ ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์รายข้อ ได้ค่า Corrected Item-Total Correlation และได้ผลการวิเคราะห์ (ดังแสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าความตรงรายข้อของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือ	ค่า Corrected Item-Total Correlation	การแปลผล
แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย	.48 - .77	เป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด
แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ		
ด้านความวิตกกังวล	.63 - .76	เป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด
ด้านภาวะซึมเศร้า	.56 - .73	เป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด
แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	.58 - .76	เป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด
แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย	.47 - .87	เป็นข้อคำถามที่ดีทั้งหมด

ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล ทั้งหมด 10 แห่ง จึงจำเป็นต้องผู้ช่วยวิจัย และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. การหาผู้ช่วยวิจัยโดยมีคุณสมบัติ คือ

1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล ทั้งนี้ได้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล

2) สมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัย

3) สามารถเก็บข้อมูลได้ในเวลาที่ไม่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้เวลาในการเก็บ โดยการอ่านแบบสอบถาม ประมาณ 30 – 45 นาที ดังนั้นแต่ละโรงพยาบาลจะมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 10 คน

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือวิจัย สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3. ให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการเก็บข้อมูลภายใต้การสังเกตของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเป็นพี่เลี้ยง กำกับติดตามการเก็บข้อมูลขณะเก็บที่ตึกผู้ป่วยใน จนมั่นใจว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้ถูกต้อง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ดังแสดงในภาคผนวก) และทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลทับปุด โรงพยาบาลรือเสาะ และโรงพยาบาลปากพนังเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล (ดังแสดงในภาคผนวก ก) จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรับบริการ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลรือเสาะ โรงพยาบาลเขาพนม และโรงพยาบาลทับปุด เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดของเรื่องที่จะทำวิจัยตลอดจนวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ต้องได้รับการอนุมัติโดยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ซึ่งใช้ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงได้รับอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลได้ ประมาณ 7 เดือน

2. เมื่อผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อและขอพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ คุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับอนุญาตตามวันและเวลาของแต่ละโรงพยาบาล (ดังแสดงในตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 วันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	หน่วยงาน	วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี	แผนกผู้ป่วยใน	14, 24, 31 ส.ค. และ 7, 9, 11 ก.ย. และ 6, 13, 20 ต.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	แผนกผู้ป่วยใน	20, 27, ส.ค. และ 3, 9, 16, 23 ก.ย. และ 2, 8, 15 ต.ค.	8.00 – 16.00 น.

ตารางที่ 5 (ต่อ)

โรงพยาบาล	หน่วยงาน	วันที่เก็บรวบรวม ข้อมูล	เวลา
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา	แผนกผู้ป่วยใน	1, 7, 15, 23, 28 ก.ค. และ 14, 17, 20 ส.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่	แผนกผู้ป่วยใน	15, 17, 20, 24 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา	แผนกผู้ป่วยใน	1, 10 ก.ค. และ 6, 21 ส.ค. และ 5, 13, 20 ต.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง	แผนกผู้ป่วยใน	1, 3, 6 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่	แผนกผู้ป่วยใน	2, 3 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลทับปุด จังหวัดพังงา	แผนกผู้ป่วยใน	9, 10 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส	แผนกผู้ป่วยใน	1, 2, 3 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.
โรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช	แผนกผู้ป่วยใน	1, 2, 3 ก.ค.	8.00 – 16.00 น.

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 ถึงวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 รวมเป็นระยะเวลา 3 เดือน 20 วัน

3. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปแนะนำตนเองกับพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยศึกษาแฟ้มประวัติข้อมูลของผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่าง

5. ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยประเมินคุณสมบัติของผู้สูงอายุให้ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจึงอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และไบบินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้สูงอายุฟังก่อนเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยอ่านแบบสอบถามแล้ว ให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลต่อราย ประมาณ 30 – 45 นาที
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนอายุ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (บุญใจ ศรีสถิตนรากรุม 2553)
4. การหาการทำนายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ และสร้างสมการการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 215 คน ผู้วิจัยได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 - 12

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทำนายของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 - 14

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับการรับรู้ศักดิ์ศรี และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (125)	SD	ระดับ
25 - 58 (ต่ำ)	23	10.7	89.62	21.87	ปานกลาง
59 - 92 (ปานกลาง)	72	33.5			
93 - 125 (สูง)	120	55.8			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 120 คน คิดเป็น ร้อยละ 55.8 มีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง มีจำนวน 72 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.5 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ศักดิ์ศรีของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.62$, $SD = 21.87$)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7 - 12

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (20)	SD	ระดับ
0 - 4 (ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด)	37	17.2	12.36	6.51	สูง
5 - 8 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำช่วยเหลือตนเองได้น้อย)	26	12.1			
9 - 11 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับปานกลางช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง)	24	11.2			
12 - 20 (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูงช่วยเหลือตนเองได้ดี)	128	59.5			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 128 คน คิดเป็น ร้อยละ 59.5 มีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับต่ำ มีจำนวน 37 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.2 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อยู่ในระดับสูง (\bar{X} = 12.36, SD = 6.51)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางร่างกาย

ระดับความทุกข์ทางร่างกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (80)	SD	ระดับ
0 - 26 (ต่ำ)	89	41.4	31.46	18.98	ต่ำ
27 - 53 (ปานกลาง)	92	42.8			
54 - 80 (สูง)	34	15.8			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 92 คน คิดเป็น ร้อยละ 42.8 มีระดับความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ มีจำนวน 89 คน คิดเป็น ร้อยละ 41.4 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยระดับความทุกข์ทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 31.46$, $SD = 18.98$)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความวิตกกังวล

ระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความวิตกกังวล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (21)	SD	ระดับ
0 - 7 (ต่ำ)	83	38.6	8.63	4.63	ปาน กลาง
8 - 14 (ปานกลาง)	115	53.5			
15 - 21 (สูง)	17	7.9			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 115 คน คิดเป็น ร้อยละ 53.5 มีระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ มีจำนวน 83 คน คิดเป็น ร้อยละ 38.6 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.63$, $SD = 4.63$)

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้า

ระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (21)	SD	ระดับ
0 - 7 (ต่ำ)	63	29.3	9.99	4.98	ปาน กลาง
8 - 14 (ปานกลาง)	116	54.0			
15 - 21 (สูง)	36	16.7			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 116 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.0 มีระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับต่ำ มีจำนวน 63 คน คิดเป็น ร้อยละ 29.3 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 9.99$, $SD = 4.98$)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม

ระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X} (84)	SD	ระดับ
12 - 30 (ต่ำ)	1	.5	62.98	12.55	ปานกลาง
31 - 66 (ปานกลาง)	117	54.4			
67 - 84 (สูง)	97	45.1			
รวม	215	100.0			

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 117 คน คิดเป็น ร้อยละ 54.4 มีระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ระดับสูง มีจำนวน 97 คน คิดเป็น ร้อยละ 45.1 โดยรวมคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 62.98$, $SD = 12.55$)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215)

ตัวแปร	ความสามารถ ในการทำ หน้าที่ของ ร่างกาย	ความทุกข์ ทางร่างกาย	ความทุกข์ ทางจิตใจ	การสนับสนุน ทางสังคม	ศักดิ์ศรี
ความสามารถ ใน การ ทำ หน้าที่ ของ ร่างกาย	1.00				
ความทุกข์ทาง ร่างกาย	-.301**	1.00			
ความทุกข์ทาง จิตใจ	-.573**	.570**	1.00		
การสนับสนุน ทางสังคม	.185**	-.317**	-.496**	1.00	
ศักดิ์ศรี	.173*	-.446**	-.335**	.546**	1.00

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 12 พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .173 สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ -.446, -.335

ตามลำดับ สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 ที่ว่าความทุกข์ทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ และความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ตามลำดับ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .546 สอดคล้องตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้



ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การทำนายของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 13 – 14

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับการคัดเลือกสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจพยากรณ์ (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise) ($n = 215$)

Model ที่	ตัวแปร	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1	การสนับสนุนทางสังคม	.546	.298	.294	90.310	.000
2	การสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกาย	.617	.381	.375	65.187	.000

จากตารางที่ 13 พบว่า ในระดับขั้นที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าการสนับสนุนทางสังคม อธิบายความแปรปรวนของศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 29.8 ($R^2 = .298$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับขั้นที่ 2 เป็นขั้นสุดท้ายพบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทางร่างกายสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 38.1 ($R^2 = .381$) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคม และความทุกข์ทางร่างกาย สามารถร่วมกันทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.5 (R^2 change = .375)

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (beta) ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณและค่าอำนาจพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตัวพยากรณ์	B	SE b	Beta	t	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.783	.099	.449	7.886	.000
ความทุกข์ทางร่างกาย	-.350	.066	-.304	-5.332	.000
R = .617		R ² = .381		SEest = 17.293	
F = 65.187		p-value = .000			

จากตารางที่ 14 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงสุด ในการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Beta = .449) รองลงมาคือ ความทุกข์ทางร่างกาย (Beta = -.304) โดยตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว สามารถอธิบายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .617 และมีค่าอำนาจพยากรณ์ (R²) เท่ากับ .381 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 38.1 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\text{ศักดิ์ศรี} = 51.316 + .783 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .350 (\text{ความทุกข์ทางร่างกาย})$$

จากสมการอธิบายได้ว่าตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก 1 ตัว กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น .783 คะแนน และมีความสัมพันธ์ทางลบ 1 ตัว กล่าวคือ ความทุกข์ทางร่างกายลดลง 1 คะแนน ทำให้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น .350 คะแนน

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{ศักดิ์ศรี} = .449 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .304 (\text{ความทุกข์ทางร่างกาย})$$

จากสมการอธิบายได้ว่าหากปรับค่าทุกตัวแปรในสมการให้เป็นมาตรฐานที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้มีค่าคงที่ แล้วเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม 1 คะแนน ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้น .449 หน่วยมาตรฐาน ถัดลดคะแนนความทุกข์ทางร่างกายอีก 1 คะแนน ทำให้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น .304 หน่วยมาตรฐาน สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 38.1

ตัวแปรทั้ง 2 ตัวได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกาย ใช้เป็นตัวพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล โดยประสิทธิภาพการพยากรณ์ร้อยละ 38.1 นั่นคือตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 38.1

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ศึกษาความสัมพันธ์และตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
5. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคใต้ จำนวน 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลทับปุด จังหวัดพังงา โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส และโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 ถึง วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2558 จำนวนทั้งสิ้น 215 คน ซึ่งกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน (inpatient) ในโรงพยาบาล
2. อาการคงที่ ไม่อยู่ในระยะวิกฤตและภาวะที่เป็นอันตรายหรือคุกคามถึงชีวิต
3. รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงและสร้างขึ้นเองและได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .79, .89, .85, .82, .89 และ .97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2558 ถึงเดือนตุลาคม 2558 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ทั้ง 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 53 คน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 53 คน โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา จำนวน 28 คน โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ จำนวน 28 คน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จำนวน 28 คน โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง จำนวน 5 คน โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 5 คน โรงพยาบาลทับปุด จังหวัดพังงา จำนวน 5 คน โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 5 คน และโรงพยาบาลปากพอง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 5 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17.0 (Statistical Package for the Social Science for Window Version 17.0) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนอายุ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (บุญใจ ศรีสถิตนรากรม 2553)
4. การหาการทำนายของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ และสร้างสมการการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้มีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.6$, $SD = 21.87$)
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .173$)
3. ความทุกข์ทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -.446$)
4. ความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = -.335$)
5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r = .546$)
6. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมต่อศักดิ์ศรี พบว่า ตัวแปรที่ทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกายและการสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงสุด ในการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ($Beta = .449$) รองลงมา คือ ความทุกข์ทางร่างกาย ($Beta = -.304$) โดยตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว สามารถอธิบายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .617 และมีค่าอำนาจพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .381 แสดงว่าตัวแปรทั้ง 2 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 38.1 โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$\text{ศักร์ศรี} = 51.316 + .783 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .350 (\text{ความทุกข์ทางร่างกาย})$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{ศักร์ศรี} = .449 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) - .304 (\text{ความทุกข์ทางร่างกาย})$$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาศักร์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในเขตภาคใต้

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ศักร์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีการรับรู้ศักร์ศรีอยู่ในระดับสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการรับรู้ศักร์ศรีอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 89.62$, $SD = 21.87$) แสดงให้เห็นถึงอัตลักษณ์ที่สำคัญของผู้สูงอายุในภาคใต้ กล่าวคือ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ยังมีแสดงออกถึงความมีศักร์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา ศรีสุชาติ (2544) กล่าวว่าเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุในภาคใต้ ชอบความเป็นอิสระ มีความหยิ่งในศักร์ศรี และไม่แสดงออกถึงพฤติกรรมใดให้ผู้อื่นประณาม

เมื่อพิจารณาการรับรู้ศักร์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ เป็นรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่า

1.1 ด้านการเคารพ

การรับรู้ศักร์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านการเคารพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บุคลากรทางการแพทย์ให้ความเคารพและทักทายโดยการเรียกค่านำหน้าตามตำแหน่งเดิมในอดีตหรือเรียกตามลูกหลาน เช่น อาจารย์ คุณตา คุณยาย (ดังแสดงในภาคผนวก ง) กล่าวคือศักร์ศรีแห่งบุคคลสัมพันธ์กับการเคารพจากตนเองและบุคคลอื่น เดิมผู้สูงอายุมีบทบาทที่สำคัญมาก่อน ได้แก่ การมีตำแหน่ง

สำคัญทางสังคม บทบาทดังกล่าวสะท้อนออกมาซึ่งอัตลักษณ์แห่งบุคคลส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่า และศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

จากการศึกษาของ Nordenfelt (2009) พบว่า ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ สามารถถูกละเมิดได้โดยการคุกคามทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gallagher และคณะ (2008) พบว่า ทศนคติและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงออกถึงการขาดความเคารพ การพูดคุยกับผู้สูงอายุเสมือนเป็นเด็กทารก การเรียกผู้สูงอายุโดยใช้สรรพนาม เช่น ที่รัก เป็นการลดทอนคุณค่า และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรา แก่นยะกุล (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ให้ความสำคัญในเรื่องศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งตน ในด้านการเคารพการเป็นบุคคลของผู้สูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติมา ธัญญาบาล (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยมีการรับรู้ถึงการปฏิบัติทางการพยาบาลตามหลักจริยธรรมในด้านการเคารพ และตระหนักในความแตกต่างของค่านิยม คุณค่า และความเชื่อของบุคคลในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงการเคารพศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์

1.2 ด้านการมีเอกลิทธิ

การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านการเคารพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ บุคคลอื่นเคารพความเชื่อและศรัทธาที่มี ได้แก่ การนับถือศาสนา (ดังแสดงในภาคผนวก ง) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ต้องรับทราบถึงสิทธิของตนเอง เพื่อสามารถนำมาตัดสินใจ กระทำในสิ่งที่ตนเองเลือกได้ ปราศจากการควบคุมและจัดกระทำโดยบุคคลอื่น (Christman, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Burkhardt และ Nathaniel (2013) พบว่า การมีเอกลิทธิของผู้สูงอายุคือความสามารถในการใคร่ครวญ การตัดสินใจที่เป็นอิสระ ความสามารถในการปกครองตนเอง ซึ่งอยู่ภายใต้พื้นฐานของความเชื่อ และความศรัทธาส่วนบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Albers และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อและศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับรู้เกี่ยวกับศักดิ์ศรีแห่งตน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมและวางแผนการดูแลโดยอยู่ภายใต้ความเชื่อและศรัทธาของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.1 ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น จากการประเมินระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่า อยู่ในระดับสูงโดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ช่วยเหลือตนเองได้ดี คิดเป็นร้อยละ 59.5 (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุยังไม่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้สูงอายุถึงแม้

จะมีภาวะเจ็บป่วยก็สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆได้ ขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล สามารถตัดสินใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา (M. R. Matiti & Trorey, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Webster และคณะ (2009) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากเผชิญกับความไม่สุขสบาย ความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางจิตวิญญาณ การต้องเผชิญสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้าน ขาดความเป็นส่วนตัว การได้รับการดูแลรูปแบบเดียวกันโดยขาดการประเมินปัญหาเฉพาะบุคคล ขาดการตระหนักถึงความเชื่อ และความศรัทธาส่วนบุคคล ขาดการตัดสินใจมีส่วนร่วมในการรักษา เหล่านี้เป็นประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ส่งผลต่อการลดทอนศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สอดคล้องกับการศึกษาของ Ostlund และคณะ (2012) พบว่า การมีเอกสิทธิ์ของผู้สูงอายุ คือ ความเป็นอิสระหรือการให้อำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองภายใต้ความเชื่อ ผู้สูงอายุสามารถคิด และแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลโดยเข้าใจสถานการณ์ สามารถเลือกแนวทางเพื่อคงไว้ซึ่งอิสระในการดำเนินชีวิตภายใต้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ขาดอิสระและไม่สามารถเลือกแนวทาง สูญเสียศักยภาพในการตัดสินใจภายใต้ความเชื่อและความศรัทธาส่วนบุคคลขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

1.3 ด้านการมีพลังอำนาจในตนเอง

การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านการมีพลังอำนาจในตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญที่ยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การเป็นพ่อ/แม่ การเป็นสามี/ภรรยา (ดังแสดงในภาคผนวก ง) กล่าวคือ องค์กรประกอบที่สำคัญของศักดิ์ศรีคือการเข้าใจเงื่อนไขของความเป็นตัวตนตามบริบท และวัฒนธรรม การรับรู้บทบาทที่สำคัญของตนเอง ได้แก่ การเป็นพ่อ/แม่ การเป็นสามี/ภรรยา (Saltus & Folkes, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ พะยอม ถิ่นอ่อน (2551) ศึกษาวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีฐานรากในการอธิบายความสัมพันธ์ของการรับรู้บทบาทการเป็นพ่อเป็นแม่กับการคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และยังคงรับรู้บทบาทการเป็นพ่อ/แม่สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีได้เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่ผ่านมา ได้แก่ การให้ความรัก การดูแล การสั่งสอนอบรม การเป็นต้นแบบที่ดีต่อบุตรหลาน 2) ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเคารพและการยอมรับการตัดสินใจจากบุตรหลาน และผู้สูงอายุเชื่อในกฎแห่งกรรมที่ว่าหากปฏิบัติดีต่อบุตรหลาน ในบั้นปลายชีวิตบุตรหลานจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเช่นนั้น 3) การคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในบั้นปลายชีวิตโดยผู้สูงอายุเชื่อว่าในระยะสุดท้ายของชีวิตบุตรหลานจะกลับมาดูแล เอาใจใส่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

สังคมไทยมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องการเคารพตามวัย การเคารพตามอาวุโส การมีความกตัญญูกตเวที กล่าวคือ เกียรติและคุณค่าของผู้สูงอายุไม่สามารถลบหลู่หรือละเมิดได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2010) พบว่า การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความมนุษย์นั้นต้องให้การยอมรับในคุณค่าในตัวมนุษย์ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานะใด เพื่อให้มนุษย์มีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง มนุษย์ทุกคนล้วนมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ศักดิ์ศรีมีความสัมพันธ์กับหลักการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการเคารพ ความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงบทบาทที่สำคัญของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Baillie และคณะ (2009) พบว่า การเสริมพลังเพื่อปรับทัศนคติของผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะต่างๆของภาวะเจ็บป่วย เป้าหมายเพื่อรักษาเสถียรภาพของศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderberg และคณะ (2007) พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทที่สำคัญในครอบครัว และอาจเคยมีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม การเสริมพลังผู้สูงอายุให้สามารถตัดสินใจและควบคุมตนเองได้ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยให้ตั้งสติ ยอมรับในความเป็นจริง สามารถทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจ และรับรู้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้

1.4 ด้านการสื่อสาร

การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล ด้านการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยด้วยภาษาท้องถิ่นที่ชัดเจน เข้าใจง่าย (ดังแสดงในภาคผนวก ก) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล นอกจากการต้องเผชิญกับความไม่สบาย ความทุกข์ทรมานและสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในโรงพยาบาลแล้ว ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเร่งรีบของบุคลากรทางการแพทย์ การสื่อสารที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหวาดระแวงและวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรา แก่นยะกุล (2548) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ให้ความสำคัญในเรื่องของศักดิ์ศรีและคุณค่าของตนเองมากที่สุด นอกจากนี้การสื่อสารตามบริบทและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุถือเป็นการให้ความสำคัญต่อบุคคล คือ การพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยภาษาถิ่น ที่เข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์เฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabatino และคณะ (2014) พบว่า การให้ความสำคัญกับการฟังโดยการรับฟังอย่างตั้งใจรวมถึงการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

2.1 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กล่าวคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การขับถ่าย การอาบน้ำ การแต่งตัว เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะหากการเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นต่อเนื่องและยาวนาน เกิดภาวะทุพพลภาพ ภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลต่อความรู้สึกทุกข์ ความไม่สุขสบาย กระทบต่อการรับรู้การมีตัวตนของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Calnan และคณะ (2005) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงหรือถูกจำกัดเพื่อควบคุมทิศทางของภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดอิสระ ขาดการควบคุมและการตัดสินใจของตนเอง ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรี กล่าวคือ ยิ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น การพึ่งพิงผู้อื่นลดลง การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรมได้ทุกข้อ กิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ การขึ้นลงบันได คิดเป็น ร้อยละ 36.3 และการเคลื่อนที่ภายในตึก คิดเป็น ร้อยละ 27.4 (ดังแสดงในภาคผนวก ง) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยไม่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ศักดิ์ศรีได้ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Vehling และ Mehnert (2014) โดยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้ศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้ากับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ได้แก่ การต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษา Julie Clark (2010) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุคือ ภาวะพึ่งพิงผู้อื่นจากการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากขาดการควบคุมและการตัดสินใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lesley (2009) พบว่า ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลสัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในช่วงชีวิต การที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วย ทำให้

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ต้องได้รับการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การขับถ่าย การอาบน้ำ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในที่สุดจะสามารถทำลายการรับรู้ศักดิ์ศรีของตน

การศึกษาของ Hack และคณะ (2004) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีและวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov และคณะ (2008) ศึกษาปัจจัยคัดสรร เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ภาวะพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการรับรู้ศักดิ์ศรี คำนกับการศึกษาของ Brahm K. และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.2 ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กล่าวคือ ภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายกาย ความไม่สุขสบายใจ อาการอ่อนเพลียทั้งนี้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงขึ้นกับและประสบการณ์ของแต่ละผู้สูงอายุทั้งนี้หากผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆ จะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Matiti และ Trorey (2004) พบว่า ความทุกข์ทางร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson และ Chochinov (2008) พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายกาย ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การมีศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความทุกข์ทางร่างกายที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อาการ ได้แก่ ความไม่สุขสบายกาย ความไม่สุขสบายใจ และอาการอ่อนเพลีย (ดังแสดงในภาคผนวก ง) กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมทิศทางความเจ็บป่วยต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงต่างๆตามการเปลี่ยนแปลงตามระยะของภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายกาย ความไม่สบายใจ อาการอ่อนเพลีย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobi และ Macleod (2011) พบว่า เมื่อภาวะเจ็บป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมไม่ได้ต้องนอนพักรักษาตัวใน

โรงพยาบาล ภาวะเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางร่างกาย ความไม่สุขสบายทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Albers (2012) เปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยมีความก้าวหน้าของโรค เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการเจ็บปวด มีความสัมพันธ์เชิงลบต่อศักดิ์ศรีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

จากการศึกษาของ Chochinov และคณะ (2002) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของความทุกข์ทางร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยมีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลอยู่ในระดับต่ำ มีปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกาย ความไม่สุขสบายทั้งทางกายและทางจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall และคณะ (2014) ศึกษาปัจจัยของความทุกข์ทางร่างกายที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองกับผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชรา พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์ในทางลบได้แก่ ความทุกข์ทางร่างกายและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง

จากการศึกษาของ Oechsle และคณะ (2014) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สึกเป็นภาระจากความทุกข์ทางร่างกาย และความทุกข์ทางจิตใจกับการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยความรู้สึกเป็นภาระ จากความรู้สึกทุกข์ทางร่างกาย เช่น อาการเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ อาการอ่อนเพลีย มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Albers และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในระยะประคับประคองในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความทุกข์ทั้งทางร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Vehling และ Mehnert (2014) โดยศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการรับรู้ศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะนอนไม่หลับ ความรู้สึกหมดพลังงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

2.3 ความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กล่าวคือ ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ส่งผลกระทบทางลบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Oechsle (2014) ศึกษาความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้สึกเป็นภาระและการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยที่เผชิญกับวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านภาวะซึมเศร้า (ดังแสดงในภาคผนวก ง) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov และคณะ (2002) ศึกษาศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การมีศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 46 การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของตนเองในระดับสูง จะไม่รู้สึกสิ้นหวังสามารถปรับตัวและเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hack และคณะ (2004) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีและวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 46 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวัง/การมีภาวะซึมเศร้า จากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นหลักฐานสนับสนุนในการจัดแนวทางเพื่อจัดการภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพของตนเอง

จากการศึกษาของ Chochinov และคณะ (2008) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ผลการศึกษา พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรี และสำหรับปัจจัยด้านสงบทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีความหมาย ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Albers และคณะ (2013) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความทุกข์ทั้งทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วย ส่งผลกระทบทางลบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีมากที่สุด

จากการศึกษาของ Van Gennip และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีในมุมมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Brahm K. และคณะ (2015) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่

เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สภาวะสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2.4 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนอกจากการสนับสนุนทางสังคมยังรวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ความเข้าใจส่วนบุคคล เกิดการรับรู้คุณค่าของตนเอง ส่งผลต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jacobson (2007) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นประสบการณ์ การรับรู้จากการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์สัมพันธ์กับศักดิ์ศรี ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือลดทอนศักดิ์ศรีลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Matiti (2002) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งตนได้

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว (ดังแสดงในภาคผนวก ง) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2006) ศึกษาผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความเชื่อมโยงของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตน ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จากสมาชิกในครอบครัว และจากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถส่งเสริมและคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Bridges และคณะ (2010) ศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในโรงพยาบาล พบว่า ประสบการณ์ที่ดีและไม่ดีของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับมุมมองในการดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะรู้สึกด้อยคุณค่า หวาดกลัวหรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นผู้สูงอายุแบบเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาของ Ulrika Ostlund และคณะ (2012) ศึกษาการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบประคับประคอง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะเจ็บป่วย ทั้งที่เป็นพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะคุกคาม

จากโรค ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้การมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยทั้งสิ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรี ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และจากเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Oosterveld-Vlug และคณะ (2014) ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีตามมุมมองของผู้สูงอายุในสถานดูแลผู้สูงอายุ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขของภาวะเจ็บป่วย (Illness-related conditions) เป็นปัจจัยที่คุกคามและส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทักษะคิดของพยาบาลที่ไม่ตระหนักและรับรู้ถึงศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ การทำหัตถการโดยขาดการเคารพ (Being treated with respect) การไม่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม (Social support) รวมถึงการไม่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดการปัญหาตามความสามารถของตนเอง

3. การศึกษาสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ผลการศึกษาสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธีแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ในการสร้างสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกาย โดยสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของศักดิ์ศรีได้ร้อยละ 38.1 เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทางร่างกายสามารถร่วมกันทำนายศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Philipp R. และคณะ (2016) ศึกษาปัจจัยทำนายต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วยขณะที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อวิเคราะห์ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลมีประสบการณ์ในการสูญเสียการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด ร้อยละ 18 การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับความทุกข์ทางร่างกายสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยจะรู้สึกเป็นภาระ ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและรู้สึกไม่สบายใจจากการเผชิญกับความทุกข์ทางร่างกายจากอาการต่างๆ ดังนั้น การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ทั้งด้านการเงิน การดูแล การให้ข้อมูล รวมถึงไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกขาดเอกสิทธิ์และความรู้สึกไม่ปลอดภัยจึงกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov (2006) ศึกษาปัจจัยทำนายศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่รับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลซ้ำโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อวิเคราะห์

ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ หรือความไม่สุขสบาย หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน ด้วยความเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือ การส่งเสริมและเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจในการดูแลรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการรับรู้การมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Social institute for excellence (2010) พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ อาการเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ซึ่งการยอมรับผู้สูงอายุว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่แยกแยะว่าเป็นแค่กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งด้อยศักยภาพ มีการสนับสนุนทางสังคมโดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและมีการปฏิสัมพันธ์ต่อบุคคลอื่นเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของ Chochinov และคณะ (2011) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การให้การช่วยเหลือ การเสริมพลังโดยสมาชิกในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ในขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทางร่างกายและจิตใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยรับรู้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Avestan และคณะ (2015) พบว่าตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกายสามารถทำนายศักดิ์ศรีในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทางร่างกายจะมีความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นภาระแก่บุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญที่สุดในการคงไว้ซึ่งการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลขณะที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญ โดยให้การดูแลรักษาเฉพาะบุคคลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้คุณค่าและศักดิ์ศรีของตน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านผู้บริหารทางการแพทย์

1.1 จากสมการพยากรณ์ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกาย สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของศักดิ์ศรีได้ ร้อยละ 38 โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ผู้บริหารจึงควรอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลโดยการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และเพื่อน ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการประเมินความทุกข์ทางร่างกายรวมถึงการจัดการกับความทุกข์ทางร่างกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลสามารถรับรู้ได้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้านการประเมินการสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์ทางร่างกายของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เพื่อนำมาจัดเป็นกลวิธีการส่งเสริมศักดิ์ศรีที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยแต่ละราย

2.2 การวางแผนและการปฏิบัติทางการพยาบาล ควรเน้นการให้การดูแลรักษาที่อยู่ภายใต้ การเคารพ การให้เอกสิทธิ์ การเสริมพลังอำนาจแห่งตน และการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

3.1 การนำองค์ความรู้จากการศึกษาไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับการเคารพศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ

3.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ หรือสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่และเพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุอื่น ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่พักในสถานบริบาลผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาปัจจัยและความแตกต่างของการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยศึกษาในมิติความลึก/เชิงบริบท ซึ่งมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข, ส. ก. (2549). การสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. จิตติมา ธีรญาบาล. (2547). การปฏิบัติของพยาบาลตามหลักจริยธรรมในการเคารพเอกลัทธิของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรา แก่นยะกุล. (2548). พฤติกรรมการดูแลของพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุไทยพุทธที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยู แอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ยูเซียน ครีเอชัน: กรุงเทพฯ.
- มะเร็งระยะแพร่กระจายและการดูแลแบบประคับประคอง. รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา. Retrieved from <http://www.chulacancer.net/faq-list-page.php?id=334>
- วนิดา มงคลสินธุ์. (2557). เจตคติและจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ. Retrieved from <http://www.kcn.ac.th/download/doc/20140807.pdf>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2010). การขับเคลื่อนระบบบริการอย่างบูรณาการเพื่อสิทธิและสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับชุมชน. Retrieved from <http://ppvoice.thainhf.org/?module=article&page=detail&id=841>.
- สภาการพยาบาล. (2545). ข้อบังคับ/ประกาศสภาการพยาบาล. Retrieved from <http://www.tnc.or.th/content/content-427.html>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). สถิติประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศและเขตการปกครอง. Retrieved from http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552. Retrieved from <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report1.php>.

- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. Retrieved from http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation53-TH.pdf.
- อมรา ศรีสุชาติ. (2544). สายรากภาคใต้: ภูมิลักษณะ รูปลักษณะ จิตลักษณะ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อุไร หัตถกิจ. (2544). โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนภาคใต้.

ภาษาอังกฤษ

- Albers, G., Pasman, H. R., Deliens, L., de Vet, H. C., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *J Pain Symptom Manage*, 45(6), 1030-1038.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.06.012
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 59(6), 635-643.
doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04375.x
- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 59(6), 635-643.
- Andersson, M., Hallberg, I. R., & Edberg, A. K. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 45(6), 818-828.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003
- Bagheri, H., Yaghmaei, F., Ashktorab, T., & Zayeri, F. (2012). Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nurs Ethics*, 19(3), 316-327.
doi:10.1177/0969733011425970
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*, 46(1), 23-37.
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. *Int J Nurs Stud*, 46(1), 23-36. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003

- Boyd, C. M., Boulton, C., Shadmi, E., Leff, B., Brager, R., Dunbar, L., . . . Wegener, S. (2007). Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist, 47*(5), 697-704.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *Int J Nurs Stud, 47*(1), 89-107. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Brown, H., Johnston, B., & Ostlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *Br J Community Nurs, 16*(5), 238-245. doi:10.12968/bjcn.2011.16.5.238
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care, 7*(2), 6-9.
- Buchini, S., Quattrin, R., & Zampieron, A. (2014). Valuing dignity in patients in a vegetative state on an intensive rehabilitation ward: improvement project. *J Nurs Manag, 22*(2), 140-150. doi:10.1111/jonm.12004
- Burkhardt, M., & Nathaniel, A. (2013). *Ethics and issues in contemporary nursing*: Cengage Learning.
- Calnan, M., Woolhead, G., Dieppe, P., & Tadd, W. (2005). Views on dignity in providing health care for older people. *Nurs Times, 101*(33), 38-41.
- Carter, H., MacLeod, R., Brander, P., & McPherson, K. (2004). Living with a terminal illness: patients' priorities. *J Adv Nurs, 45*(6), 611-620.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Helping People To Live Long and Productive Lives and Enjoy a Good Quality Of Life. Retrieved from <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/aging.htm>.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *Jama, 287*(17), 2253-2260.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet, 360*(9350), 2026-2030. doi:10.1016/s0140-6736(02)12022-8

- Chochinov, H. M., Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social science & medicine*, 54(3), 433-443.
- Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., . . . Murray, A. (2008). The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 36(6), 559-571. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S., & Harlos, M. (2006). Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med*, 9(3), 666-672. doi:10.1089/jpm.2006.9.666
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Breitbart, W., McClement, S., Hack, T. F., Hassard, T., & Harlos, M. (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*, 12(8), 753-762. doi:10.1016/s1470-2045(11)70153-x
- Christman, J. (2008). Autonomy in moral and political philosophy. *Stanford encyclopedia of philosophy*.
- Clark, J. (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nurs Times*, 106(20), 16-19.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Academic press.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. *Research and theory for nursing practice*, 5(3), 155-174. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/rtnp/1991/00000005/00000003/art00002>
- Doorenbos, A. Z., Wilson, S. A., Coenen, A., & Borse, N. N. (2006). Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *Int Nurs Rev*, 53(1), 28-33. doi:10.1111/j.1466-7657.2006.00458.x
- Downing, A., & Wilson, R. (2005). Older people's use of Accident and Emergency services. *Age Ageing*, 34(1), 24-30. doi:10.1093/ageing/afh214

- Edge, R. S., & Groves, J. R. (1999). *Ethics of Health Care: A Guide for Clinical Practice*: Delmar Publishers.
- Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I., & Lindstrom, U. A. (2013). Concept determination of human dignity. *Nurs Ethics, 20*(8), 851-860. doi:10.1177/0969733013487193
- Enes, S. P. (2003). An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med, 17*(3), 263-269.
- Enes, S. P. D. (2003). An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med, 17*(3), 263-269.
- Executive, T. H. S. (2008). Chronic Illness Framework. Retrieved from http://www.hse.ie/eng/About/Who/Population_Health/Population_Health_Approach/Population_Health_Chronic_illness_Framework_July_2008.pdf.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods, 41*(4), 1149-1160. doi:10.3758/brm.41.4.1149
- Fenton, E., & Mitchell, T. (2002). Growing old with dignity: a concept analysis. *Nurs Older People, 14*(4), 19-21. doi:10.7748/nop2002.06.14.4.19.c2212
- Ferri, P., Muzzalupo, J., & Di Lorenzo, R. (2015). Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res, 15*, 41. doi:10.1186/s12913-015-0704-8
- Franklin, L. L., Ternstedt, B. M., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nurs Ethics, 13*(2), 130-146.
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity--two key health professional values: implications for nursing practice. *Nurs Ethics, 11*(6), 587-599.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people--a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing, 7*(1), 11.
- Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: a foundational ethical framework. *Nurs Ethics, 20*(2), 142-149. doi:10.1177/0969733012473772

- Gibson, B. E., Secker, B., Rolfe, D., Wagner, F., Parke, B., & Mistry, B. (2012). Disability and dignity-enabling home environments. *Soc Sci Med*, *74*(2), 211-219. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.006
- Gingerich, B. S. (2005). Caring for Older Adults Holistically. *Home Health Care Management & Practice*, *17*(5), 426-428.
- Griffin-Heslin, V. L. (2005). An analysis of the concept dignity. *Accid Emerg Nurs*, *13*(4), 251-257. doi:10.1016/j.aaen.2005.09.003
- Guo, Q., & Jacelon, C. S. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliat Med*, *28*(7), 931-940. doi:10.1177/0269216314528399
- Gustafsson, L. K., Wigerblad, A., & Lindwall, L. (2013). Undignified care: Violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nurs Ethics*. doi:10.1177/0969733013490592
- Gustafsson, L. K., Wigerblad, A., & Lindwall, L. (2014). Undignified care: violation of patient dignity in involuntary psychiatric hospital care from a nurse's perspective. *Nurs Ethics*, *21*(2), 176-186. doi:10.1177/0969733013490592
- Hack, T. F., Chochinov, H. M., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2004). Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psychooncology*, *13*(10), 700-708. doi:10.1002/pon.786
- Haddock, J. (1996). Towards further clarification of the concept 'dignity'. *J Adv Nurs*, *24*(5), 924-931. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Hall, S., Davies, J. M., Gao, W., & Higginson, I. J. (2014). Patterns of dignity-related distress at the end of life: a cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliat Med*, *28*(9), 1118-1127. doi:10.1177/0269216314533740
- Hall, S., Goddard, C., Speck, P. W., Martin, P., & Higginson, I. J. (2013). "It makes you feel that somebody is out there caring": a qualitative study of intervention and control participants' perceptions of the benefits of taking part in an evaluation of dignity therapy for people with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*, *45*(4), 712-725. doi:10.1016/j.jpainsymman.2012.03.009
- Hanratty, B., Holmes, L., Lawson, E., Grande, G., Addington-Hall, J., Payne, S., & Seymour, J. (2012). Older adults' experiences of transitions between care

- settings at the end of life in England: a qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage*, 44(1), 74-83. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.08.006
- Høy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. (2007). The elderly patient's dignity. The core value of health. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(3), 160-168.
- Hyman, R. B., & Corbin, J. M. (2001). *Chronic Illness: Research and Theory for Nursing Practice*: Springer Publishing Company.
- Jacelon, C. S. (2003). The dignity of elders in an acute care hospital. *Qual Health Res*, 13(4), 543-556.
- Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., Proulx, K., & Vo, T. (2004). A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of advanced nursing*, 48(1), 76-83. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03170.x/abstract>
- Jacelon, C. S., Connelly, T. W., Brown, R., Proulx, K., & Vo, T. (2004). A concept analysis of dignity for older adults. *J Adv Nurs*, 48(1), 76-83. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03170.x
- Jacobi, S., & MacLeod, R. (2011). Making sense of chronic illness--a therapeutic approach. *J Prim Health Care*, 3(2), 136-141.
- Jacobi, S., & MacLeod, R. (2011). Making sense of chronic illness—a therapeutic approach. *No one has ever witnessed shaking to cause the collapse of a well baby.*, 136.
- Jacobson, N. (2007). Dignity and health: a review. *Soc Sci Med*, 64(2), 292-302. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.039
- Kabel, A., & Roberts, D. (2003). Professionals' perceptions of maintaining personhood in hospice care. *Int J Palliat Nurs*, 9(7), 283-289. doi:10.12968/ijpn.2003.9.7.11517
- Lin, Y. P., Watson, R., & Tsai, Y. F. (2013). Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. *Nurs Ethics*, 20(2), 168-177. doi:10.1177/0969733012458609
- Lubkin, I. M., & Larsen, P. D. (2002). *Chronic Illness: Impact and Interventions*: Jones and Bartlett.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). *Functional Evaluation, the Barthel Index: A Simple Index of Independence Useful in Scoring Improvement in the Rehabilitation of the Chronically Ill*.
- Mairis, E. D. (1994). Concept clarification in professional practice--dignity. *J Adv Nurs*, 19(5), 947-953.
- Manookian, A., Cheraghi, M. A., & Nasrabadi, A. N. (2014). Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics*, 21(3), 323-334.
doi:10.1177/0969733013498526
- Matiti, M. R., & Baillie, L. (2011). *Dignity in Healthcare: A Practical Approach for Nurses and Midwives*: Radcliffe Pub.
- Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *Int J Nurs Stud*, 41(7), 735-744.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.02.008
- Medicine, U. S. N. L. o. (2014). Acute vs. chronic conditions. Retrieved from <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/18126.htm>
- Moe, A., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2012a). Daily life for chronically ill oldest old persons. 2012, 2(1). doi:10.4081/nursrep.2012.e8
- Moe, A., Enmarker, I., & Hellzén, O. (2012b). Daily life for chronically ill oldest old persons. *Nursing Reports*, 2(1), e8.
- Nilchaikovit, T., Lotrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. *J Psychiatr Assoc Thai*, 41(1), 18-30.
- Nordenfelt, L. (2009a). The Concept of Dignity *Dignity in Care for Older People* (pp. 26-53): Wiley-Blackwell.
- Nordenfelt, L. (2009b). Health, Autonomy and Quality of Life: Some Basic Concepts in the Theory of Health Care and the Care of Older People *Dignity in Care for Older People* (pp. 1-25): Wiley-Blackwell.
- Oechsle, K., Wais, M. C., Vehling, S., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2014). Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 48(3), 313-321.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.10.022

- Ohlen, J. (2004). Violation of dignity in care-related situations. *Res Theory Nurs Pract*, 18(4), 371-385.
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *J Adv Nurs*, 70(1), 97-106. doi:10.1111/jan.12171
- Organization, W. H. (1948). WHO definition of Health. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Organization, W. H. (1995). WHOQOL Measuring Quality of Life. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Organization, W. H. (2002). Innovative Care for Chronic Conditions : Building Blocks for Action. Retrieved from http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
- Ostlund, U., Brown, H., & Johnston, B. (2012). Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. *Eur J Oncol Nurs*, 16(4), 353-367. doi:10.1016/j.ejon.2011.07.010
- Oxford-dictionary. (2014). Definition of Health. Retrieved from <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/health>.
- Payom Thin-Uan, Thaworn Lorga, & Kason Maneewan. (2008). Maintaining "Dignity in Later Life." A Grounded Theory Explaining How Dependent Thai Older Parents Maintain Their Status in The Family. *International Conference "Health and the Changing World"*(November), 11-13.
- Philipp, R., Mehnert, A., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krull, A., & Vehling, S. (2016). Detrimental social interactions predict loss of dignity among patients with cancer. *Support Care Cancer*. doi:10.1007/s00520-016-3090-9
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age Ageing*, 36(2), 197-202. doi:10.1093/ageing/afl152
- Rasmussen, T. S., & Delmar, C. (2014). Dignity as an empirical lifeworld construction-in the field of surgery in Denmark. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9, 24849. doi:10.3402/qhw.v9.24849

- Rehnsfeldt, A., Lindwall, L., Lohne, V., Lillesto, B., Slettebo, A., Heggestad, A. K., . . . Naden, D. (2014). The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives. *Nurs Ethics*, *21*(5), 507-517. doi:10.1177/0969733013511358
- Roger Jones, P. W., David Armstrong, Mark Ashworth, Marilyn Peters. (2010). Managing acute illness.
- Sabatino, L., Stievano, A., Rocco, G., Kallio, H., Pietila, A. M., & Kangasniemi, M. K. (2014a). The dignity of the nursing profession: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*. doi:10.1177/0969733013513215
- Sabatino, L., Stievano, A., Rocco, G., Kallio, H., Pietila, A. M., & Kangasniemi, M. K. (2014b). The dignity of the nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*, *21*(6), 659-672. doi:10.1177/0969733013513215
- Saltus, R., & Folkes, E. (2013). Understanding dignity and care: an exploratory qualitative study on the views of older people of African and African-Caribbean descent. *Quality in Ageing and Older Adults*, *14*(1), 36-46. doi:doi:10.1108/14717791311311094
- Seedhouse, D., & Gallagher, A. (2002). Undignifying institutions. *J Med Ethics*, *28*(6), 368-372.
- Skorpen, F., Thorsen, A. A., Forsberg, C., & Rehnsfeldt, A. W. (2014). Suffering related to dignity among patients at a psychiatric hospital. *Nurs Ethics*, *21*(2), 148-162. doi:10.1177/0969733013493216
- Solomon, B. K., Wilson, K. G., Henderson, P. R., Poulin, P. A., Kowal, J., & McKim, D. A. (2015). Loss of Dignity in Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symptom Manage*. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.11.007
- Stievano, A., Rocco, G., Sabatino, L., & Alvaro, R. (2013). Dignity in Professional Nursing: Guaranteeing Better Patient Care. *Journal of Radiology Nursing*, *32*(3), 120-123. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1546084313000424?showall=true>
- Tadd, W. (2005). Editorial - Dignity and older Europeans. *Quality in Ageing and Older Adults*, *6*(2), 2-3. doi:doi:10.1108/14717794200500008

- Tadd, W., & Calnan, M. (2009). Caring for Older People: Why Dignity Matters – the European Experience *Dignity in Care for Older People* (pp. 119-145): Wiley-Blackwell.
- Tadd, W., Vanlaere, L., & Gastmans, C. (2010). Clarifying the concept of human dignity in the care of the elderly: a dialogue between empirical and philosophical approaches. *Ethical Perspectives*, 17(1), 259-287.
- The Royal Australian College of General Practitioners. (2011). Acute serious illness and trauma. Retrieved from <http://curriculum.racgp.org.au/statements/acute-serious-illness-and-trauma/>
- Thompson, G. N., & Chochinov, H. M. (2008). Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Current opinion in supportive and palliative care*, 2(1), 49-53.
- Thompson, G. N., & Chochinov, H. M. (2010). Reducing the potential for suffering in older adults with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 8(1), 83-93. doi:10.1017/s1478951509990745
- UNESCO. (1993). Quality OF LIFE IMPROVEMENT PROGRAMMES. Retrieved from http://www.unesco.org/education/pdf/413_48d.pdf.
- van Gennip, I. E., Pasman, H. R., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud*, 50(8), 1080-1089. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.12.014
- van Gennip, I. E., Pasman, H. R., Oosterveld-Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2015). Dynamics in the sense of dignity over the course of illness: A longitudinal study into the perspectives of seriously ill patients. *Int J Nurs Stud*, 52(11), 1694-1704. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.010
- Vehling, S., & Mehnert, A. (2014). Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psychooncology*, 23(3), 283-290. doi:10.1002/pon.3417
- Vlug, M. G., de Vet, H. C., Pasman, H. R., Rurup, M. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). The development of an instrument to measure factors that influence

self-perceived dignity. *J Palliat Med*, 14(5), 578-586.

doi:10.1089/jpm.2010.0513

Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract*, 8(3), 143-151.

Webster, C., & Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of clinical nursing*, 18(2), 1784-1792.

Webster, C., & Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of clinical nursing*, 18(12), 1784-1792.

Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2269-2276.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67(6), 361-370.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S., & Berkoff, K. A. (1990).

Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 55(3-4), 610-617. doi:10.1080/00223891.1990.9674095



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์ | อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.ประคอง อินทรสมบัติ | อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ |
| 3. นายแพทย์กัศักดิ์ กุ้เกียรติกุล | อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ |
| 4. ดร.อรวิลาสินี สจ๊วต | พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) |
| 5. นายประยงค์ รณรงค์ | ประธานศูนย์ศึกษาและพัฒนาชุมชนไม้เรียง |



ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือรับรองการขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย
และหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. ประคอง อินทรสมบัติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายประยงค์ ธรรงค์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาเดิม (นายแพทย์ กู้ศักดิ์ กู้เกียรติกุล)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรัญญา ผาติวิธานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางสาววรัญญา ผาติวิธานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. อรวีลาสินี สจีวิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. อรวีลาสินี สจีวิต

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130


อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

หนังสือรับรองการขอพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย

	บันทึกข้อความ	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">แผนกสาธารณสุข</td></tr> <tr><td>เลขที่หนังสือรับ..... 2159</td></tr> <tr><td>ว.ค.ป. 29688</td></tr> <tr><td>เวลา 18.59 น.</td></tr> </table>	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	แผนกสาธารณสุข	เลขที่หนังสือรับ..... 2159	ว.ค.ป. 29688	เวลา 18.59 น.
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย							
แผนกสาธารณสุข							
เลขที่หนังสือรับ..... 2159							
ว.ค.ป. 29688							
เวลา 18.59 น.							
ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147	วันที่ จว 494/58	วันที่ 30 มิถุนายน 2558					
เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย							
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์							
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา							
<p>ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้</p> <p>โครงการวิจัยที่ 076.1/58 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (FACTORS RELATED TO DIGNITY OF HOSPITALIZED OLDER PERSONS, SOUTHERN REGION) ของ นางสาวลาวัลย์ ศาติวิกิรานต์</p> <p>จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ</p>							
<p><i>ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์</i> (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>							

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 126/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 076.1/58 : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวลาวัลย์ ศาติวิกรานต์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*ศาสตราจารย์ ดร. นพ. วิชาญ ปิยะชาติ*.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชาญ ปิยะชาติ)
ประธาน

ลงนาม.....*ดร. นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์*.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทิร ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 26 มิถุนายน 2558

วันหมดอายุ : 25 มิถุนายน 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย เลขที่โครงการวิจัย..... 076.1/58
- 4) แบบสอบถาม วันที่รับรอง..... 26 มิ.ย. 2558
วันหมดอายุ..... 25 มิ.ย. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการพิจารณาจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวใน
โรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวลาวัณย์ ศาตวิกรานต์

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลอ่าวลึก

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 075-619109 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 089-7366039 E-mail : a_nest_ha@hotmail.com



เลขที่โครงการวิจัย 076-1/58

ปีที่รับรอง 26 ก.ย. 2558

วันหมดอายุ 25 ธ.ย. 2559

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยเป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3.1 ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

3.2 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการทำวิจัยทั้งสิ้น 215คน คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคใต้ ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยขอสัมภาษณ์ท่านโดยการใช้แบบสอบถามเป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มี ความเสี่ยงหรืออันตรายต่อตัวท่าน ซึ่งได้รับการอนุมัติโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายวิจัย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลตะกั่ว ป่า โรงพยาบาลปะเหลียน โรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลทับปุด โรงพยาบาลรือเสาะ และ โรงพยาบาล ปากพั้ง การขอข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการ ทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามอาการทางร่างกาย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ใช้ เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์

5. การเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยการเสียเวลาให้ หากท่านมีอาการเปลี่ยนแปลง ระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านจะได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์

AF 04-07

6. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย คือ ท่านอาจรู้สึกอึดอัดกับบางคำถาม หรืออาจรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถามและอาจขาดความเป็นส่วนตัวในขณะที่ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามเหล่านี้ได้

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามของท่าน ถือว่าเป็นความสำคัญยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรี

8. การเข้าร่วม โครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตาม ความสมัครใจท่านสามารถถอนตัวจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่านและแม้ว่าท่านจะปฏิเสธการเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจรักษาและได้รับการบริการเช่นเดิม

9. จะมีการขออุทธรณ์โดยได้รับอนุญาตแล้ว การตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อชื่อและที่อยู่ของท่าน จะรวบรวมในลักษณะภาพรวม ซึ่งไม่มีส่วนใดในการรายงานจะนำไปสู่การระบุตัว

10. หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิของท่าน โปรดสอบถามและติดต่อได้ที่ นางสาวลาวัณย์ ชาติวิกรานต์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7366039

“หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10730 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



เลขที่โครงการวิจัย..... 076-1/58
วันที่รับรอง..... 26 ส.ย. 2558
วันหมดอายุ..... 25 ส.ย. 2559

AF 05-07

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวใน
โรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวลาวัลย์ ศาติวิกรานต์

ที่อยู่ติดต่อ 257/2 ม.2 ต.อ่าวลึกใต้ อ.อ่าวลึก จ.กระบี่ 81110 โทรศัพท์มือถือ 089-7366039

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงสิ่งที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องทำ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย จำนวนรวม 72 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 30-45 นาที จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนกลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:cccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย..... 076.1/58

วันที่รับรอง..... 26 ส.ย. 2558

วันหมดอายุ..... 25 ส.ย. 2559



AF 05-07

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก



ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย..... 076-1/58..... ลงชื่อ.....

วันที่รับรอง..... 26 ส.ย. 2558..... (.....)

วันหมดอายุ..... 25 ส.ย. 2559..... พยาน


THE ETHICS COMMITTEE OF HATYAI HOSPITAL

HATYAI HOSPITAL 182 , HATYAI, SONGKHLA 90110 THAILAND

 DOCUMENTARY PROOF OF ETHICAL CLEARANCE COMMITTEE ON HUMAN RIGHTS
 RELATED TO RESEARCHES INVOLVING HUMAN SUBJECTS

ID1	48
Date	11/08/58
Title of project	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (Factors Related to Dignity of Hospitalized Older persons, Southern Region)
Protocol number	48/58
Principal investigator	นางสาวลารัญญ์ ผาติวิกรานต์
Office address	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Document review 1	Proposal
Document review 2	question nair

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committe human rights related to researches involving human subjects, based on the declaration of Helsinki

Signature of Chairman *Pairoj Boonluksiri*

Pairoj Boonluksiri

Signature of Committee *Benthira*

Benthira Rachatapantanakorn



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
ในเขตภาคใต้

ผู้วิจัยหลัก คือ นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ ๑๘ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ลงชื่อ

(นายตามर्थ มุกตมณี)

นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายอดิเกียรติ เอี่ยมวรรณรัตน์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ ๒๙/๒๕๕๘

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี ๘๔๐๐๐
โทร. (๐๗๗) ๙๑๕๖๐๐ ต่อ ๑๔๐๐ , โทรสาร (๐๗๗) ๙๑๕๖๔๒



ที่ ศธ 0512.11/๑๒๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากนั้ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววณิช ชาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววณิช ชาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววณิช ชาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/1095



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรือเสาะ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039



ที่ ศร 0512.11/1095

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทับปุด

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	หัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
ชื่อหนังสือ	นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039



ที่ ศธ 0512.11/1025

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๕ กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชาพนม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ข้อนี้สิด

นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/ 1025



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 5 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/1025



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตะกั่วป่า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววันฉวี ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 28 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววันฉวี ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางวงษ์)
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นางสาววันฉวี ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/1025



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 28 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อหนังสือ

นางสาวลวัญย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/๑๒5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววณีย์ ผาติวิกรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 28 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววณีย์ ผาติวิกรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาววณีย์ ผาติวิกรานต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/๒๒5



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้ นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกิรนต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 28 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกิรนต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกิรนต์ โทร. 08-9736-6039

ที่ ศธ 0512.11/ 1095



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 กรกฎาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววณีย์ ผาติวิกิรานต์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับ หรือ มากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำนวน 53 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามอาการทางร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และแบบประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววณีย์ ผาติวิกิรานต์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปริชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

นางสาววณีย์ ผาติวิกิรานต์ โทร. 08-9736-6039



เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบสอบถาม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ในเขตภาคใต้
2. ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามจะนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวมเท่านั้น
3. ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถือว่าเป็นความลับและไม่มีผลใดๆต่อการรักษา ฉะนั้น

ขอให้ตอบตามความจริง

รายละเอียดของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วย

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลาวัณย์ ผาติวิกรานต์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านและเติมคำในช่องว่างที่กำหนดไว้

1. เพศ [] หญิง [] ชาย
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. ปัจจุบันท่านนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแห่งนี้มาแล้ว.....วัน



ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของ
ท่านที่ปฏิบัติได้จริงในระยะ 24-48 ชั่วโมง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหน้าข้อความที่เป็นจริง

1. การรับประทานอาหาร(รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือ ตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา
 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือ ลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือ ต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง
4. การใช้ห้องน้ำ
 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือตึกผู้ป่วย

- 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0. ไม่สามารถทำได้
- 1. ต้องการคนช่วย
- 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

- 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั่นการขับถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2. กลั่นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย
ขณะที่นอนในโรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะที่พักรักษาตัวใน
โรงพยาบาลมากที่สุดโดยแบ่งคำถามออกเป็น 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมดเป็นข้อความสำหรับ
อาการวิตกกังวล และข้อคี่ทั้งหมดเป็นข้อความสำหรับภาวะซึมเศร้า

ข้อความคำถาม

1. ฉันรู้สึกตึงเครียด

- () เป็นส่วนใหญ่
- () บ่อยครั้ง
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่เป็นเลย

2. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้

- () เหมือนเดิม
- () ไม่มากเท่าแต่ก่อน
- () มีเพียงเล็กน้อย
- () เกือบไม่มีเลย

3. ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น

- () มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย
- () มี แต่ไม่มากนัก
- () มีเพียงเล็กน้อยและไม่ทำให้กังวลใจ
- () ไม่มีเลย

4. ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้

- () เหมือนเดิม
- () ไม่มากนัก
- () มีน้อย
- () ไม่มีเลย

5. ฉันมีความคิดวิตกกังวล

- () เป็นส่วนใหญ่
- () บ่อยครั้ง
- () เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย
- () นานๆ ครั้ง

6. ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน

- () ไม่มีเลย
- () ไม่บ่อยนัก
- () เป็นบางครั้ง
- () เป็นส่วนใหญ่

7. ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย

- () ได้ดีมาก
- () ได้โดยทั่วไป
- () ไม่บ่อยนัก
- () ไม่ได้เลย

8. ฉันรู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้ำลงกว่าเดิม

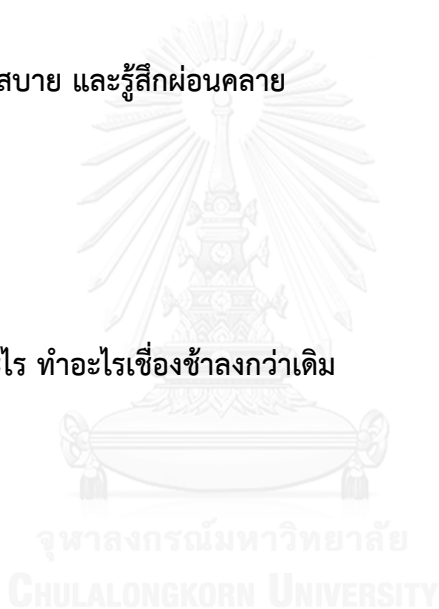
- () เกือบตลอดเวลา
- () บ่อยมาก
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่เป็นเลย

9. ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- () ไม่เป็นเลย
- () เป็นบางครั้ง
- () ค่อนข้างบ่อย
- () บ่อยมาก

10. ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

- () ใช่
- () ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร
- () ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน
- () ยังใส่ใจตนเองเหมือนเดิม



11. ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะอยู่นิ่งๆ ไม่ได้

- () เป็นมากทีเดียว
- () ค่อนข้างมาก
- () ไม่มากนัก
- () ไม่เป็นเลย

12. ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

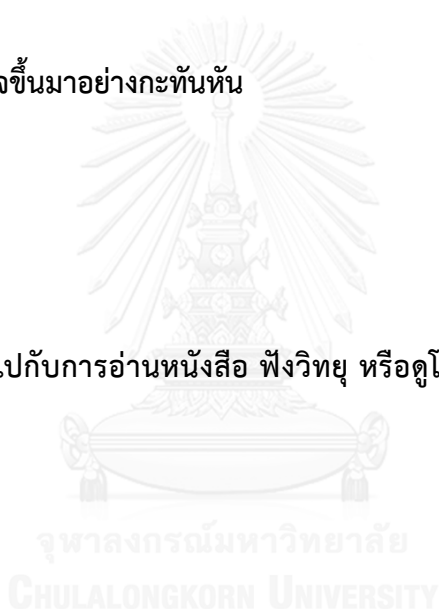
- () มากเท่าที่เคยเป็น
- () ค่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น
- () น้อยกว่าที่เคยเป็น
- () เกือบจะไม่มีเลย

13. ฉันรู้สึกพวาทหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- () บ่อยมาก
- () ค่อนข้างบ่อย
- () ไม่บ่อยนัก
- () ไม่มีเลย

14. ฉันรู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย
เพลิดเพลินได้

- () เป็นส่วนใหญ่
- () เป็นบางครั้ง
- () ไม่บ่อยนัก
- () น้อยมาก



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึกของท่าน						
	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างมาก
1. มีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอยู่รอบข้างท่าน เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ							
2. ขณะที่ท่านพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้							
3. สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานของท่านพยายามช่วยท่านจริงๆ							
4. ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากสามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานของท่านตามที่ท่านต้องการ							
5. ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ดูแลให้ท่านได้รับความสุขสบาย							

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึกของท่าน						
	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก	ไม่เห็น ด้วย	ค่อนข้าง ข้าง ไม่ เห็น ด้วย	เฉยๆ	ค่อนข้าง ข้าง เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง มาก
6. ขณะนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล เพื่อนของท่าน พยายามช่วยท่านจริงๆ							
7. ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อน ได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา							
8. ท่านสามารถเล่าปัญหาของ ท่านให้สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานฟังได้							
9. ท่านมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วม ทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้							
10. ขณะนอนพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ใส่ใจ ความรู้สึกของท่าน							
11. สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือ ลูกหลานของท่านเต็มใจที่จะช่วย ท่านในการตัดสินใจ							
12. ท่านสามารถเล่าปัญหาของ ท่านให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับการรับรู้ของท่านในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ของท่าน				
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
การเคารพ (Respect)					
1. บุคลากรทางการแพทย์ให้ความเคารพและทักทายท่านโดยการเรียกค่านำหน้าตามตำแหน่งเดิมในอดีตหรือเรียกตามลูกหลาน เช่น อาจารย์ คุณตา คุณยาย					
2. บุคคลอื่นให้ความเคารพการตัดสินใจของท่าน					
3. บุคลากรทางการแพทย์ระมัดระวังการเปิดเผยร่างกายของท่านขณะให้การดูแลรักษา เช่น ปิดม่านทุกครั้งที่มีการเปิดเผยร่างกายหรือขออนุญาตทุกครั้งก่อนเปิดเสื้อผ้าเพื่อทำการตรวจรักษา					
4. ท่านมั่นใจว่าบุคลากรทางการแพทย์ปกปิดข้อมูลความเจ็บป่วยของท่านเป็นความลับ					
5. ท่านมีสิ่งเคารพตามความเชื่อและศรัทธาส่วนบุคคล ได้แก่ การนับถือศาสนา					
6. บุคคลอื่นเคารพความเชื่อและศรัทธาที่ท่านมี ได้แก่ การนับถือศาสนา					
การมีเอกลิทธิ (Autonomy)					
7. ท่านได้รับทราบคำแนะนำเกี่ยวกับข้อระเบียบของโรงพยาบาล ความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาอย่างเข้าใจและลงชื่อยินยอมให้การรักษา					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ของท่าน				
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
8. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและเสนอ ทางเลือกกับบุคลากรทางการแพทย์ได้					
9. ท่านมีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาภาย หลังจากการได้รับข้อมูลทางการแพทย์					
10. การตัดสินใจของท่านเกี่ยวกับการดูแลรักษาเกิด จากการพิจารณาอย่างรอบคอบภายใต้คุณค่าและ ความเชื่อของตนเอง					
11. ท่านทราบถึงสิทธิของท่านขณะพักรักษาใน โรงพยาบาล					
12. บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจปัญหาพร้อมทั้ง ตอบสนองปัญหาได้ตรงตามความต้องการของท่าน และนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษา					
13) ท่านมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับ ร่างกายของตนเองโดยปราศจากการควบคุมและ แทรกแซงจากบุคคลอื่น					
การมีพลังอำนาจในตนเอง (Empowerment)					
14. ท่านรับรู้ถึงบทบาทสำคัญที่ยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การเป็นพ่อ/ แม่ การเป็นสามี/ภรรยา					
15. ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่สั่งสมมาสามารถทำ ประโยชน์ให้บุคคลอื่นและสังคมได้					
16. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง					
17. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า					
18. บุคลากรทางการแพทย์ดูแลท่านด้วยความสุภาพ อ่อนน้อม					
19. ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง					

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ของท่าน				
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
การสื่อสาร (Communication)					
20. บุคลากรทางการแพทย์สนใจพูดคุย ให้เวลาและรับฟังท่าน					
21. บุคลากรทางการแพทย์ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน					
22. ท่านรับรู้ข้อมูลและเข้าใจเหตุผลของการดูแลรักษา					
23. บุคลากรทางการแพทย์ดูแลท่านด้วยความเอาใจใส่ ทำให้ท่านรู้สึกสุขสบายและปลอดภัย					
24. บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยกับท่านด้วยภาษาท้องถิ่นที่ชัดเจน เข้าใจง่าย					
25. บุคลากรทางการแพทย์สัมผัสมือ แขน หรือส่วนหนึ่งส่วนใด เพื่อสื่อถึงความห่วงใยและเป็นกำลังใจให้แก่ท่าน					



ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 15 - 16

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ (n = 215) จำแนกตามรายด้าน

การรับรู้ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล รายด้าน	\bar{X}	SD	ระดับ
การเคารพ	3.61	1.16	ปานกลาง
การมีเอกสิทธิ์	3.43	1.12	ปานกลาง
การมีพลังอำนาจในตน	3.69	1.03	สูง
การสื่อสาร	3.60	1.17	ปานกลาง
รวม	3.58	1.12	ปานกลาง

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ

การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะ เจ็บป่วย	\bar{x}	SD	ระดับ
การเคารพ (Respect)			
1. บุคลากรทางการแพทย์ให้ความเคารพ และทักทายโดยการเรียกค่านำหน้าตาม ตำแหน่งเดิมในอดีต หรือเรียกตามลูกหลาน เช่น อาจารย์ คุณตา คุณยาย	3.75	1.22	สูง
2. บุคคลอื่นให้ความเคารพการตัดสินใจ	3.45	1.15	ปานกลาง
3. บุคลากรทางการแพทย์ระมัดระวังการ เปิดเผยร่างกายขณะให้การดูแลรักษา เช่น ปิดม่านทุกครั้งที่มีการเปิดเผยร่างกายหรือ ขออนุญาตทุกครั้งก่อนเปิดเสื้อผ้าเพื่อทำการ ตรวจรักษา	3.64	1.21	ปานกลาง
4. ความมั่นใจว่าบุคลากรทางการแพทย์ ปกปิดข้อมูลความเป็นผู้ป่วยของท่านเป็น ความลับ	3.52	1.17	ปานกลาง
5. ความมีสิ่งทีเคารพตามความเชื่อและ ศรัทธาส่วนบุคคล ได้แก่ การนับถือศาสนา	3.63	1.17	ปานกลาง
การมีเอกลิทธิ (Autonomy)			
6. บุคคลอื่นเคารพความเชื่อและศรัทธา ได้แก่ การนับถือศาสนา	3.70	1.09	สูง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตน	\bar{x}	SD	ระดับ
7. การได้รับทราบคำแนะนำเกี่ยวกับข้อ ระเบียบของโรงพยาบาล ความเสี่ยงและ ประโยชน์ของการรักษาอย่างเข้าใจและลงชื่อ ยินยอมให้การรักษา	3.51	1.22	ปานกลาง
8. การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและเสนอ ทางเลือกกับบุคลากรทางการแพทย์	3.32	1.12	ปานกลาง
9. การมีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาและเสนอทางเลือกกับบุคลากรทางการแพทย์ได้	3.25	1.08	ปานกลาง
10. มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเกิด จากการพิจารณาอย่างรอบคอบภายใต้ คุณค่าและความเชื่อของตนเอง	3.33	1.04	ปานกลาง
11. การทราบถึงสิทธิของท่านขณะพักรักษา ตัวในโรงพยาบาล	3.60	1.17	ปานกลาง
12. บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจปัญหา พร้อมทั้งตอบสนองปัญหาได้ตรงตามความ ต้องการและนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแล รักษา	3.57	1.17	ปานกลาง
13. การมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เกี่ยวกับร่างกายของตนเองโดยปราศจากการ ควบคุมและแทรกแซงจากบุคคลอื่น	3.44	1.08	ปานกลาง
การมีพลังอำนาจในตนเอง (Empowerment)			
14. การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญที่ยังเป็นอยู่ใน ปัจจุบัน เช่น การเป็นพ่อ/แม่ การเป็นสามี/ ภรรยา	3.85	1.09	สูง

ตารางที่ 16 (ต่อ)

การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตน	\bar{x}	SD	ระดับ
การสื่อสาร (Communication)			
15. ความรู้สึกว่าประสบการณ์ที่สั่งสมมา สามารถทำประโยชน์ให้บุคคลอื่นและสังคม ได้	3.73	1.03	สูง
16. ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	3.54	.97	ปานกลาง
17. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	3.69	1.01	สูง
18. บุคลากรทางการแพทย์ดูแลด้วยความ สุภาพอ่อนน้อม	3.65	1.09	ปานกลาง
19. ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง	3.70	1.03	สูง
20. บุคลากรทางการแพทย์สนใจพูดคุย ให้ เวลาและรับฟัง	3.50	1.19	ปานกลาง
21. บุคลากรทางการแพทย์ได้อธิบายข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน	3.61	1.20	ปานกลาง
23. บุคลากรทางการแพทย์ดูแลด้วยความ เอาใจใส่ทำให้ท่านรู้สึกสุขสบายและ ปลอดภัย	3.66	1.20	ปานกลาง
24. บุคลากรทางการแพทย์พูดคุยด้วยภาษา ท้องถิ่นที่ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.81	1.11	สูง
25. บุคลากรทางการแพทย์สัมผัสมือ แขน หรือส่วนหนึ่งส่วนใด เพื่อสื่อถึงความห่วงใย และเป็นกำลังใจ	3.54	1.17	ปานกลาง

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำแนกตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของ จำแนกตามรายชื่อ (n = 215)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ต้องมีคนป้อนให้	34	15.8
ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย	61	28.4
ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	120	55.8
2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด		
ต้องการความช่วยเหลือ	57	26.5
ทำเองได้	157	73.0
3. การลุกจากที่นอนไปเก้าอี้		
ไม่สามารถนั่งได้	30	14.0
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้	55	25.6
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง	49	22.8
ทำได้เอง	81	37.7
4. การใช้ห้องน้ำ		
ช่วยตัวเองไม่ได้	56	26.0
ทำเองได้บ้าง	75	34.9
ช่วยเองได้ดี	84	39.1
5. การเคลื่อนที่ภายในตึก		
เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	59	27.4
ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง	15	7.0
เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย	67	31.2
เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	74	34.4

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
6. การสวมเสื้อผ้า		
ต้องมีคนสวมใส่ให้	40	18.6
ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	69	32.1
ช่วยเหลือตัวเองได้ดี	106	49.3
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
ไม่สามารถทำได้	78	36.3
ต้องการคนช่วย	70	32.6
ขึ้นลงได้เอง	67	31.2
8. การอาบน้ำ		
ต้องมีคนช่วยหรือทำให้	91	42.3
อาบน้ำเองได้	124	57.7
9. การกลั้นอุจจาระ		
กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	32	14.9
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	69	32.1
กลั้นได้เป็นปกติ	114	53
10. การกลั้นปัสสาวะ		
กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแล	44	20.5
เองได้		
กลั้นไม่ได้บางครั้ง	59	27.4
กลั้นได้เป็นปกติ	112	52.1

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความทุกข์ทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการ
รักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกรายข้อ

อาการ	\bar{x}	SD	ระดับ
อาการเจ็บปวด	3.93	3.30	ปานกลาง
อาการอ่อนเพลีย	4.25	3.11	ปานกลาง
อาการคลื่นไส้	2.53	2.91	ต่ำ
อาการง่วงซึม	3.58	3.16	ปานกลาง
ความรู้สึกเบื่ออาหาร	3.98	3.29	ปานกลาง
อาการเหนื่อยหอบ	3.56	3.40	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่สบายกาย	4.89	3.33	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่สบายใจ	4.69	3.28	ปานกลาง
รวม	3.92	3.22	ปานกลาง

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการความทุกข์ทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในตารางที่ 19 - 20

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ ด้านความวิตกกังวล

ระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะวิตกกังวล	\bar{x}	SD	ระดับ
1. รู้สึกตึงเครียด	1.26	.80	ปานกลาง
2. ความรู้สึกกลัวคล้ายกับกำลังมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น	1.29	.88	ปานกลาง
3. ความวิตกกังวล	1.31	.87	ปานกลาง
4. สามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย	1.46	.87	ปานกลาง
5. รู้สึกไม่สบายใจจนทำให้ปั่นป่วนในท้อง	1.00	.85	ต่ำ
6. รู้สึกกระสับกระส่ายเหมือนกับจะอยู่นิ่งๆไม่ได้	1.11	.83	ปานกลาง
7. รู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน	1.18	.95	ปานกลาง

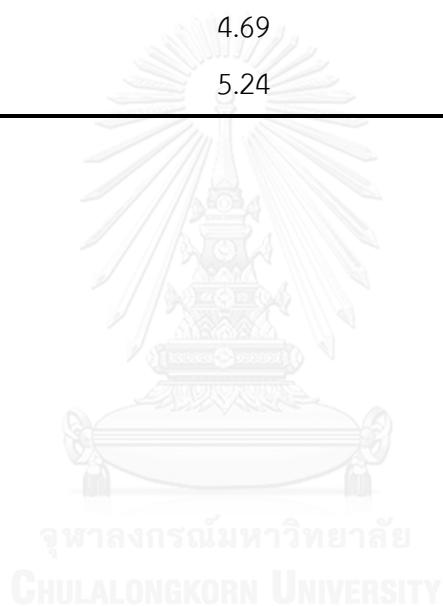
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความทุกข์ทางจิตใจของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ ด้านภาวะซึมเศร้า

ระดับความทุกข์ทางจิตใจ ด้านภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	SD	ระดับ
1. รู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆที่ฉันเคยชอบได้	1.41	.92	ปานกลาง
2. สามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันเรื่องต่างๆได้	1.27	.95	ปานกลาง
3. รู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	1.29	.99	ปานกลาง
4. รู้สึกว่าตัวเองคิดอะไร ทำอะไรเชิงซ้ำลงกว่าเดิม	1.46	.78	ปานกลาง
5. ปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่สนใจตนเอง	1.18	1.00	ปานกลาง
6. มองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ	1.68	.90	ปานกลาง
7. รู้สึกเพลิดเพลินไปกับการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์ หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคยเพลิดเพลินได้	1.66	1.04	ปานกลาง

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการ
รักษาตัวในโรงพยาบาลในตารางที่ 21 - 22

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่
มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการักษาตัวในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายด้าน

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านบุคลากรทางการแพทย์	5.27	1.42	สูง
ด้านครอบครัว	5.77	1.21	สูง
ด้านเพื่อน	4.69	1.57	ปานกลาง
รวม	5.24	1.57	สูง



ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (n = 215) จำแนกตามรายชื่อ

ด้าน	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านบุคลากรทางการแพทย์			
1. มีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอยู่รอบข้างท่าน เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ	5.49	1.46	สูง
2. ขณะที่ท่านพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับท่านได้	5.13	1.43	สูง
3. ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลดูแลให้ท่านได้รับความสุขสบาย	5.23	1.41	สูง
4. ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลใส่ใจความรู้สึกของท่าน	5.23	1.40	สูง
ด้านครอบครัว			
5. สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานของท่านพยายามช่วยท่านจริงๆ	5.87	1.27	สูง
6. ท่านได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากสามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานของท่านตามที่ท่านต้องการ	5.80	1.21	สูง
7. ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานฟังได้	5.65	1.22	สูง
8. สามี/ภรรยา คนใกล้ชิด หรือลูกหลานของท่านเต็มใจที่จะช่วยท่านในการตัดสินใจ	5.76	1.16	สูง

ตารางที่ 22 (ต่อ)

ด้าน	\bar{x}	SD	ระดับ
ด้านเพื่อน			
9. ขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อนของท่านพยายามช่วยท่านจริงๆ	4.80	1.56	ปานกลาง
10. ท่านสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมี ปัญหาขึ้นมา	4.70	1.54	ปานกลาง
11. ท่านมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุข กับท่านได้	4.60	1.65	ปานกลาง
12. ท่านสามารถเล่าปัญหาของท่านให้เพื่อน ฟังได้	4.66	1.56	ปานกลาง



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวลาวัลย์ ผาติวิกรานต์ เกิดเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2519 สถานที่เกิด จังหวัด กระบี่ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2542 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ในปี 2545 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล จาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในปี 2549 เข้าศึกษาต่อระดับปริญญา มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่าวลึก จังหวัดกระบี่

