ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้

ลาวัณย์ ผาติวิกรานต์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*
*จิราพร เกศพิชญวัฒนา** Ph.D. (Gerontological Nursing)*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ โดยใช้แนวคิดเรื่องศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วยของกริฟฟิน-เฮสลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วย จำนวน 215 ราย ที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 แห่ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้การวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมีการรับรู้ศักดิ์ศรีอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้การมีพลังอำนาจในตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญของการส่งเสริมการวางแผนการดูแลโดยการสนับสนุนทางสังคม ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย และความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เพื่อนำมาเป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะเจ็บป่วย ศักดิ์ศรี การรักษาตัวในโรงพยาบาล ภาคใต้

**นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, E-mail: wattanaj@yahoo.com*

Factors Related to Dignity of Hospitalized Older Persons, Southern Region

Lawan Patiwikran M.N.S. (Gerontological Nursing)*
*Jiraporn Kespichayawattana** Ph.D. (Gerontological Nursing)*

Abstract

This descriptive research was conducted with the objectives of exploring dignity of hospitalized older persons, in the southern region of thailand and the relationships between functional ability, physical distress, psychological distress, and social support. The Model of Dignity in Illness was used as the theoretical framework of this study. The sample group consisted of 215 hospitalized older persons at the inpatients departments from ten hospitals in the sounthern region under the Office of the Permanent Secretary for Public Health, from July to October, 2015, using the multistage sampling technique. Six questionnaires were used as research tools, including demographic data questionnaire, functional ability assessment from, questionnaire on physical distress, questionnaire on psychological distress, questionnaire on social support, and questionnaire on dignity. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation. Research results showed that hospitalized older persons perceived dignity was of a moderate level and the mean subscale of empowerment was at the high level. Physical distress and psychological distress were negatively related to hospitalized older persons, in the southern region with statistical significance, whereas functional ability and social support were positively related to hospitalized older persons, in the southern region with statistical significance. The results of this study indicated that healthcare provider should be aware of the importance of promoting care plans by assessing factors of older persons individually, to adopt a strategy to promote the dignity care in older person.

Keywords: Older person, Illness, Dignity, Hospitalized, Southern Region

---

**Master's Student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*
***Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, E-mail: wattanaj@yahoo.com*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศักดิ์ศรี (dignity) หมายถึง สถานภาพหรือสถานะของมนุษย์ซึ่งมีคุณค่าควรแก่การเคารพ จำแนกออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (human dignity) เป็นคุณค่าที่ติดตัวมาแต่กำเนิด มีความเท่าเทียมกัน ไม่สามารถถ่ายโอนและจะละเมิดหรือทำลายไม่ได้ และ 2) ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล (personal dignity) เป็นความรู้สึกและการรับรู้ถึงคุณค่าแห่งบุคคล ศักดิ์ศรี ประกอบด้วย 4 คุณลักษณะ ได้แก่ การเคารพ (respect) การมีเอกสิทธิ์ (autonomy) การมีพลังอำนาจในตนเอง (empowerment) และการสื่อสาร (communication)[1] ทั้งนี้อาจถูกลดทอนหรือละเมิดได้โดยการคุกคามทางกาย จิตและจิตวิญญาณ เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย คือ สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล[2] ดังนั้น ในการดูแลผู้สูงอายุทุกหน่วยบริการ บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องคำนึงถึงความเป็นบุคคล และให้การดูแลโดยการเคารพศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุ

วัยผู้สูงอายุมีความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย ประกอบกับในปัจจุบันระบบการดูแลรักษาที่พัฒนาขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้นจากภาวการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง[3] ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวิถีของความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ซึ่งกิจกรรมประจำวันบางอย่างต้องระงับหรือลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคลนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อ[4] การธำรงและส่งเสริมซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับวิชาชีพพยาบาล[2] การเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุจะส่งผลลัพธ์ที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงคุณค่าเท่ากับเป็นการประกันการดูแลที่เข้าใจและคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ[5]

ภาคใต้เป็นอีกภาคหนึ่งที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก ทั้งนี้จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2543 อัตราประชากรผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ ร้อยละ 9.5 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 11.9 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[6] จากการสำรวจข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในต่อแสนประชากรพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มโรคหลักที่เป็นสาเหตุในการนอนโรงพยาบาล คือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจวาย และพบว่า ผู้สูงอายุภาคใต้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด จำนวน 311 ครั้งต่อแสนประชากร[7] ซึ่งปัญหาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุในภาคใต้ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถจัดการได้ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional ability) พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ต้องได้รับการช่วยเหลือในการขับถ่าย การแต่งตัว การอาบน้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีของผู้ป่วย[8] ความทุกข์ทางร่างกาย (physical distress) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มป่วยที่มีอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงตามวิถีโคจรของภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ การขาดพลังงาน อาการคลื่นไส้ อาการเจ็บปวด ซึ่งส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีแห่งบุคคล[9] ความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) พบว่า ผู้สูงอายุที่เผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ตามระยะของวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์

ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้ป่วย[10] การสนับสนุนทางสังคม (social support) พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหากได้รับการสนับสนุนจากสังคม เช่น จากสมาชิกในครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อน จะสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้[3]

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับศักดิ์ศรีและปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี[1]สอดคล้องกับการศึกษาของ ออสลันและคณะ[2] กล่าวว่า พยาบาลควรให้ความตระหนักต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างตามระยะของโรค ส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย คือ สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคล การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จะนำไปสู่องค์ความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาทางการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่มุ่งเน้นศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยใช้แนวคิดเรื่องศักดิ์ศรีในภาวะเจ็บป่วย (Model of Dignity in Illness) ของกริฟฟิน-เฮสลิน[1] โดยอธิบายว่า ศักดิ์ศรี หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกถึงภาวะของบุคคลที่ประกอบไปด้วย 4 คุณลักษณะ คือ 1) การเคารพ (respect) 2) การมีเอกสิทธิ์ (autonomy) 3) การมีพลังอำนาจในตน (empowerment) และ 4) การสื่อสาร (communication) ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตามวิถีแห่งความเจ็บป่วยทำให้เกิดความทุกข์ (distress) เป็นเวลาต่อเนื่อง ยาวนานจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่า และสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล มีหลายปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์[11, 12] ความเป็นส่วนตัว[13] การให้ความเคารพ[14] สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม

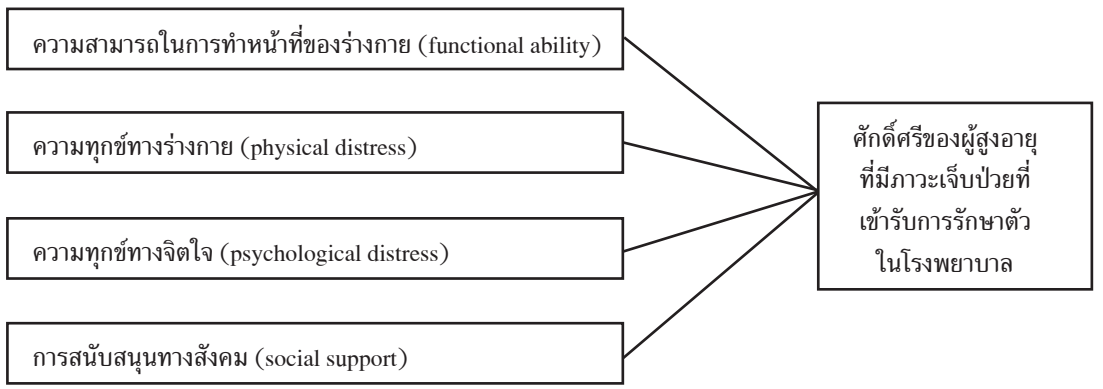
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional ability) เป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้าย ความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ซึ่งจากกระบวนการสูงอายุส่งผลให้เกิดภาวะเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ ภาวะเปราะบางที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี[3,5,8]

ความทุกข์ทางร่างกาย (physical distress) เป็นความไม่สุขสบายทางร่างกาย จากการรับรู้ของแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยหอบ ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการหรือเผชิญกับความไม่สุขสบายทางร่างกายดังกล่าว จะส่งผลกระทบเชิงลบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ[4,8,9,10]

ความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) เป็นความรู้สึกไม่สบายใจหรือความไม่สงบทางจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ซึ่งรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลยิ่งยาวนานยิ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ส่งผลกระทบเชิงลบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ[4,10]

การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับในลักษณะของการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล รวมถึงพฤติกรรมในการฟัง การดูแล ตอบสนองตามความต้องการของบุคคล ความเข้าใจในตัวบุคคล ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าแห่งตน ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น จากครอบครัว จากบุคลากรทางการแพทย์ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งตน[4, 8, 9]

ตัวแปรที่เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐาน

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. ความทุกข์ทางร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. ความทุกข์ทางจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตภาคใต้ จำนวน 10 แห่ง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามโอกาส

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง มีอาการคงที่ ไม่อยู่ในระยะวิกฤตและภาวะที่เป็นอันตรายหรือคุกคามถึงชีวิตซึ่งสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจของการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ α= .05 ให้อำนาจการทดสอบที่ power = .80 และกำหนดขนาดของ effect size=.20 (ขนาดปานกลาง) จากงานวิจัยที่ผ่านมา[15] โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.3[16] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 195 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 215 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งปัจจุบัน โดยบันทึกจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน the Barthel ADL Index ของมาโฮนีและบาร์เทล[17] แปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ[18] เป็นแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยประเมินการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม เป็นปรนัยชนิดเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ โดยการรวมคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0–20 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น คะแนนรวมสูง หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ดังนี้ 1) อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และ 4) ผู้สูงอายุ (ผู้นำชุมชนและได้รับการยกย่องเป็นปราชญ์ชาวบ้าน) จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79 และในกลุ่มตัวอย่าง 215 ราย ได้ค่าเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความทุกข์ทางร่างกาย ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System ของบรูเอราและคณะ[19] แปลเป็นภาษาไทยโดยกิติพล นาควิโรจน์ และคณะ[20] เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความทุกข์ทางร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ให้ผู้สูงอายุเลือกตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองมากที่สุดในช่วงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ใช้ Visual Analogue Scale โดยมีค่าคะแนน 0–10 คะแนน ให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกตนเอง

จากเส้นตรงและมีข้อความกำกับอยู่ที่คะแนน 0 และ 10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–80 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึงความทุกข์ทางร่างกายอยู่ในระดับสูง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และในกลุ่มตัวอย่าง 215 ราย ได้ค่าเท่ากับ .87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความทุกข์ทางจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Hospital Anxiety Depression Scale ของซิกมอนด์และสไนท์[21] แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ[22] เป็นแบบวัดการรับรู้ความทุกข์ทางจิตใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ๆ ละ 7 ข้อ ได้แก่ ความทุกข์ทางจิตใจด้านความวิตกกังวล จำนวน 7 ข้อ และความทุกข์ทางจิตใจด้านภาวะซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยเลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนน 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–21 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง ความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .85 และด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .82 และในกลุ่มตัวอย่าง 215 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 ด้านความวิตกกังวลเท่ากับ .87 และด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .87

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Multidimension Scale of Perceived Social Support ของไซเมทและคณะ[23] แปลเป็นภาษาไทยโดยณหทัย วงศ์ปการันย์[24] เป็นแบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12–84 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 และในกลุ่มตัวอย่าง 215 ราย ได้ค่าเท่ากับ .92

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ กริฟฟิน-เฮสลิน[1] เพื่อประเมินการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีความหมายทางด้านบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเคารพ (respect) 2) การมีเอกสิทธิ์ (autonomy) 3) การมีพลังอำนาจในตน (empowerment) และ 4) การสื่อสาร (communication) ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก และ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 1.00–5.00 นำคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาแบ่งเป็นระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ 2.34–3.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67–5.00 คะแนน

หมายถึง การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .97 และในกลุ่มตัวอย่าง 215 ราย ได้ค่าเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 076.1/58 คณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เลขที่ 48/58 และคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ 29/2558 และทำหนังสือขออนุญาตโรงพยาบาลทั้ง 10 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดของโครงการตามคำชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจ เมื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคใต้ จำนวน 10 แห่ง คือ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา โรงพยาบาลปะเหลียน จังหวัดตรัง โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลทับปุด จังหวัดพังงา โรงพยาบาลรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส และโรงพยาบาลปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้ผู้วิจัยอ่านคำชี้แจง และให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30–45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนอายุและระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ซึ่งผู้วิจัยได้ทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแบบ parametric โดยใช้สถิติอ้างอิง (inferential statistics) พบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.70) อายุเฉลี่ย 70.35 ปี (SD = 8.04) เข้ารับการรักษารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3–14 วัน (ร้อยละ 93.50) ระยะเวลาเฉลี่ยของการรักษาตัวในโรงพยาบาล 7.74 วัน (SD = 4.94)

การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ การรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้มีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.58, SD = 1.12) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล ด้านการมีพลังอำนาจในตน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 3.69, SD = 1.03) รองลงมา คือ ด้านการเคารพ (M = 3.61, SD = 1.16) การสื่อสาร (M = 3.60, SD = 1.17) และการมีเอกสิทธิ์ (M = 3.43, SD = 1.12) ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ จำแนกตามรายด้าน (N = 215)

การรับรู้ศักดิ์ศรี	Mean	SD	ระดับ
1. ด้านการเคารพ	3.61	1.16	ปานกลาง
2. ด้านการมีเอกสิทธิ์	3.43	1.12	ปานกลาง
3. ด้านการมีพลังอำนาจในตน	3.69	1.03	สูง
4. ด้านการสื่อสาร	3.60	1.17	ปานกลาง
โดยรวม	3.58	1.12	ปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย ทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ในระดับปานกลาง (r = –.44, r = –.33 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ในระดับต่ำ (r = .17, r = .54 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายความทุกข์ทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคมกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (N = 215)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p–value
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	.17	.05
ความทุกข์ทางร่างกาย	–.44	.001
ความทุกข์ทางจิตใจ	–.33	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.54	.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้โดยรวมมีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ผลการศึกษา พบว่าด้านการมีพลังอำนาจในตนเองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับรู้ถึงบทบาทสำคัญที่ยังเป็นอยู่ในปัจจุบัน เช่น การเป็นพ่อ/แม่ การเป็นสามี/ภรรยา กล่าวคือ องค์ประกอบที่สำคัญของศักดิ์ศรี คือ การเข้าใจเงื่อนไขของความเป็นตัวตนตามบริบท และวัฒนธรรม[25,26] การรับรู้บทบาทที่สำคัญของตนเอง ได้แก่ การเป็นพ่อ/แม่ การเป็นสามี/ภรรยา[27] สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนเดอเบิร์ก และคณะ[26] พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทที่สำคัญในครอบครัว และอาจเคยมีตำแหน่งหรือบทบาททางสังคม การเสริมพลังอำนาจแห่งตนของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถตัดสินใจและควบคุมตนเองได้ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยให้ตั้งสติ ยอมรับในความเป็นจริง สามารถทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจ และรับรู้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไบลี่ และคณะ[5] พบว่า การเสริมพลังอำนาจแห่งตนเองของผู้สูงอายุเพื่อปรับทัศนคติของผู้สูงอายุให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ในระยะต่าง ๆ ของภาวะเจ็บป่วย เป้าหมายเพื่อรักษาเสถียรภาพของศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

สังคมไทยมีค่านิยมทางสังคมในเรื่องการเคารพตามวัย การเคารพตามอาวุโส การมีความกตัญญูกตเวที กล่าวคือ เกียรติและคุณค่าของผู้สูงอายุไม่สามารถลบหลู่หรือละเมิดได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ พะยอม ถิ่นอ่วน[27] พบว่า 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และยังคงรับรู้บทบาทการเป็นพ่อ/แม่สามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีได้เนื่องจากตระหนักถึงความสำคัญของตนเองที่ผ่านมา ได้แก่ การให้ความรัก การดูแล การสั่งสอนอบรม การเป็นต้นแบบที่ดีต่อบุตรหลาน 2) ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเคารพและการยอมรับการตัดสินใจจากบุตรหลาน และผู้สูงอายุเชื่อในกฎแห่งกรรมที่ว่าหากปฏิบัติดีต่อบุตรหลาน ในบั้นปลายชีวิตบุตรหลานจะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเช่นนั้น 3) การคงไว้ซึ่งความปลอดภัยในบั้นปลายชีวิตโดยผู้สูงอายุเชื่อว่าในระยะสุดท้ายของชีวิตบุตรหลานจะกลับมาดูแล เอาใจใส่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาลแนนและคณะ[28] พบว่า เมื่อผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดอิสระ ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กล่าวคือ ยิ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เวลิงและเมเนิร์ท[29] พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของร่างกาย ได้แก่ การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย ส่งผลให้การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ จากการศึกษาของ คลาก[30] พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกขาดการควบคุมและการตัดสินใจด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไบลี่[5] พบว่า ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลสัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในช่วงชีวิต การที่บุคคลมีภาวะเจ็บป่วย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ต้องได้รับการพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การขับถ่าย การอาบน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นใน

ตนเอง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในที่สุดจะสามารถทำลายการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตน

ความทุกข์ทางร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโซไคนอฟ[31] พบว่า ความทุกข์ทางร่างกาย ได้แก่ ความไม่สุขสบายกาย ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้การมีศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ อัลเบอร์[32] ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยและมีความก้าวหน้าของโรค เกิดความทุกข์ทางร่างกายจากอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการเจ็บปวด มีความสัมพันธ์ทางลบต่อศักดิ์ศรีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความไม่สุขสบายทางร่างกายซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ จากภาวะเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค และเมื่อต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางของโรคอยู่ภายใต้การควบคุม ประกอบกับผู้สูงอายุไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

ความทุกข์ทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ สอดคล้องกับการศึกษาของโอชเซิล[10] พบว่า ผู้ป่วยที่เผชิญกับวิถีโคจรแห่งความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ส่งผลต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของโซไคนอฟและคณะ[33] ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการรับรู้ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะการดูแลรักษาแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงศักดิ์ศรีของตนเองในระดับสูง จะไม่รู้สึกสิ้นหวัง สามารถปรับตัวและเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและทางจิตใจจากภาวะเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮคและคณะ[8] ศึกษาการรับรู้ศักดิ์ศรีและวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับศักดิ์ศรีของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี คือ ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวัง/การมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นหลักฐานสนับสนุนในการจัดแนวทางเพื่อจัดการภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ เบรม และคณะ[34] ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งซึ่งพยาบาลควรประเมินปัจจัยด้านความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเพื่อจัดสามารถนำไปวางแผนการดูแลให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งตนขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[35] ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า จะรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและระดับการทำหน้าที่ของบุคคลของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของมาติติ[36] พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บริดจ์และคณะ[37]

พบว่า การรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับการดูแลและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะรู้สึกด้อยคุณค่า หวาดกลัว หรือไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จากภาวะเจ็บป่วยได้ การสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ ออสลันและคณะ[2] ศึกษาการธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะเจ็บป่วยทั้งจากพยาธิสภาพของโรค การดำเนินตามระยะต่าง ๆ ของโรค ภาวะคุกคามจากตัวโรค ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้การมีศักดิ์ศรีแห่งบุคคลของผู้ป่วยทั้งสิ้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักดิ์ศรี ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และจากเพื่อน ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ได้แก่ การฟัง การดูแล การเข้าใจความเป็นบุคคล ทั้งจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรับรู้คุณค่าแห่งตนเอง ส่งผลต่อการรับรู้ศักดิ์ศรีแห่งบุคคล

ข้อเสนอแนะและแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องตระหนักและให้ความสำคัญ ถึงการเจ็บป่วยอันส่งผลต่อความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ อันเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวสามารถลดทอนศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ดังนั้น หากพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยมีความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจ พยาบาลควรคำนึงถึงผลกระทบที่มีต่อศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ โดยการประเมินความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจ และนำไปวางแผนทางการพยาบาลเพื่อจัดการความทุกข์ทางร่างกายและความทุกข์ทางจิตใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเพื่อเป็นการธำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2. พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสูงอายุ สามารถคงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการที่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความสำคัญในการคงไว้ซึ่งความมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. Accid Emerg Nurs 2005;13(4):251-7.
2. Ostlund U, Brown H, Johnston B. Dignity conserving care at end-of-life: a narrative review. Eur J Oncol Nurs: the official Journal of European Oncology Nursing Society. 2012;16(4):353-67.
3. van Gennip IE, Pasman HR, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. Int J Nurs Stud 2013;50(8):1080-9.
4. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. Lancet (London, England). 2002;360(9350):2026-30.
5. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: a case study. Int J Nurs Stud 2009;46(1):23-36.
6. National Statistical Office. The 2000 Population and Housing Census Whole Kingdom. In: Minister of Information and Communication Technology, editor; 2000. (in Thai)
7. Foundation of Thai Gerontogoly Research and Development Institute. Situation of Thailand Elder Thai 2010. In. Foundation of Thailand Geology Research and Development Institute, editor; 2012. (in Thai)

8. Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. Psycho-oncology 2004;13(10):700-8.
9. Oosterveld-Vlug MG, Pasman HR, van Gennip IE, Muller MT, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. J Adv Nurs 2014;70(1):97-106.
10. Oechsle K, Wais MC, Vehling S, Bokemeyer C, Mehnert A. Relationship between symptom burden, distress, and sense of dignity in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage 2014;48(3):313-21.
11. Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institutions. J Med Ethics Hist Med 2002;28(6):368-72.
12. Lin YP, Watson R, Tsai YF. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. Nurs Ethics. 2013;20(2):168-77.
13. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end-of-life care. J Palliat Care Med 2014;28(7):931-40.
14. Tadd W, Hillman A, Calnan S, Calnan M, Bayer T, Read S. Dignity in practice: an exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. NIHR SDO report; 2011.
15. Cohen. J, Cohen. P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Routledge; 2013.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41 (4):1149-60.
17. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J 1965;14:56-61.
18. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001.
19. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care Med 1991;7(2):6-9.
20. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage 2011;42(6):954-60.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6): 361-70.
22. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. J Psychiatr Assoc Thai 1996;41(1):18-30.
23. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess 1990;55 (3-4):610-7.
24. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. Span J Psychol 2012;15(3):1503-9.
25. Saltus R, Folkes E. Understanding dignity and care: an exploratory qualitative study on the views of older people of African and African-Caribbean descent. Qual Ageing Older Adults 2013;14(1):36-46.
26. Anderberg P, Lepp M, Berglund AL, Segesten K. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. J Adv Nurs 2007;59(6):635-43.
27. Thin-Uan P, Lorga T, Maneewan K. 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"; 2008 November 11-13; Bangkok, Thailand.
28. Calnan M, Woolhead G, Dieppe P, Tadd W. Views on dignity in providing health care for older people. Nurs Times 2005;101(33):38-41.
29. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. Psychooncology 2014;23(3):283-90.
30. Clark J. Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. Nurs Times 2010;106(20):16-9.

31. Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: revisited. J Palliat Med 2006;9(3):666-72.
32. Albers G, Pasman HR, Deliens L, de Vet HC, Onwuteaka-Philipsen BD. Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? J Pain Symptom Manage 2013;45(6):1030-8.
33. Chochinov HM. Dignity-conserving care--a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002;287(17):2253-60.
34. Solomon BK, Wilson KG, Henderson PR, Poulin PA, Kowal J, McKim DA. Loss of dignity in severe chronic obstructive pulmonary disease. J Pain Symptom Manage 2016;51(3):529-37.
35. Hall S, Davies JM, Gao W, Higginson IJ. 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 2014;28(9):1118-27.
36. Matiti MR, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. Int J Nurs Stud 2004;41(7):735-44.
37. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. Int J Nurs Stud 2010;47(1):89-107.