ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

จิตวิทยาชุมชน	จิตวิทยา
สาขา	**ภาควิชา**

เรื่อง ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Death Anxiety, Optimism, Spiritual Well-Being and Adjustment to Death of the Elderly with Chronic Illness at Geriatric Clinic, Phranangklao Hospital, Nonthaburi Province

นามผู้วิจัย นางสาวขจรศรี แสนปัญญา

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพวัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม .....

(รองศาสตราจารย์สุปาณี สนธิรัตน, ED.D.)

หัวหน้าภาควิชา .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....

(รองศาสตราจารย์กัญจนา ธีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ ..... **เดือน** ..... **พ.ศ.** .....

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

Death Anxiety, Optimism, Spiritual Well-Being and Adjustment to Death of Elderly with Chronic Illness at Geriatric Clinic, Phranangklao Hospital, Nonthaburi Province

โดย

นางสาวขจรศรี แสนปัญญา

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขจรศรี แสนปัญญา 2553: ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน ภาควิชาจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D. 175 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 2) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 4) ศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่า t-test ค่า F-test ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับอยู่ในระดับสูง 2) ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 3) ความวิตกกังวลต่อความตายและความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับได้ร้อยละ 24

_____ _____ __ / __ / __

ลายมือชื่อนิสิต **ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Khajohnsri Saenpunya 2010: Death Anxiety, Optimism, Spiritual Well-Being and Adjustment to Death of Elderly with Chronic Illness at Geriatric Clinic, Phranangklao Hospital Nonthaburi Province. Master of Science (Community Psychology), Major Field: Community Psychology, Department of Psychology. Thesis Advisor: Assistant Professor Tippavan Surinya, Ph.D. 175 pages.

The objectives of this research were of fourth folds:- 1) to study death anxiety, optimism, spiritual wellbeing and adjustment to death of elderly with chronic illness at geriatric clinic, Phranangklao hospital Nonthaburi province; 2) to compare adjustment to death of elderly with chronic illness by personal factors; 3) to find out the correlation among death anxiety, optimism, spiritual wellbeing and adjustment to death of elderly with chronic illness; 4) to study predictive variables that could predict adjustment to death of elderly with chronic illness.

The samples used in the research were 385 elderly with chronic illness at geriatric clinic, Phranangklao hospital Nonthaburi province. Data were collected by using questionnaires. The statistical methods used for analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, Multiple Comparison (LSD), Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Multiple Regression Analysis. Statistical significant was set at 0.05 level of confidence.

The results of the study were as follows:- 1) adjustment to death in acceptance stage was at high level 2) Death anxiety, optimism and spiritual wellbeing had correlation with adjustment to death which was statistically significant at .001; 3) death anxiety and spiritual wellbeing had been predictively efficiency to adjustment to death in acceptance stage by 24 percent

_____ _____ ___ / ___ / ___

Student's signature Thesis Advisor's signature

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุปาณี สนธิรัตน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ท่านประธานการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในเนื้อหาสาระ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท จิตวิทยาชุมชนรุ่นที่ 7 ที่ได้ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือเสมอมา ขอขอบคุณบิดามารดาที่คอยส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการศึกษา และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณทุกๆท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงอยู่ตลอดเวลา

ขจรศรี แสนปัญญา

มีนาคม 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง (3)

สารบัญภาพ (8)

บทที่ 1 บทนำ 1

ความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 5

ขอบเขตของการวิจัย 6

นิยามศัพท์ 7

บทที่ 2 การตรวจเอกสาร 12

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 12

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย 20

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย 36

แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี 45

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ 48

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 53

กรอบแนวคิดการวิจัย 59

สมมติฐานการวิจัย 60

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 62

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 62

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 63

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 69

การวิเคราะห์ข้อมูล 70

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 70

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์ 72

ผลการวิจัย 72

ข้อวิจารณ์ 120

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ 132

ผลการวิจัย 133

ข้อเสนอแนะ 142

เอกสารและสิ่งอ้างอิง 145

ภาคผนวก 155

ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล 156

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม 158

ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 167

ภาคผนวก ง รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม 173

ประวัติการศึกษา และการทำงาน 175

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	73
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ	76
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ	77
4	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ	81
5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ	84
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามเพศโดย t – test	89
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ	90
8	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	91
9	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีการ LSD	93

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา	94
11	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	95
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการ LSD	97
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามระดับการศึกษาด้วยวิธีการ LSD	98
14	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามรายได้	99
15	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามรายได้ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	100
16	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ด้วยวิธีการ LSD	101

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
17	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ด้วยวิธีการ LSD	102
18	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกัน จำแนกตามรายได้ด้วยวิธีการ LSD	103
19	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามศาสนา	104
20	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย	105
21	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน	107
22	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย	108
23	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย โดยวิเคราะห์ความแปรปรวน	109
24	ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตายกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	111

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
25	ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	112
26	ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	113
27	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการ ทำนายการปรับตัวขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	114
28	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการ ทำนายการปรับตัวขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	115
29	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการ ทำนายการปรับตัวขั้นต่อรองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	116

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
30	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการ ทำนายการปรับตัวขั้นซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	117
31	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการ ทำนายการปรับตัวขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	119
32	แสดงการยอมรับและปฏิเสธสมมติฐาน	139

ตารางผนวกที่

1	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของความวิตกกังวลต่อความตาย	168
2	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของการมองโลกในแง่ดี	169
3	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของความผาสุกทางจิต	170
4	ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของการปรับตัวต่อความตาย	171

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	59

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และการสาธารณสุขส่งผลให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น และทำให้ผู้คนมีอายุเฉลี่ยยืนยาวขึ้น 8.8 ปี โครงสร้างประชากรของไทยจึงมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงอายุเช่นเดียวกับประเทศต่างๆทั่วโลก ประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มในอัตราที่สูงขึ้นเรื่อยๆจากร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ.2493 เป็นร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ.2543 เป็นการเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า และปีพ.ศ.2558 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 15.6 พ.ศ. 2568 มีร้อยละ 21.5 และ พ.ศ.2576 มีร้อยละ 25 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) อย่างไรก็ตามการมีอายุยืนยาวออกไปนั้นยังไม่มีใครสามารถยืนยันได้ว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทางภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงได้ส่งเสริมให้มีการศึกษา วิจัย ประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีมาตรการหลักเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ เผยแพร่ความรู้เพื่อการปรับตัว การดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น ตามยุทธศาสตร์การวิจัยที่ 4 ของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ได้กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส เป็นยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ พ.ศ.2551-2553 (สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2550) ผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรบุคคลที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในการศึกษาวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับประเทศไทยในการก้าวเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม และมีจำนวนไม่น้อยอยู่ในภาวะทุพพลภาพในบั้นปลายของชีวิต จากการศึกษารวบรวมเอกสารงานวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549) พบว่ามีผู้สูงอายุทุกๆ 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพที่เป็นเหตุทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ โรคและความผิดปกติทางสุขภาพที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวและการรับรู้ที่พบบ่อย ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ และตาบอด สาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และจากสถิติของกระทรวง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สาธารณสุข พบว่าประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อย ๆ จากอัตราการป่วย 470 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 800 คน ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2550 โรคเรื้อรังที่พบมากในคนไทย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคมะเร็ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) จะเห็นว่าอัตราป่วยของคนไทยที่เกิดจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคดังกล่าวไปตลอดชีวิต ประกอบกับวัยสูงอายุยังเป็นวัยแห่งการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นอวัยวะในร่างกาย บทบาทหน้าที่ในการทำงาน อำนาจ รายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือเมื่อนึกถึงความตาย เช่น มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือคู่ชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง ความเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับตัวให้อยู่ในสถานการณ์ในสถานการณ์ต่างๆดังกล่าวได้อย่างเป็นปกติ

เมื่อกล่าวถึงประเด็นเกี่ยวกับการตายและความตายในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะสุดท้าย ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงบั้นปลาย การดูแลที่เคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างสงบ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) การปรับตัวต่อความตายเป็นกระบวนการหนึ่งที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำมาใช้เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ป่วยหนัก การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายหรือการนึกถึงความตาย เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างเป็นปกติสุข และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากความตายเป็นสิ่งที่คนทุกชาติ ทุกวัย รู้สึกหวาดกลัว โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุมักจะไม่ยอมรับความตาย ปฏิเสธความตาย ยังไม่พร้อมที่จะตาย หรือหวาดกลัวความตาย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวลต่อภารกิจที่ยังปฏิบัติไม่เสร็จสิ้น ความเป็นห่วงลูกหลาน คู่ชีวิต ที่อยู่เบื้องหลัง ทำให้รู้สึกกลัวที่จะปล่อยวางและตายจากไป หรือเป็นเพราะความรู้สึกผิดต่อผู้ที่ยังอยู่ (พระไพศาล วิสาโล, 2549) ความรู้สึกเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถตายอย่างมีความสุขสงบได้ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายจึงเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลในครอบครัว หรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ในการดูแล ส่งเสริม และเสริมสร้างกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความตาย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่กำลังจะมาถึงในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีก่อนตาย

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หรือภาวะใกล้ตาย ความวิตกกังวลมักจะส่งผลต่อทั้งร่างกาย เช่น ทำให้การหลั่งฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วขึ้น รู้สึกอึดอัดจุกเสียดท้อง หรือเบื่ออาหาร และส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด หวาดกลัว กระวนกระวาย ซึมเศร้าเป็นต้น ความวิตกกังวลในระดับน้อยจะทำให้บุคคลตื่นตัว มีการรับรู้และตระหนักต่อสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เกิดความตั้งใจมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่มีระดับมาก จะทำให้รู้สึกกระวนกระวาย จิตใจไม่สงบ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลง สมาธิลดลง บุคคลอาจแสดงพฤติกรรมถอยหนี หรือปฏิเสธสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (Goodwin, 1986) จากผลของความวิตกกังวลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย เนื่องจากระดับความวิตกกังวลต่อความตายที่มากหรือน้อยจนเกินไปอาจส่งผลต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุ

การมองโลกในแง่ดีเป็นการมีทัศนะเชิงบวกกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ปัจจุบันมีการใช้การมองโลกในแง่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องเผชิญกับความท้อแท้ สิ้นหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังในการรักษาหรือคาดหวังต่อผลการรักษาในทางบวก นอกจากนี้ผลการวิจัยจำนวนมากยังสนับสนุนว่าการมองโลกในแง่ดีมีประโยชน์ต่อความผาสุกทางอารมณ์และจิตใจ ผู้ป่วยที่มีลักษณะของการมองโลกในแง่ดี แสดงให้เห็นว่าสามารถปรับตัวต่อความตึงเครียดทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่เข้ารับการผ่าตัดหลอดเลือดในหัวใจ (Affleck, Tennen, and Apter, 2001) การมองโลกในแง่ดีจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความหวัง มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในมุมบวก ช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวไม่ว่าสุขภาพจะแข็งแรงหรืออ่อนแอก็ตาม นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติไปตามสถานการณ์ต่างๆของชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณถือเป็นมิติที่สำคัญมากมิติหนึ่งในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ดังที่สิวลี ศิริวิไล (2549) กล่าวในการสัมมนาทางวิชาการและการเวทีสาธารณะ เรื่อง มหกรรมสู่กรุงเทพฯเมืองน่าอยู่ว่า “การดำรงชีวิตของมนุษย์ต้องประกอบด้วยสิ่งที่ดี 3 ประการ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ได้แก่ สิ่งภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งหมายถึง สภาพชีวิตทางสังคม ครอบครัว ทรัพย์สมบัติ เกียรติยศ ชื่อเสียง อำนาจทางการเมือง การมีเพื่อนที่ดี สิ่งที่ดีประการที่สองคือ ร่างกายที่ดีคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง สิ่งที่ดีประการสุดท้ายคือ จิตวิญญาณที่ดี ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ดีที่ประเสริฐที่สุดและสำคัญที่สุด เพราะจิตวิญญาณเป็นสมรรถนะสำคัญในการคิดของมนุษย์ ประกอบด้วยสองส่วน ส่วนแรกเรียกว่า ส่วนที่เป็นอารมณ์ความปรารถนา เป็นคุณลักษณะที่มนุษย์และสัตว์มีเหมือนกัน อีกส่วนหนึ่งคือ ส่วนปัญญาและเหตุผล เป็นส่วนที่ควบคุมอารมณ์ความรู้สึก ความปรารถนาของมนุษย์ ทำให้มนุษย์สามารถควบคุมตนเอง รู้จักเลือกและพิจารณาสิ่งต่างๆด้วยเหตุผล ทำให้เกิดลักษณะที่เรียกว่าคุณธรรม” จิตวิญญาณเป็นส่วนที่เป็นขุมพลังของชีวิตที่สามารถทำให้บุคคลเป็นตัวของตัวเอง เป็นสิ่งกระตุ้นให้มนุษย์มีการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย ผู้ที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่เห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต มีความเมตตากรุณา มีความสุขอันล้ำลึก รู้จักมอบความรักที่ไม่มีเงื่อนไขให้แก่ผู้อื่น และรับรู้ได้ว่าตนเองก็เป็นผู้ได้รับความรัก สามารถเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือพระผู้เป็นเจ้าได้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษา ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย โดยเล็งเห็นประโยชน์ของข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยแล้วว่าจะสามารถตอบสนองแผนการพัฒนาผู้สูงอายุของประเทศไทยได้ในระยะยาว ทั้งนี้ได้เลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในช่วงบั้นปลายชีวิตให้สามารถปรับตัวต่อความตายได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

4. เพื่อศึกษาอิทธิพลของความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มีการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้มีการปรับตัวต่อการตายอย่างเหมาะสม

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอันเป็นสาเหตุมาจากไม่สามารถปรับตัวต่อความตายได้

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เผยแพร่แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปให้มีความเข้าใจเกี่ยวการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุมากขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

4. หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง อาทิเช่น กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา ฯลฯ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำโปรแกรมพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการปรับตัวต่อความตายที่เหมาะสม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10,230 คน (ข้อมูล เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม 2552)

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

   1.1 เพศ
   1.2 อายุ
   1.3 ระดับการศึกษา
   1.4 รายได้
   1.5 ศาสนา
   1.6 โรคเรื้อรังที่ป่วย
   1.7 ระยะเวลาในการป่วย

2. ความวิตกกังวลต่อความตาย

3. การมองโลกในแง่ดี ประกอบด้วย 3 มิติ คือ

   3.1 ความคงทนถาวร
   3.2 การเกี่ยวข้องกับตนเอง
   3.3 การแผ่ขยายความรู้สึก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

4.1 การเห็นความหมายและเป้าหมายในชีวิต
4.2 การได้รับความรัก
4.3 การแสดงความรักต่อผู้อื่น
4.4 การมีความหวังและการสร้างสรรค์

ตัวแปรตาม ได้แก่

5. การปรับตัวต่อความตาย แบ่งออกเป็น 5 ขั้น คือ

5.1 ขั้นปฏิเสธ
5.2 ขั้นโกรธ
5.3 ขั้นต่อรอง
5.4 ขั้นซึมเศร้า
5.5 ขั้นยอมรับ

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย หรือใช้เวลาในการรักษานานเกินกว่า 3 เดือน และการรักษาเป็นเพียงการพยุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจวาย โรคไตวาย โรคข้อเสื่อม เป็นต้น

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยบริการของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่จัดให้บริการทางการแพทย์ เช่น ประเมินสุขภาพ ตรวจคัดกรอง บำบัด รักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา โรคเรื้อรังที่ป่วย และระยะเวลาในการป่วย

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความเป็นเพศชายหรือเพศหญิงของผู้สูงอายุ

อายุ หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้สูงอายุ แสดงด้วยตัวเลขจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาอย่างเป็นทางการในปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ต่ำกว่าประถมศึกษา, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ปวช.) และอุดมศึกษา

รายได้ต่อเดือน หมายถึง รายได้ปัจจุบันของผู้สูงอายุต่อเดือน

ศาสนา หมายถึง ศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ศาสนาพุทธ, ศาสนาคริสต์ และศาสนาอิสลาม

โรคเรื้อรังที่ป่วย หมายถึง โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระยะเวลาที่ป่วย หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุตรวจพบโรคจนถึงปัจจุบัน

ความวิตกกังวลต่อความตาย หมายถึง ภาวะขุ่นมัวทางอารมณ์ ความรู้สึกกลัว ความไม่สบายใจ หรือกระวนกระวายใจ ทุกข์ใจ รู้สึกฟุ้งซ่าน เมื่อนึกถึงหรือเผชิญเหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย

การมองโลกในแง่ดี หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อในทางบวกต่อเหตุการณ์ต่างๆ เห็นว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้ โดยคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีรูปแบบการอธิบายให้เหตุผลตนเองแบ่งออกเป็น 3 มิติ ตามแนวคิดของ Seligman (1988) คือ ความคงทนถาวร ความเป็นตนเอง และความครอบคลุม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความคงทนถาวร หมายถึง ความคงทนถาวร หมายถึง ลักษณะการมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเกิดขึ้นชั่วคราวหรือคงทนถาวร โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มองโลกในแง่ดีจะมองเหตุการณ์ทางลบว่าเกิดขึ้นเฉพาะครั้งคราว คิดว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือแก้ปัญหาได้ และมองเหตุการณ์ทางบวกว่าเกิดขึ้นเสมอและตลอดไป ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองตรงกันข้าม

ความเป็นตนเอง หมายถึง ลักษณะการมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเกิดขึ้นเพราะตัวเองหรือเกิดจากสถานการณ์รอบข้าง สิ่งแวดล้อม และบุคคลอื่น โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ที่มองโลกในแง่ดีจะมองเหตุการณ์ทางลบว่าเกิดจากบุคคลอื่น หรือเกิดจากธรรมชาติ ทำให้ไม่รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และมองเหตุการณ์ทางบวกว่าเกิดขึ้นเพราะตัวเอง หรือบุคลิกภาพในตัวเอง ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองตรงกันข้าม

ความครอบคลุม หมายถึง ลักษณะการมองสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ว่าเกิดขึ้นเฉพาะบุคคลหรือคนทั่วไป โดยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มองโลกในแง่ดีจะมองเหตุการณ์ทางลบว่าเกิดขึ้นเฉพาะกรณี หรือโอกาสใดโอกาสหนึ่งเท่านั้น และมองเหตุการณ์ทางบวกว่าจะเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มองโลกในแง่ร้ายจะมองตรงกันข้าม

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง สภาวะที่บุคคลเห็นความหมายและเป้าหมายในชีวิต ได้รับความรักและแสดงความรักต่อผู้อื่น มีความหวังและการสร้างสรรค์ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Highfild and Carson (1983) คือ การเห็นความหมายและเป้าหมายในชีวิต การได้รับความรัก การแสดงความรักต่อผู้อื่น และการมีความหวังและการสร้างสรรค์

การเห็นความหมายและเป้าหมายในชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เห็นความหมายของการมีชีวิต มีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา และต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การได้รับความรัก หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับความรัก ความเมตตา และให้อภัยจากผู้อื่น

การแสดงความรักต่อผู้อื่น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแสดงความรักต่อผู้อื่น แสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น

การมีความหวังและการสร้างสรรค์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและสร้างสรรค์ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่มีความเป็นไปได้

การปรับตัวต่อความตาย หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามใช้ในการปรับตนเองเมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับสถานการณ์นั้นได้อย่างเป็นปกติ แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Kubler-Ross (1969 cited in Crandail, 1991) คือ ขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับ

ขั้นปฏิเสธ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอาการตกใจ มึน หรือช็อค หลังจากรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาหายได้ การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง และพยายามบอกว่าผลการตรวจผิดพลาด ไม่ชอบพูดเกี่ยวกับโรคภัยร้ายแรง ความเจ็บปวด และความรู้สึกของเขากับครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นโกรธ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธคนรอบข้าง เช่น ญาติ คู่ครอง เพื่อน แพทย์ ฯลฯ หรือกล่าวโทษเทวดาฟ้าดิน ถามตัวเองว่าทำไมต้องเป็นฉัน

ขั้นต่อรอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยจะพยายามร้องขอชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ให้สัญญากับแพทย์ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดี สัญญาว่าจะบริจาคร่างกายให้กับการทดลองทางวิทยาศาสตร์ถ้าตนมีช่วงเวลาในชีวิตยาวนานขึ้น หรือให้สัญญากับตัวเองว่าถ้าหายป่วยแล้วจะไม่ทำอะไรบางอย่างที่ผิดหรือเป็นโทษอีก (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ฯลฯ) บนบานกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะเชื่อถือและปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขั้นซึมเศร้า หมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง หรือมีอาการซึมเศร้า เมื่อนึกถึงความสูญเสียในอดีต เช่น การผ่าตัดที่เพิ่งผ่านไป หรือเมื่อนึกถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น จะไม่มีโอกาสได้ทำหน้าที่แม่หรือภรรยาอีก ไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อย ชอบอยู่เงียบๆคนเดียว นอนไม่หลับ นอนร้องไห้ เหม่อลอย

ขั้นยอมรับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของตนเอง เข้าใจในธรรมชาติแห่งชีวิต ปลง หรือ ทำใจได้เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง ยอมรับความจริงว่าคงต้องเป็นอย่างนี้หรือไม่หาย ผู้ป่วยจะกลับขอบคุณผู้ที่คอยดูแล ดีใจที่ได้รับความห่วงใยเอาใจใส่ และเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนเองได้รับในชีวิตและเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ พร้อมแล้วที่จะตาย ให้ความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆน้อยลง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี
5. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำ ว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นใช้เป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุน ในการประชุมแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 (สุรกุล เจนอบรม, 2541) ในการประชุมสมาชิกจากประเทศต่างๆ ขององค์การสหประชาชาติที่นครเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 มีมติให้ความหมายคำ ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง อายุ 60 ปีขึ้นไป และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (กองสาธารณสุขต่างประเทศ, 2532)

สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้ให้ความหมายคนชรา หรือผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตนั้น เริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรากำหนดเกณฑ์ว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้นำความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี บางประเทศกำหนด 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจากการปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) กล่าวว่า การกำหนดอายุผู้ที่เรียกว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ระบุว่ามีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่บางพื้นที่มีข้อพิจารณาอื่นๆประกอบ เช่น ภาวะสุขภาพ บางคนอายุประมาณ 50-55 ปี แต่มีสุขภาพไม่แข็งแรงมีโรคภัยและทำงานไม่ไหว ผมขาว หลังโกง ก็เรียกว่า “แก่” บางคนมีหลานก็รู้สึกว่าเริ่มแก่ และเริ่มลดกิจกรรมเชิงเศรษฐกิจลง กลุ่มผู้สูงอายุไม่ใส่ใจต่อตัวเลขอายุ แต่พิจารณาตัดสินจากองค์ประกอบเช่น สภาพร่างกาย ปวดเอว ปวดตามข้อ เดินไปไกล ๆ ไม่ไหว ทำงานหนักไม่ค่อยได้ เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เป็นต้น

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

Yurick (1980) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้สูงอายุวัยต้นคือระหว่าง 60-74 ปี ไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ สุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ถ้าวัย 75 ปีขึ้นไปจึงจะถือว่าชราอย่างแท้จริง

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต มีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง ทั้งนี้อาจมีเกณฑ์กำหนดที่แตกต่างกันออกไปตามและพื้นที่

การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัยได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี)
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี)
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Yurick (1980) ได้แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) เป็นสองกลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) มีอายุ 60-74 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อย่างมากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเริ่มต้นมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น วัยกลางคน และมาส่งผลอย่างเด่นชัดในช่วงวัยอายุนี้ ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร (2551) ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุไว้ 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Biological change) ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโตการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้ลดลง และมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว การเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ของร่างกาย ตั้งแต่ระดับเซลล์ขึ้นมาความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary system) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่นต่อมไขมันทำงานลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย เซลล์สร้างสีทำงานลดลงทำให้สีผิวเปลี่ยนไป มีจุดด่างมากขึ้นพร้อมๆ กับไขมันที่ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังขับเหงื่อได้น้อยลง การระบายความร้อนด้วยวิธีการระเหยไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิร่างกายเลวลง ผมและขนมีจำนวนลดลงและมีสีจางลง กลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมแห้งและร่วงง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ

1.2 ระบบประสาทและสมอง (Nervous system) ศูนย์การควบคุมประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดคือ ความว่องไวในการส่งงาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลงทำให้การทำงานประสานกันระหว่างเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อลดลง การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง ผู้สูงอายุจึงต้องใช้เวลานานกว่าจะตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้น และการเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดีมีอาการสั่นตามร่างกาย นอกจากนี้ยังมีการเหี่ยวฝ่อของเซลล์สมองส่วนซีรีบรัม และซีรีเบลลัม ทำให้ความคิดความจำเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมักไม่จำเรื่องราวใหม่ๆ หรือมีข้อจำกัดในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวต่างๆ ที่ได้จดจำไว้ก่อนมีการเสื่อมของเซลล์สมองได้ดี ความเสื่อมถอยของระบบประสาทดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสับสนขาดสมาธิ หลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ คิดและพูดซ้ำซาก และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ จึงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Sensation sense) มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ ตา ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นได้ไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว ม่านตาสีจางลง ขนาดของรูม่านตาเล็กลง และมีรูปร่างผิดปกติ ลานสายตาแคบลงกล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวพบว่า ผู้สูงอายุมีสายตาเสื่อมลง การมองเห็นทั้งในระยะใกล้และไกล การปรับตัวต่อความสว่างและความมืด การแยกความแตกต่างของสี ความคมชัดของภาพลดลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย หู อวัยวะในหูชั้นในมีการเสื่อมมาก ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินเสียง เพราะการไหลเวียนของโลหิตที่ไปเลี้ยงหูชั้นในลดลง เนื่องจากความแข็งของเส้นโลหิต ดังนั้นเส้นประสาทจึงตายหรืออาจเป็นเพราะมีแคลเซียมเข้าไปจับตัวที่หูชั้นใน ความเสื่อมนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหูตึง ต้องพูดเสียงดังจึงจะได้ยินและได้ยินเสียงต่ำชัดกว่าเสียงธรรมดาหรือเสียงสูง รวมทั้งการทรงตัวไม่ดีและมีอาการเวียนศีรษะ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายประสาทรับรสและกลิ่น มีการเหี่ยวของประสาทรับรสและกลิ่น ปริมาณตุ่มรับรสของลิ้นลดลงมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ความสามารถในการจำแนกรสต่างๆ และได้กลิ่นลดลง ความอยากอาหารลดลง รวมทั้งการที่น้ำลายในปากลดน้อยลง ก็เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอยากอาหารลดลงด้วยเช่นกัน บางครั้งความสามารถในการรับรสที่สูญเสียไปนั้น อาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค หรือเพราะพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ หรือเคี้ยวหมากเป็นประจำนานๆ

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) มักเริ่มเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะผนังหัวใจจะหนาขึ้น เนื่องจากมีไขมันเพิ่มในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อหัวใจมี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แคลเซียมมาเกาะ ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจจะแข็งตัวเนื่องจากมีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อชนิดยืดหยุ่นของหลอดเลือด รวมทั้งมีการสะสมของไขมันและแคลเซียมมีโคเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจและไตทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural system) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืดเป็นลมง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลงเนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด จึงใช้แต่กระบังช่วยในการหายใจ ทำให้การหายใจลำบากโดยเฉพาะการหายใจออกเมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกต้องหายใจทางปาก ประกอบกับจำนวนถุงลมลดลงถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้นผนังถุงลมแตกง่าย

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) การย่อยอาหารและความอยากอาหารลดลง เนื่องจากความสามารถในการรับกลิ่นและรสลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟัน ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใช้ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ อาหารที่บริโภคจึงไม่ถูกส่วน ผู้สูงอายุมักขาดโปรตีน นอกจากนี้น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ลดลง หลอดอาหาร เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ตับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้ลดลง ตับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย และนอกจากนี้การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลงทำให้ท้องผูก เวลาถ่ายอุจาระต้องเบ่งมากขึ้น ทำให้ระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร การรับประทานอาหารที่มีกากน้อยขาดการบริหารร่างกายหรือไม่ฝึกนิสัยการขับถ่ายในระยะก่อนเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดอาหารท้องผูกได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีการถ่ายอุจาระกะปริบกะปรอยได้ เนื่องจากมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกของทวารหนัก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลทำให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ขนรักแร้และหัวหน่าวร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลั่งอินสุลินน้อยลงการนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์จึงมีน้อยทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อนๆ ได้ หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น และต่อมเพศทำงานลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและโครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนี้ ส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆทำให้สภาพจิตใจของผู้สูงอายุหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมีการเจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้ว ก็ยิ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย การเกิดความเจ็บป่วย หรือการเกิดความเสื่อมของร่างกาย และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น บุตรหลานคู่สมรส เพื่อน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงานขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อนขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกัน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยผู้สูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวของตนเองโดยเฉพาะลักษณะสังคมในปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทด้านการให้คำปรึกษาดูแลสั่ง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สอนจึงน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง การที่ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญทั้งนี้เพราะ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้งๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย นอกจากนี้เหตุผลทางสังคมวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคม ที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ ว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความกังวลและมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงในชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุไม่สามารถแยกออกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาและสังคม

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคมในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลานและอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไป ในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันมองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแล และหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมได้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3.3 ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่าเป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่การมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น นอกจากนี้การเกษียณอายุหรือยุติการทำงานอาจมีความหมายที่ดีสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เช่นผู้ที่มีความเบื่อหน่ายการทำงาน ต้องทำงานเพราะฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี หรือทนทำงานเพื่อรอบำเหน็จ บำนาญ เกษียณอายุ หรือยุติการทำงานแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้มักจะพอใจ

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชนบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนแปลงไป หน้าที่รับผิดชอบ และงานที่ต้องใช้ความคิดฉับไวจะลดลง การยอมรับพิจารณามอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากในทุกด้าน การเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ส่วนใหญ่มักเป็นไปในทางเสื่อมถอย และมีโอกาสสูญเสียมากกว่าวัยอื่น การเปลี่ยนแปลงในด้านในด้านหนึ่งยังส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆของชีวิต เช่น การเปลี่ยนทางร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการเจ็บป่วย ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เหมือนในอดีต อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ไม่แจ่มใส เกิดความเครียดและวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วย หงุดหงิด โมโหง่าย ทำให้ความสัมพันธ์ที่ดีต่อคนรอบข้างเสียไป หรืออาจมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา คนในวัยสูงอายุจึงต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่กับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้อย่างปกติสุขที่สุด

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย

เนื่องจากคำว่าการปรับตัวต่อความตาย (Adjustment to death) มาจากการรวมคำที่มีความหมายสำคัญ 2 คำเข้าด้วยกัน คือ การปรับตัว (Adjustment) และความตาย (Death) เพื่อให้เกิดความเข้าใจและชัดเจนในตัวแปรการปรับตัวต่อความตาย ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอความหมายของแต่ละคำแล้วจึงสรุปรวมความหมายของการปรับตัวต่อความตายภายหลัง

ความหมายของการปรับตัว

นิภา นิธยายน (2530) ได้รวบรวมความหมายของการปรับตัว ซึ่งสรุปได้ดังนี้ Darwin เริ่มใช้คำว่า “การปรับตัว” ในทฤษฎีวิวัฒนาการในทางชีววิทยา ค.ศ. 1959 โดยให้แนวความคิดว่าสิ่งมีชีวิตจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมของโลกได้จึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ต่อมานักจิตวิทยาได้นำการปรับตัวมาใช้ทางจิตวิทยาและการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในด้านที่เกี่ยวกับการปรับตามแรงผลักดัน 2 อย่าง คือ

1. แรงผลักดันภายนอก หมายถึง ข้อเรียกร้องที่เกิดจากสภาพแวดล้อม หรือสังคม

2. แรงผลักดันภายใน หมายถึง แรงกระตุ้นที่เกิดจากสภาพทางสรีระภายในร่างกาย และจากประสบการณ์ทางสังคมที่ได้เรียนรู้

กันยา สุวรรณแสง (2533) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นการปรับกาย ใจ ให้อยู่ในสังคมได้ในสภาวะแวดล้อมและในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างมีความสุข

สุชา จันทน์เอม (2533) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นขบวนการที่บุคคลได้แสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่าง ๆในสิ่งแวดล้อม ซึ่งมนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวตราบที่ดำรงชีวิตอยู่ ต้องการแก้ไขปัญหาเพื่อความสำเร็จ

บัวทอง สว่างโสภากุล (2541) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นความพยายามที่จะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความคิดของตนเองหรือแรงกระตุ้นกับสิ่งเร้า และการเรียกร้องของสิ่งแวดล้อม รวมทั้งโอกาสต่าง ๆ ที่อำนวยให้การปรับตัว ประกอบด้วยความพยายามที่จะ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอบสนอง โดยเอาชนะอุปสรรคทั้งภายในและภายนอก โดยการเข้าไปอยู่ร่วมในสิ่งแวดล้อม

ลักขณา สริวัฒน์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัว คือ การที่บุคคลสามารถสร้างหรือขัดเกลาพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนของสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ให้สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขทั้งกายและจิตใจ ไม่เกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นผลของความพยายามของบุคคลที่จะปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ หรือด้านอารมณ์ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ได้ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวแล้วและสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นได้อย่างมีความสุข แสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสภาพปัญหา ความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่างๆ ฯลฯ จนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นๆสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้นๆได้ ถ้าบุคคลปรับตัวแล้วสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุขได้นั้น แสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี แต่หากว่าบุคคลปรับตัวแล้วยังมีความทุกข์ใจ ว้าวุ่นไม่สบายใจอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวย่อมจะทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และหากเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น อาจจะเจ็บป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิตได้

พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา (2548) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นการกระทำเพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะแวดล้อมโดยการแสวงหาวิถีทางที่จะสนองความต้องการทั้งทางกายและจิต

พิมพ์นภัส โภคา (2550) ได้สรุปความหมายของการปรับตัวว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองของบุคคลเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ปัญหา สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งภายในและภายนอก โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมนั้น หรือปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตน เพื่อรักษาดุลยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งในขณะที่มีสุขภาพปกติ และในภาวะที่กำลังเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Coleman and Hammen (1974) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้ว่า การปรับตัว หมายถึง ผลของความพยายามของบุคคลที่พยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการ หรือด้านอารมณ์ ให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ได้ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ และถ้าบุคคลนั้นปรับตัวแล้ว และสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุข แสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี

Grasha and Kirschenbaum (1980) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการกับปัญหา และความต้องการของสภาพแวดล้อมให้บรรลุผล

Weiten (2000) ได้ให้ความหมายของ การปรับตัว ไว้ว่า การปรับตัว คือ กระบวนการทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลสามารถจัดการหรือรับมือกับความต้องการหรือความท้าทายในชีวิตประจำวัน

Corsini (2002) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นการปรับหรือแก้ไขทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การแก้ไขกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือเป็นปัญหา การทำตามความต้องการและเป้าหมายของชีวิต และการใส่เสื้อผ้าเมื่ออากาศหนาวเย็น เป็นต้น

สรุปได้ว่าการปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการปรับ หรือแก้ไขทัศนะคติหรือพฤติกรรมของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวล เพื่อลดความตึงเครียดและทำให้ตนเองสามารถมีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์นั้นได้ และเพื่อรักษาสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม บุคคลที่สามารถปรับตัวได้และอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นอย่างมีความสุข แสดงนั้นว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความหมายของความตาย

วิกิพีเดีย (2552) ให้ความหมายของความตายว่า ความตาย เป็นสถานะการสิ้นสุดของการมีชีวิตของสิ่งมีชีวิต สาเหตุของการตายมีได้หลากหลาย เช่น ตกเป็นเหยื่อจากการถูกล่า โรคระบาด ขาดสารอาหาร อุบัติเหตุ ฆาตกรรม การฆ่าตัวตาย สงคราม การประหารชีวิต ฯลฯ แนวคิดในเรื่องความตายของประเทศที่พัฒนาแล้ว คือ การตายจากโรคภัยไข้เจ็บ ความแก่ชรา ความตายเกี่ยวข้องอย่างมากกับวัฒนธรรมของมนุษย์ และเป็นส่วนสำคัญในหลาย ความเชื่อทางศาสนา ส่วนนิยามของความตายในทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีที่ก้าวหน้าทำให้มี การอธิบายที่ซับซ้อนมากขึ้น

สมภาร พรมทา (2549) กล่าวถึงความตายตามหลักพุทธศาสนาว่า ความตายหมายถึงการที่จิตละร่างไปทำให้ร่างนั้นไม่อาจทำงานได้ดังเดิม ร่างนั้นจึงเน่าเปื่อยแตกสลายไป

วรยุทธ ศรีวรกุล (2549) กล่าวถึงความตายตามหลักศาสนาคริสต์ว่า ความตายตามหลักศาสนาคริสต์มีความหมายอยู่ 3 ประการ ความหมายประการแรกของความตายที่ชาวคริสต์คุ้นเคยที่สุดคือความตายในฐานะที่เป็นการแยกออกจากกันของวิญญาณและกาย โดยจิตวิญญาณจะกลับไปสู่พระเจ้าผู้ทรงประทานให้มา ความหมายประการที่สองคือความตายเป็นการสิ้นสุดของการดำรงชีวิตในโลกนี้ ชาวคริสต์ถือว่าโลกนี้เป็นแดนเนรเทศ เป็นสถานที่ทดลอง เป็นบ้านแต่เพียงชั่วคราว บ้านที่แท้จริงสำหรับมนุษย์ทุกคนที่ทำความดีคือเมืองสวรรค์นิรันดรที่พระเจ้าทรงจัดเตรียมไว้ให้ หากเปรียบชีวิตในโลกนี้เหมือนการเดินทาง ความตายเปรียบเสมือนการสิ้นสุดของการเดินทาง ความหมายประการที่สามความตายเป็นรหัสยธรรมล้ำลึก หมายความว่าความตายเป็นความลึกลับ หาที่สิ้นสุดไม่ได้ ความรู้เกี่ยวกับความตายเป็นสิ่งที่มาจากการสังเกตภายนอกเท่านั้น ไม่เคยมีใครประสบความตายโดยตรงและอธิบายให้คนอื่นฟังเกี่ยวกับธรรมชาติและความหมายของประสบการณ์ดังกล่าวได้

ปรานี ฟ้าพานิช (2549) กล่าวว่า ศาสนาอิสลามมีทัศนะเกี่ยวกับความตายว่าเป็นการหยุดพักการทำงานของร่างกาย ชีวิตยังดำเนินต่อไปในสภาพอื่นโดยมีจิตวิญญาณเป็นผู้รับประสบการณ์ทั้งหลายภายหลังที่ละทิ้งร่างกายไปแล้วและพร้อมรับผลจากการกระทำของตน และกลับไปหาพระเจ้าโดยความพึงพอใจของพระองค์ในฐานะที่พระองค์เป็นเจ้าชีวิตของมนุษย์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แพทย์สภา (2539) ทางการแพทย์ของไทย ถือว่าบุคคลถึงแก่ความตายเมื่อได้รับการวินิจฉัยจากองค์คณะของแพทย์ว่าสมองตาย คือก้านสมองตาย ตามมติคณะกรรมการแพทย์สภาตามเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2532 และฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2539

Pojman (2000) ได้รวบรวมคำจำกัดความของความตายไว้ดังนี้

1. ความตาย คือ การที่จิตแยกออกจากกาย เป็นความตายในความหมายของเพลโต นักปรัชญาชื่อดังของโลก ปัจจุบันในบางศาสนายังมีความเชื่อนี้อยู่ เช่น ศาสนาฮินดู ศาสนาคริสต์ ยิวส์ เป็นต้น

2. ความตาย หมายถึง การสูญเสียการไหลเวียนของของเหลวที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตหรือการสิ้นสุดการทำงานของปอดในการสูบฉีดเลือดมาเลี้ยงหัวใจอย่างถาวร

3. ความตาย หมายถึง การตายของสมองทั้งหมด (Whole brain death)

4. ความตาย หมายถึง การตายของเยื่อหุ้มสมอง (Neocortical brain) โดยเยื่อหุ้มสมองนี้จะเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองในส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด ความทรงจำ ความรู้สึก การหายใจ ฯลฯ ซึ่งถ้าถูกทำลายจะทำให้ไม่สามารถหายใจได้เองตามปกติ ร่างกายจึงไม่สามารถนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายเพื่อให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้สมองตายในที่สุด

Corsini (2002) ให้ความหมายของความตายไว้ดังนี้

1. เป็นการสิ้นสุดการทำงานของร่างกายและจิตใจ อาจพิจารณาจากการตายของสมองทั้งสองข้างหลังผ่านไป 24 ชั่วโมง

2. ในผู้ป่วยโรคจิตเภท “ความตาย” อาจหมายถึงการสิ้นสุดการดำเนินชีวิตในสภาพแวดล้อมใดสภาพแวดล้อมหนึ่ง แล้วก้าวไปสู่การมีชีวิตในในสภาพแวดล้อมอื่น โดยไม่เกี่ยวข้องกับการหยุดทำงานของร่างกายหรือจิตใจ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. บางครั้งจะถือว่าอาการป่วยทางสมอง เช่น อัลไซเมอร์ (Alzheimer's) เป็นความตายทางจิตวิญญาณแต่ไม่ใช่ความตายทางร่างกาย

American Heritage Science Dictionary (2008) ให้คำจำกัดความของความตายว่าเป็นการสิ้นสุดการมีชีวิตของอวัยวะหรือเซลล์ในมนุษย์และสัตว์ ความตายคือการสูญเสียการทำงานอย่างถาวรของอวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต ซึ่งหมายรวมถึงการหยุดเต้นของหัวใจ การหยุดหายใจตามธรรมชาติ และการสิ้นสุดการทำงานของสมองที่เรียกว่าสมองตาย (Brain death) ซึ่งหมายความถึงการสูญเสียการทำงานของสมองอย่างถาวร โดยมีสาเหตุมาจากการที่สมองถูกทำลาย ทำให้กล้ามเนื้อสมองไม่ทำงาน และเมื่อทดสอบด้วยเครื่องวัดคลื่นสมองไฟฟ้าแล้วกราฟเป็นเส้นตรง ผู้ป่วยที่สมองตายแต่อวัยวะส่วนอื่นๆในร่างกาย เช่น หัวใจ ปอด อาจจะยังสามารถทำงานได้ตามปกติหากมีการใช้เครื่องช่วยชีวิตอื่นๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ

Webster's New World Medical Dictionary (2008) ให้ความหมายของความตายไว้ดังนี้

1. เป็นการสิ้นสุดการมีชีวิต (ความหมายของความตายขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่าการมีชีวิต)

2. การสิ้นสุดการทำงานของร่างกายที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอย่างถาวร (ความหมายของความตายขึ้นอยู่กับคำจำกัดความของคำว่าการทำงานของร่างกายที่จำเป็นต่อการมีชีวิต)

3. หากยึดตามมาตรฐานทางกฎหมายโดยทั่วไป ความตาย คือ การยุติการทำงานที่จำเป็นต่อการมีชีวิต ซึ่งดูได้จากการไม่ทำงานของระบบการหายใจและหัวใจ ตามธรรมชาติ

4. สมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาความตายในปี 1980 ว่าบุคคลจะถึงแก่ความตายเมื่อ 1) การทำงานของระบบการไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจหยุดสนิท หรือ 2) การที่สมองทั้งหมดหยุดทำงานอย่างถาวร ซึ่งรวมไปถึงการตายของก้านสมอง ทั้งนี้การพิจารณาว่าบุคคลถึงแก่ความตายจะต้องสอดคล้องกับมาตรฐานการวินิจฉัยทางการแพทย์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้วิจัยของสรุปความหมายของความตายโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรกความตายตามหลักการทางการแพทย์ สรุปได้ว่าความตายหมายถึง การสิ้นสุดการมีชีวิต ซึ่งเป็นการยุติการทำงานของอวัยวะที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต เช่น หัวใจ สมอง หรือการสูญเสียการทำงานของระบบการหายใจ และระบบการหมุนเวียนโลหิตอย่างถาวร ในผู้ป่วยบางรายที่สมองถูกทำลายจนสมองตาย แต่อวัยวะอื่นๆยังสมารถทำงานทำงานได้นั้นขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของแพทย์ ประเด็นที่สองความตายตามหลักศาสนา สรุปได้ว่าความตายคือสิ้นสุดของชีวิต การแยกจากกันของจิตกับร่างกาย โดยจิตวิญญาณเมื่อออกจากร่างแล้วก็จะเดินทางไปตามสถานที่ต่างๆขึ้นอยู่กับความเชื่อทางศาสนา ส่วนร่างกายนั้นก็จะเน่าเปื่อยไปตามธรรมชาติ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอใช้คำนิยามของความตายว่าหมายถึงการสิ้นสุดลง การจบลง ของชีวิตอย่างถาวร

จากความหมายของการปรับตัว และความหมายของความตาย สามารถสรุปความหมายของการปรับตัวต่อความตาย ดังนี้ การปรับตัวต่อความตายหมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน หรือวิธีการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับความคิด หรือพฤติกรรม เมื่อตนเองเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ อึดอัดใจ คับข้องใจ ฯลฯ ซึ่งในที่นี้หมายถึงการสิ้นสุดการมีชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุคาดการณ์ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตเหลือได้อย่างปกติสุข มีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิต และมีสุขภาพจิตที่ดี

สาเหตุของการปรับตัว

กันยา สุวรรณแสง (2533) กล่าวถึงสาเหตุของการปรับตัวว่า การปรับตัวเป็นเรื่องของการปรับสิ่งที่ยังด้อย (Inferiority) ที่มีอยู่ในตัวให้สมดุลหรือปรับส่วนที่เด่น (Superiority) ให้สมดุลกับสิ่งแวดล้อม การปรับตัวมีทั้งการปรับตัวทางกายและจิต ซึ่งถ้าเกิดการขัดแย้งกันขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) หรือความวิตกกังวล (Anxiety) จึงทำให้เกิดการปรับตัวขึ้น สาเหตุที่ก่อให้เกิดการปรับตัวคือ

1. แรงขับและความต้องการ (Drive and Needs) ในชีวิตของบุคคลมีความต้องการเป็นพื้นฐาน เช่น ความต้องการทางกาย (Physical needs) และความต้องการทางจิต (Psychological needs) ความต้องการทั้งนี้ทำให้เกิดแรงขับ (Drive) เช่น เกิดความหิว เป็นแรงขับให้มนุษย์ดิ้นรนแสวงหาเพื่อสนองความอยากของตน ถ้าเกิดอุปสรรคมาขัดขวางไม่สามารถสนองความต้องการ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ไม่สามารถบำบัดความอยากได้ ร่างกายจะแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปต่างๆเพื่อให้คลายจากความกระวนกระวายใจอันเนื่องมาจากความอยาก พฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อคลายความทุรนทุรายนี้ เรียกว่า การปรับตัว

2. แรงกระตุ้นจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วหรือการที่สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ทำให้คนมีปัญหาในการปรับตัวให้ทันตามภาวะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ราคาสิ่งของแพงขึ้น แฟชั่นแต่งกาย ความเป็นอยู่ การคมนาคม ความเจริญทางวัตถุ ต่างก็กระตุ้นให้มนุษย์วิ่งตามตลอดเวลาต้องตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม มีปัญหาเดินแถวกันมาให้แก้ตลอดเวลา ถ้าแก้ได้ก็มีความสุข ถ้าแก้ไม่ได้ก็เกิดความคับข้องใจ กระวนกระวายใจจึงหาทางปรับตัวโดนวิธีการต่างๆ

3. เจตคติ ความสนใจ จุดหมายของชีวิตของตัวเองเปลี่ยนแปลงไป จึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรม

นิภา นิธยายน (2530) ได้กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญเกี่ยวกับการปรับตัว 2 ประการ คือ

1. แรงผลักดันภายนอก หรือข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมและสังคม ได้แก่ ความต้องการทางร่างกายที่จะปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และแรงผลักดันที่เกิดจากข้อเรียกร้องของสังคมหรือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น บิดามารดาสั่งสอนให้ทำสิ่งนั้นสิ่งนี้ ห้ามทำสิ่งนั้นสิ่งนี้เมื่อโตขึ้นจะยิ่งพบข้อเรียกร้องที่มีความสลับซับซ้อนขึ้น และข้อเรียกร้องในแต่ละสังคมมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแบบแผนระเบียบประเพณีและวัฒนธรรมซึ่งแตกต่างกัน

2. แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนหลับนอนที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคลนั้นได้เรียนรู้ในอดีตหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา เรียกอีกนัยหนึ่งว่า เหตุจูงใจทางสังคม ได้แก่ ความต้องการที่จะมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ และการเป็นที่ยกย่องนับถือ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศุภลัคน์ จารุรัตน์จามร (2534) ได้อธิบายสาเหตุของการปรับตัวไว้ว่า สาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวมี 2 ประการใหญ่ ๆ ได้แก่

1. สาเหตุทางกายภาพ ได้แก่ อากาศร้อนเกินไป หรืออากาศหนาวจัดเกินไป หรือร่างกายได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น ทำให้ร่างกายต้องปรับสภาพให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และอาจปรากฏออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น ความเหนื่อยล้า ความเฉื่อยชาหรือความตกใจกลัว เป็นต้น

2. สาเหตุทางจิตวิทยา แม้จะไม่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยตรง แต่ก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ได้แก่

2.1 ความคับข้องใจ (Frustration) หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นจากการมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถไปถึงเป้าหมาย ผลที่เกิดขึ้นเป็นเหตุให้เกิดอารมณ์ด้านลบ เช่น โกรธ กลัว วิตกกังวล เครียด ฯลฯ ซึ่งสัมพันธ์กับสรีระของบุคคล ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ กัน อุปสรรคหรือสาเหตุที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ ได้แก่

2.1.1 สาเหตุทางกายภาพ (Physical factors) เป็นความคับข้องใจที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตเป็นอุปสรรค ตัวอย่างเช่น สภาพดินฟ้าอากาศ – ฝนแล้ง น้ำท่วม เป็นเหตุให้เกิดความคับข้องใจแก่เกษตรกร คนที่รีบเดินทางแต่ฝนตกหรือรถเสีย ทำให้ล่าช้า ก่อให้เกิดความคับข้องใจแก่คนนั้น เป็นต้น

2.1.2 สาเหตุทางจิตวิทยา (Psychological factors) เป็นความคับข้องใจซึ่งเกิดจากอุปสรรค ดังนี้

2.1.2.1 สาเหตุทางสังคม (Social factors) เป็นความคับข้องใจอันเป็นผลมาจากการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม หรืออยู่ในสังคมต้องมีความสัมพันธ์พึ่งพาอาศัยกัน สาเหตุทางสังคมย่อมก่อให้เกิดความคาดหวัง ความกดดันให้เกิดความคับข้องใจ ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีน้องใหม่ ความรักความเอาใจใส่จากมารดาจึงถูกแบ่งไป ทำให้เด็กเกิดความต้องการทางใจและความต้องการทางสังคม หากเด็กไม่ได้รับการตอบสนองเต็มที่ ย่อมก่อให้เด็กเกิดความคับข้องใจ เป็นต้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2.1.2.2 สาเหตุสภาพส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นความคับข้องใจ อันเกิดจากความจำกัด ความบกพร่อง หรือการขาดทางร่างกาย เช่น มีความพิการ เกิดการเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ไม่สามารถไปถึงเป้าหมายได้ ตัวอย่างเช่น คนที่เชาวน์ปัญญาไม่ดี เรียนไม่เก่ง แต่อยากเรียนระดับอุดมศึกษา คนที่ไม่สวย อยากเป็นเทพี เป็นต้น

2.2 ความขัดแย้ง (Conflict) หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นมีสาเหตุ 2 สาเหตุขึ้นไป ซึ่งมีความสำคัญเท่า ๆ กัน เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน และไม่สามารถเลือกตอบสนองสาเหตุทั้งหมดในครั้งเดียวกันได้ จึงจำเป็นต้องเลือกเพียงสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ความขัดแย้งนี้เกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือเป้าหมายที่ต้องการที่พึงปรารถนาที่น่าสนใจดึงดูดใจหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นพร้อมกันบุคคลต้องการจะหลีกหนีทั้งหมด แต่ก็จำเป็นต้องเลือกสภาพใดสภาพหนึ่ง นอกจากนี้ความขัดแย้งยังเกิดขึ้นเมื่อมีเหตุการณ์หรือเป้าหมายเดียวกัน แต่มีทั้งต้องการ – ไม่ต้องการ พึงปรารถนา – ไม่พึงปรารถนา ดึงดูดใจ – ไม่ดึงดูดใจ อยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดทัศนคติสองทางก้ำกึ่งกัน สภาพการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย ๆ ในชีวิตประจำวัน คนเราจะปรับตัวเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และความเครียด

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัวมีเหตุผลสำคัญ ดังนี้

1. เพื่อความอยู่รอดของชีวิต ตลอดชั่วชีวิตของบุคคลหนึ่งๆ เราทุกคนต้องพบกับสภาพความเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด ซึ่งทุกคนต้องปรับตัวเพื่อจะอยู่รอดให้ได้ในแต่ละช่วงชีวิต จึงจำเป็นต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตัวเรา

2. เพื่อความสุข เพราะการปรับตัวช่วยให้เรายอมรับสภาพการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วพยายามหาวิธีการแก้ไข ขจัดปัดเป่าปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ค่อนข้างเลวร้าย หรือสภาพการณ์ที่เลวร้ายมากๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเราให้บรรเทาเบาบางลง ซึ่งอาจจะพยายามแก้ไขด้วยตนเอง หรือมีการแสวงหาบุคคลอื่นมาช่วยแก้ปัญหา สุดท้ายเมื่อปัญหาคลี่คลายมีการแก้ไขแล้ว ความคิด ความรู้สึกของเราก็จะดีขึ้น ผ่อนคลายความตึงเครียดลงไป เมื่อความทุกข์หายความสุขสบายใจย่อมเกิดขึ้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สรุปได้ว่าการปรับตัวของบุคคลนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ ผู้วิจัยขอสรุปว่าการปรับตัวมีเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ สาเหตุจากปัจจัยภายนอก และสาเหตุปัจจัยภายใน สาเหตุของการปรับตัวที่เกิดจากปัจจัยภายนอกเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อม หรือสถานการณ์รอบตัวที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสาเหตุที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศที่เย็นลงทำให้บุคคลรู้สึกหนาวหากบุคคลต้องการอยู่ในสภาพอากาศนั้นๆก็จำเป็นต้องปรับตัวโดยการใส่เสื้อผ้าหนาๆ หรือการประสบอุบัติเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความพิการ ไม่สามารถเดินได้เหมือนในอดีต บุคคลต้องอาศัยกระบวนการปรับตัว เช่น เปลี่ยนทัศนะคติต่อความพิการ เป็นต้น ส่วนสาเหตุจากปัจจัยภายในนั้นเป็นผลมาจากสภาพจิตใจของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ความรู้สึก ความคิด ที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ วิตกกังวล กลัว เช่น เมื่อเข้าสู่วัยชราและมีโรคภัยไข้เจ็บรุมเร้า บุคคลมักเกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อความตาย รู้สึกยังไม่อยากตาย เมื่อนึกความตายจึงสลดหดหู่ใจ จิตใจเศร้าหมอง บุคคลจึงปรับตัวด้วยการปฏิเสธความตาย บอกตัวเองว่าเรายังไม่ตายในระยะเวลาอันใกล้นี้ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้การปรับตัวก็มีเหตุผลเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่รอดและเพื่อความสุขของชีวิต เมื่อสถานการณ์รอบตัวเปลี่ยนแปลงไป

ประโยชน์ของการปรับตัว

กันยา สุวรรณแสง (2533) กล่าวถึงประโยชน์ของการปรับตัวว่าเป็นการช่วยระบายอารมณ์ ลดความตึงเครียดลงได้ ทำให้สบายใจขึ้น ช่วยให้บุคคลไม่สะสมความอึดอัด คับข้องใจ ความผิดหวัง และไม่สบายใจ ถ้าไม่มีการปรับตัวบุคคลก็จะต้องทนเก็บความอึดอัดอยู่คนเดียว ถ้าไม่ระบายอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาออกไปเสียบ้าง ปล่อยให้สะสมคั่งค้างอยู่ในความรู้สึกนึกคิดมากๆจะทำลายบุคลิกภาพ และบั่นทอนสุขภาพจิตให้เสียไป ถ้าเก็บสะสมไว้มากอาจกลายเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

ชูทิตย์ ปานปรีชา (2539) กล่าวว่าการปรับตัวมีผลดี ดังนี้

1. ทำให้ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย เมื่ออยู่ในสถานการณ์อันตรายหรือมีภัยพิบัติต่างๆ

2. ทำให้ชีวิตดำเนินไปอย่างมีความสุข มีประสิทธิภาพ มีความสำเร็จในชีวิต สามารถสนองความต้องการของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. ทำให้มีบุคลิกภาพดีในอนาคต ทั้งนี้เนื่องจากการปรับตัวได้ดีในแต่ละวัย ชี้ให้เห็นว่าสามารถปรับตัวได้ดีต่อไปในอนาคต จะเป็นรากฐานที่ดีและความมั่นคงของบุคลิกภาพต่อไปเมื่อเป็นผู้ใหญ่

4. สามารถขจัดความไม่สบายใจ ความเครียด และความคับข้องใจออกไปได้

วิภาพร มาพบสุข (2540) กล่าว่ามนุษย์จำเป็นต้องมีการปรับตัวเพราะการปรับตัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ดังนี้

1. การรู้จักปรับตัวเป็นการบรรเทาความรู้สึกคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง (Conflict) ความกดดัน (Pressure) และความเครียด (Stress) เมื่อบุคคลเกิดความเครียด และไม่สบายใจย่อมต้องรู้จักวิธีการปรับตัวที่ดี จึงจะช่วยให้ชีวิตของบุคคลมีดุลยภาพ ไม่เจ็บป่วยทางกายและทางจิต การปรับตัวจึงเป็นคุณลักษณะที่สำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล

2. การรู้จักปรับตัวที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาสุขภาพจิต มนุษย์เกิดมาพร้อมด้วยแรงผลักดันบางอย่างในตัวเอง เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศและสิ่งต่างๆ เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน แรงผลักดันเหล่านี้จะกระตุ้นให้บุคคลทุกคนพยายามที่จะปรับตัวอยู่เสมอ แต่การปรับตัวของบุคคลแต่ละคนจะแตกต่างตามความคิด ความเชื่อ และความสามารถของบุคคลเอง หากบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีจะทำให้บุคคลมีความสุข และจะมีพฤติกรรมปกติ แล้วถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดสภาพไร้ความสุข พฤติกรรมที่เกิดตามมา คือ พฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งอาจเป็นปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

3. การรู้จักปรับตัวจะช่วยให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี บุคคลที่สามารถปรับตัวได้กับสภาพการณ์เปลี่ยนแปลงทางกายภาพและทางจิตวิทยาได้ดี ย่อมจะนำมาซึ่งความสุขทางกายและทางใจแก่บุคคลนั้น รวมทั้งเป็นผลดีต่อการดำรงชีวิตของบุคคลรอบข้างด้วย

4. การรู้จักปรับตัวทำให้มีบุคลิกภาพที่ดี บุคคลที่รู้จักปรับตัวได้ในสภาพการณ์ต่างๆได้ดี ย่อมทำให้บุคคลนั้นไม่เกิดความเครียด และคับข้องใจ รวมทั้งสามารถขจัดความทุกข์ออกจากใจได้เสมอ ซึ่งจะช่วยทำให้บุคลิกภาพของบุคคลนั้นน่านับถือ เป็นที่เคารพยกย่องของบุคคล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โดยทั่วไปและได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานที่ตนทำงานอยู่ เพราะเป็นบุคคลที่รู้จักปรับตัว สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเสมอ ส่วนคนที่ปรับตัวไม่ได้ย่อมทำให้เป็นคนที่ขาดความมั่นใจในตนเองต้องพึ่งพาคนอื่นอยู่เสมอ

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) กล่าวว่า การใช้กลไกการปรับตัวมีข้อดีหรือประโยชน์ดังนี้

1. ช่วยลดความวิตกกังวล คลายความทุกข์ ลดความเครียด
2. ช่วยให้บุคคลสามารถยืนหยัด และเห็นคุณค่าในตนเอง
3. ช่วยให้ตนเองเข้มแข็งมากขึ้น รู้จักปกป้องตนเองจากสิ่งคุกคามภายนอก

Donald *et al.* (1989) กล่าวว่า การปรับตัวมีผลสำคัญต่อความผาสุกทางจิตและสุขภาพจิต เนื่องจากการปรับตัวเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ความต้องการของบุคคลและสถานการณ์ที่ท้าทายก่อให้เกิดแรงกดดันทางจิตวิทยา ตัวอย่างเช่น ผู้ที่รอดชีวิตจากสงครามหรือภัยธรรมชาติ อาจแสดงอาการทางจิต เช่น ความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า การปรับตัวจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะเผชิญกับสถานการณ์ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเติบโตขึ้น ช่วยสร้างความมั่นใจและทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทายในอนาคต

จะเห็นได้ว่าการปรับตัวมีความสำคัญและมีประโยชน์มากต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากการปรับตัวช่วยให้บุคคลลดความตึงเครียดเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้อึดอัดใจ ช่วยระบายความทุกข์ ความไม่สบายใจ ช่วยขจัดความเครียด ความคับข้องใจ ช่วยให้ดำเนินชีวิตไปได้อย่างมีความสุข เห็นคุณค่าของชีวิต เห็นคุณค่าของตนเอง มีความเข้มแข็ง ฯลฯ นอกจากนี้การปรับตัวยังเป็นการลดสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลมีบุคลิกภาพดี สามารถเผชิญกับสถานการณ์ท้าทาย และสถานการณ์ไม่คาดฝันที่จะเกิดขึ้นในชีวิตได้โดยไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย

ทฤษฎี Client-Centered Therapy ของ Carl Rogers (Rogers, 1978) ซึ่งกล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า มนุษย์จะมีความสุข สามารถปรับตัวและใช้ความสามารถในตัวเองได้ดีที่สุด (Fully functioning person) ได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่ความคิดเกี่ยวกับตัวเอง (Self-concept) กับการรับรู้ความจริงหรือประสบการณ์ (Experience) มีความสอดคล้องกันแค่ไหน เช่น หญิงชราคนหนึ่งมีความคิดว่าตนเองเป็นคนที่สุขภาพแข็งแรง จะต้องมีอายุยืนนาน แต่วันหนึ่งเธอตรวจพบว่าเธอมีโอกาสเป็นมะเร็ง แพทย์ที่ทำการตรวจรักษาบอกเธอว่าโรคนี้เป็นโรคที่อันตราย หากตรวจพบในระยะร้ายแรงจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ เธอจึงเกิดความรู้สึกกังวลใจหรือไม่สบายใจเป็นอย่างมาก เพราะความเชื่อเกี่ยวกับตนเองกับความจริงที่ได้รับรู้ไม่ตรงกัน และวิธีที่จะจัดการกับความไม่สบายใจนี้ก็มีอยู่ 2 วิธี คือ

1. บิดเบือนความจริงที่ได้รับรู้มา (Distortion) เช่น ปลอบใจตัวเองว่าบางทีแพทย์อาจจะวินิจฉัยผิดพลาด หรืออาการของเรายังไม่ได้ร้ายแรงขนาดนั้น

2. ปฏิเสธความจริง (Denial) พยายามบอกกับตัวเองว่านั่นเป็นเรื่องไม่จริง เป็นไปไม่ได้

ทฤษฎีการปรับตัวกับความเจ็บป่วย (Coping Theory) เชื่อว่าเมื่อคนเผชิญกับความเจ็บป่วย จะมีการปรับตัวเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Lazarus, 1993)

1. พยายามจัดการกับอาการไม่สบายและความไม่สะดวกสบายในชีวิตที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนั้น

2. พยายามปรับตัวให้เข้ากับการตรวจ การรักษา การเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัว และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล

3. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางสุขภาพ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. พยายามที่จะสร้างความสมดุลทางอารมณ์โดยการพยายามควบคุมความรู้สึกในทางลบและคงความหวังที่จะหายป่วยไว้

5. พยายามรักษาภาพลักษณ์ที่น่าพอใจของตนเองไว้ และพยายามสร้างความรู้สึกว่ายังมีความสามารถและเอาชนะอุปสรรคได้

6. พยายามรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว และเพื่อน

7. เตรียมตัวเตรียมใจสำหรับอนาคตที่ไม่แน่นอน

ทฤษฎีการปรับตัวต่อความตายของ Kubler – Ross (1969 cited in Crandail, 1991) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่ยากจะรักษาหาย และอาจจะต้องตายในไม่ช้า บุคคลจะเกิดปฏิกิริยาต่างๆ แบ่งออกเป็น 5 ขั้น ซึ่งระยะเหล่านี้อาจไม่เป็นไปตามลำดับ ในบางครั้งสลับไปสลับมาแล้วแต่บุคคล ได้แก่

1. ขั้นปฏิเสธ (Denial) เมื่อผู้ป่วยได้รับข่าวร้ายมักเกิดอาการตกใจและอาจช็อคได้ แต่ภายหลังจากรวบรวมกำลังใจได้แล้ว ผู้ป่วยจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง และพยายามบอกว่าผลการตรวจผิดพลาด ประโยคแรกที่ผู้ป่วยจะพูดก็คือ “ไม่ใช่ฉัน” ในระยะนี้ผู้ป่วยไม่ชอบพูดเกี่ยวกับโรคภัยร้ายแรง ความเจ็บปวด และความรู้สึกของเขากับครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นโกรธ (Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธต่อไปได้อีก ความรู้สึกโกรธจะทำให้ผู้ป่วยถามตัวเองว่า “ทำไมต้องเป็นฉัน” ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ใครทำอะไรก็ไม่ถูกใจ มีแต่คำตำหนิติเตียน โดยเฉพาะกับผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เช่น คนในครอบครัว แพทย์ พยาบาล

3. ขั้นต่อรอง (Bargaining) ผู้ป่วยจะพยายามร้องขอชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ให้สัญญากับแพทย์ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดี สัญญาว่าจะบริจาคร่างกายให้กับการทดลองทางวิทยาศาสตร์ถ้าตนมีช่วงเวลาในชีวิตยาวนานขึ้น หรือให้สัญญากับตัวเองว่าถ้าหายป่วยแล้วจะไม่ทำอะไรบางอย่างที่ผิดหรือเป็นโทษอีก (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ฯลฯ) บนบานกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะเชื่อถือและปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. ขั้นซึมเศร้า (Depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดหวังและตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า การซึมเศร้ามี 2 แบบ คือ แบบมีปฏิกิริยาตอบโต้ (reactive) จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยคิดถึงความสูญเสียในอดีต เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าเมื่อนึกถึงการผ่าตัดที่ผ่านมา และ แบบเตรียมการ (preparatory) เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนึกถึงความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เช่น จะไม่มีโอกาสได้เห็นลูกหลานเติบโตเป็นผู้ใหญ่ หรือคิดว่าจะไม่มีโอกาสได้ทำหน้าที่แม่หรือภรรยาอีกต่อไป ในระยะนี้ผู้ป่วยจะไม่พูดหรือพูดน้อยลง รับประทานอาหารได้น้อย ชอบอยู่เงียบๆคนเดียว นอนไม่หลับ นอนร้องไห้ เหม่อลอย

5. ขั้นยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความสูญเสียของตนเอง เป็นการยอมรับโดยความเข้าใจในธรรมชาติแห่งชีวิต ผู้ป่วยจะ “ปลง” หรือ “ทำ ใจได้” เกี่ยวกับสถานการณ์ของตนเอง คือยอมรับความจริงว่าคงต้องเป็นอย่างนี้หรือไม่หาย ผู้ป่วยจะกลับขอบคุณผู้ที่คอยดูแล ดีใจที่ได้รับความห่วงใยเอาใจใส่ และเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนเองได้รับในชีวิตและเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ ระยะนี้ผู้ป่วยจะเหนื่อยและอ่อนเพลีย บางคนบอกว่าเขาพร้อมแล้วที่จะตาย เป็นระยะที่ต้องการพักผ่อนเป็นครั้งสุดท้าย ต้องการเพียงคนดูแล ทะนุถนอมด้วยความอ่อนโยน ด้วยความรัก ให้ความเป็นเพื่อน และอยู่กับเขาได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องพูด เมื่อผู้ป่วยที่กำลังจะตายพบกับความสุขและยอมรับแล้วความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆจะลดน้อยลง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ทฤษฎีการปรับตัวต่อความตายของ Kubler-Ross (1969 cited in Crandail, 1991) เนื่องจากเป็นกระบวนการปรับตัวที่เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการปรับตัวต่อความตายของ Kubler-Ross แบ่งเป็น 5 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นปฏิเสธ 2) ขั้นโกรธ 3) ขั้นต่อรอง 4) ขั้นซึมเศร้า และ 5) ขั้นยอมรับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย

ความหมายของความวิตกกังวล

อารี เพชรผุด (2545) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลดังนี้ ความวิตกกังวลคล้ายคลึงกับความกลัวแต่เป็นการกลัวต่อสิ่งที่ไม่ได้เกิดขึ้น หรือยังไม่รู้ว่าเป็นอะไร มักจะเกิดขึ้นกับสถานการณ์ที่เราทำนายว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตและมักเกี่ยวข้องกับความคาดหวังของสังคม (Social Expectation) คนทุกคนเรียนรู้ถึงระเบียบขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมต่างๆ เมื่อทำอะไรผิดไป ถึงแม้ใครจะไม่เห็นก็ทำให้ผู้ทำรู้สึกผิดและทำนายเหตุการณ์ในอนาคตไปต่างๆ นานา ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น คนที่เตรียมตัวไม่พร้อมที่จะสอบเมื่อใกล้สอบ จะมีความวิตกกังวลมาก

จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า หมายถึง ความรู้สึกกังวล หวาดหวั่น หงุดหงิด เครียดและไม่สบายใจ ซึ่งมักจะตามมาด้วยอาการทางกายหรือสรีรวิทยา เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นแรง การหายใจเร็วขึ้น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เป็นต้น

ลิขิต กาญจนาภรณ์ (2547) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นความกลัวต่อสิ่งที่ยังมาไม่ถึง เป็นความกลัวที่เกิดจากความคิดและจิตนาการ ในขณะที่มีความวิตกกังวลจะมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ตัวสั่น เสียงสั่น มีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อหรือมีอาการเกร็ง ในภาวะที่คนมีอารมณ์วิตกกังวล คนจะมีความรู้สึกสับสน ถูกคุกคามสวัสดิภาพ ความวิตกกังวลแตกต่างจากความกลัว คือ ความกลัวนั้นเป็นการแสดงอารมณ์กลัวต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง เช่น เมื่อเห็นงูก็กลัวงู แต่ความวิตกกังวลเป็นความคิดที่สัมพันธ์กับการกลัวงู กังวลว่าจะพบงู คิดว่ามีงูเข้ามาอยู่ในบ้าน รู้สึกไม่เป็นสุขใจและความรู้สึกนี้จะรบกวนจิตประสาทของตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความเครียดทางร่างกาย บางคนอาจนอนไม่หลับเพราะมีภาวะการตื่นตัวสูง ความกังวลเหล่านี้บางครั้งเจ้าตัวไม่รู้สึกตัว

พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา (2548) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นภาวะขุ่นมัวทางอารมณ์ของบุคคลทั้งที่ทราบและไม่ทราบสาเหตุ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Levitt (1967) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกเครียด ความไม่สบายใจ ความกระวนกระวาย และความกลัวซึ่งเกิดขึ้นจากความกดดันซึ่งอาจทราบหรือไม่ทราบสาเหตุก็ได้

Spielberger (1976) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล ว่าเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น

Goodwin (1986) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หรือเป็นอารมณ์หวาดกลัวต่ออันตรายที่ไม่สามารถระบุได้

Peplau (1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือพลังงานรูปหนึ่งที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับการตอบสนองต่ออันตรายที่ไม่อาจกำหนดได้ชัดหรือเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของแต่ละบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์

Urden (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งเกิดจากความกลัวในเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดว่าจะเกิดขึ้นและมีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

Corsini (2002) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกฟุ้งซ่าน ไม่สบายใจ ต่อสิ่งตึงเครียด สิ่งที่หวาดกลัว และความเสียหายที่กำลังจะเกิดขึ้น ขณะที่ความกลัว คือการตอบสนองต่ออันตรายที่ชัดเจนและปรากฏขึ้นแล้ว แต่ความวิตกกังวลมักจะตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่ไม่สามารถระบุได้หรือไม่รู้ว่าคืออะไร ซึ่งอาจเกิดจากความขัดแย้งภายในตนเอง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย หรือการถูกขัดขวางแรงกระตุ้น ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อหดตัว หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ความวิตกกังวลมีหลายแบบ เช่น วิตกกังวลต่อการสอบ วิตกกังวลต่อโรค วิตกกังวลต่อการอยู่คนเดียว วิตกกังวลต่อความตาย ฯลฯ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะขุ่นมัวทางจิตใจ ความรู้สึกกังวล หวาดหวั่น เครียด ไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ จิตใจฟุ้งซ่าน เป็นทุกข์ เป็นความกลัวต่อสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ซึ่งเกิดจากความคิดหรือจินตนาการของบุคคล

จากความหมายของความวิตกกังวลและความหมายของความตายที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของความวิตกกังวลต่อความตาย ดังนี้ ความวิตกกังวลต่อความตายหมายถึง ภาวะขุ่นมัวทางจิตใจ ความรู้สึกกังวล หวาดหวั่น เครียด ไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ จิตใจฟุ้งซ่าน เป็นทุกข์ รู้สึกกลัวเมื่อจินตนาการหรือนึกถึงการสิ้นสุดลงของชีวิต

ประเภทของความวิตกกังวล

Domar (1989) ได้แบ่งความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ

1. Normal anxiety เป็นผลมาจากการรับรู้ถึงอันตรายต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างตรงตามความเป็นจริง ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลเตรียมพร้อมที่จะต่อสู้หรือเผชิญกับการคุกคามนั้นๆได้

2. Abnormal anxiety เกิดขึ้นเมื่อการรับรู้ของบุคคลต่ออันตรายต่างๆเบี่ยงเบนไปไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ได้สัดส่วน เป็นผลให้บุคคลนั้น มีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

Spielberger (1976) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait-Anxiety หรือ A-trait) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างที่จะคงที่ และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบสเตท (State-anxiety) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทที่ต่ำกว่า

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ความวิตกกังวลแบบสเตท (State-anxiety หรือ A-state) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะกระทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนหนึ่ง ขึ้นอยู่กับลักษณะ A-trait และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ระดับความวิตกกังวล

Luckman and Sorensen (1987) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้สำเร็จ ความรุนแรงในระดับต่ำจะก่อให้เกิดภาวะตื่นตัว ช่วยให้การรับรู้ การเรียนรู้ดีขึ้น รู้จักการคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างมีสติ

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง ทำให้การรับรู้ลดลง สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆในขณะนั้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน มีความกระจัดกระจายของความคิดซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ และทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

Peplau (1989) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ

1. ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำ บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆดีขึ้น ตลอดจนมีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆแคบลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่างๆกลับดีขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วน พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้การรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆจะบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลง และความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป

Narrow and Buschle (1987) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ

1. ระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ซึ่งให้บุคคลตื่นตัวขึ้น และเตรียมพร้อมที่จะรับรู้และปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้ มีความรู้สึกมั่นคง มีความคิดในทางที่เหมาะสม

2. ระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้ประสาทซิมพาเธติคทำงานมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพเช่น ชีพจรเร็ว อัตราการหายใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น มีการกระตุ้นต่อมเหงื่อ หลอดเลือดปลายหด กล้ามเนื้อตึงมากขึ้น การรับรู้ของบุคคลแคบลงรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น ตื่นตัวมากขึ้น ว่องไวมากจนเกือบลุกลี้ลุกลน มีความมั่นใจในตัวเองลดลง

3. ระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ประสาทซิมพาเธติคยิ่งทำงานมากขึ้น หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น หายใจเร็วลึก การทำงานด้านร่างกายไม่ประสานกัน มีอาการสั่นบางครั้งเบื่ออาหาร คลื่นไส้ บางคนจะพูดติดอ่าง พูดเร็ว การรับรู้และสติสัมปชัญญะลดลง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บุคคลจะตกอยู่ในภาวะของความกลัว มีการตอบสนองแบบสู้หรือหนี จะมีอาการกระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัดเจน มีการมองสภาพแวดล้อมที่ผิดไปจากความเป็นจริง ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ไม่รับรู้การเวลาสถานที่

4. ระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้บุคคลไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีการกระทำที่ไม่มีจุดหมาย มีพฤติกรรมถดถอยทั้งด้านคำพูดและพฤติกรรม การรับรู้แคบมาก ความตั้งใจลดลง ไม่สามารถสัดสินใจหรือแก้ปัญหา ความสนใจต่อเหตุการณ์ต่างๆ ลดลง บางรายจะมีอาการอ่อนเพลียมาก เป็นลม มีการแสดงออกทางคำพูด จะพูดเสียงสูงมาก อาจพูดน้อยลง พูดเสียงสั่น

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลแบ่งออกเป็นระดับใหญ่ๆได้ 3 ระดับ คือ ความวิตกกังวลระดับต่ำ ความวิตกกังวลระดับปานกลาง และความวิตกกังวลระดับสูง ความวิตกกังวลในระดับต่ำระดับความวิตกกังวลที่เหมาะสมที่จะช่วยให้บุคคลรู้สึกตื่นตัว สามารถปรับตัวและรับมือกับสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้อย่างมีสติเนื่องจากมีการตื่นตัวของประสาทที่สำคัญต่อการรับรู้ ขณะที่ความวิตกกังวลในระดับสูงจะก่อให้เกิดผลเสียต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา

สาเหตุของความวิตกกังวล

Epstein (1972) ได้สรุปสาเหตุของความวิตกกังวลว่าเกิดจากสาเหตุ 3 ประการ คือ

1. สาเหตุจากการมีสิ่งเร้าทางกายภาพมากระตุ้นเร้าบุคคล จนเกินขีดระดับความสามารถของบุคคลที่จะทนได้ ดังนั้นการตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่มาจากสาเหตุนี้จะแสดงออกมาเป็นความเจ็บปวด แล้วมีผลทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้แล้วขีดระดับความสามารถของบุคคลที่จะทนต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นนั้นจะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. สาเหตุจากการไม่สอดคล้องกันของความคิด คือ เป็นความไม่สอดคล้องกันระหว่างประสบการณ์ของตนและความคาดหวัง ซึ่งจะเป็นภาวะที่ถูกคุกคามและนำไปสู่การเกิดอาการวิตกกังวล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. สาเหตุจากการไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจเกิดจากการไม่รู้ว่าสิ่งเร้าใดเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและเกิดจากความขัดแย้งระหว่าง การที่จะต้องเลือกการตอบสนอง ซึ่งภาวะเช่นนี้จะนำไปสู่การเกิดความวิตกกังวล

Linn (1980) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวลว่ามี 4 ประการ คือ

1. ความไม่สุขสบายหรือการที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองหรือทำให้ไม่พึงพอใจ

2. พัฒนาการ การพัฒนาในช่วงวัยต่างๆ จะทำให้บุคคลเผชิญกับความรู้สึกแยกจากสังคม ทำให้รู้สึกวิตกกังวล

3. การต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น การเจ็บปวดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และต้องเข้ารับการผ่าตัด บุคคลจะเกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยที่แสดงออกมา ความบกพร่องของร่างกาย ถ้าบุคคลไม่มีแหล่งทรัพยากรที่จะใช้ในการแก้ปัญหาอย่างเพียงพอบุคคลจะรับรู้ถึงสัญญาณอันตราย และรับรู้ว่าเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญกับตนเอง ทำให้เกิดการเตรียมตัวที่จะต่อสู้หรือถอยหนี ถ้าเหตุการณ์นั้นคุกคามอยู่เป็นเวลานานความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นทำให้ต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. การต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัว ก่อให้เกิดความเครียด และเกิดความวิตกกังวลขึ้น เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การหย่าร้าง เป็นต้น

สรุปได้ว่าความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ไม่เป็นที่พึงพอใจของบุคคล ก่อเกิดความรู้สึกตึงเครียด เป็นทุกข์ ไม่สบายใจ ดังนั้นความตายจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากความตายเป็นเหตุการณ์ที่แสดงถึงอันตรายต่อชีวิต ซึ่งบางคนอาจคิดว่าความตายมักจะทำให้เจ็บปวดและทรมาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจและพฤติกรรม ดังต่อไปนี้ (ละออ หุตางกูร, 2535)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อความตึงเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งมีอาการและอาการแสดง ดังนี้ หัวใจเต้นแรงและเร็ว หน้านิ่วคิ้วขมวด หน้าแดงหรือซีด เหงื่อออกมาก ม่านตาขยาย ท้องอืด ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายและประจำเดือนผิดปกติ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี เช่น ฮอร์โมนอิพิเนพฟริน นอร์อิพิเนพฟรินและอดรีโนคอร์ติคอยด์ถูกขับเข้ากระแสโลหิตเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น มีการคั่งของโซเดียม การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น เพิ่มการทำลายไกลโคเจนในตับและกล้ามเนื้อ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงทางสรีระทั้งหมดที่เกิดขึ้นโดยบุคคลจะรู้สึกหรือไม่รู้สึกก็ตาม จะเป็นพลังผลักดันภายใน ที่มีอิทธิพลต่อระบบการรับรู้และประเมินภัยของสิ่งเร้าต่างๆ อีกต่อหนึ่ง

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กระสับกระส่าย กลัว กังวล ไม่สบายใจ หงุดหงิด โกรธ ตื่นเต้นตกใจง่าย รู้ว่ามีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้นและไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ จึงอาจมีอาการเศร้า เสียใจ มีความรู้สึกผิด ท้อแท้สิ้นหวัง นอกจากนี้ยังทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ ระบบความคิดถูกรบกวน การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว เสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม บ่นจุ้จี้ ไม่อดทน กลอกตาไปมา หลบตาหรือพยายามหลีกหนีไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นกระบวนการทางธรรมชาติซึ่งเมื่อเกิดขึ้นแล้ว บุคคลต้องพยายามปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลทาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จิตใจเอาไว้ การปรับตัวจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความสามารถ กำลังใจที่ได้รับความรุนแรงของเหตุการณ์และสิ่งที่จะเกิดขึ้น หรือสิ่งที่เหลืออยู่ว่ามีความสำคัญต่อผู้นั้นมากน้อยเพียงใด

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้ล้วนต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้การดำเนินชีวิตสามารถดำเนินไปอย่างปกติ

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย

Seneca (1979) กล่าวว่า โดยปกติคนจะกลัวความตาย คนกลัวความตายเพราะความตายเป็นสิ่งที่เราไม่รู้จัก ความตายเป็นความแน่นอนที่ไม่แน่นอน เพราะคนเรารู้ว่าความตายต้องเกิดขึ้นกับทุกคนแต่ไม่ทราบว่าเมื่อตายไปแล้ว ชีวิตตนจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร และจะตายเมื่อไร แต่โดยสรุปการกลัวตายของคนมีพื้นฐานมาจากความกลัวความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักและกลัวการเข้าไปสู่อาณาจักรที่ตนเองไม่รู้จัก และจากผลการศึกษาของโรงพยาบาล Royal Victory hospital สรุปว่าความกลัวความตายของคนประกอบด้วย กลัวทนต่อความเจ็บปวดไม่ได้ กลัวหายใจไม่ออก กลัวการเสื่อมของจิตใจ และกลัวสูญเสียการควบคุมตัวเองและกลัวการอยู่อย่างเดียวดายขณะตาย

ทฤษฎีความเสียใจ (Regret Theory) โดย Adrian Tomer and Grafton Eliason (1996, cited in Kastenbaum, 2009) กล่าวว่า บุคคลจะมีการประเมินคุณภาพและคุณค่าของชีวิต การคาดหมายในเรื่องของความตายจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลมากขึ้นถ้าบุคคลไม่มีหรือไม่สามารถบรรลุถึงสิ่งดีๆในชีวิตได้ บุคคลอาจจะทุกข์ทรมานกับความเสียใจตลอดช่วงเวลาของความล้มเหลวในอดีตและการพลาดโอกาส หรือกับการนึกถึงความสำเร็จในอนาคตแล้วพบว่ามันไม่สามารถเป็นไปได้ ทฤษฎีความเสียใจได้ระบุถึงวิธีลดความวิตกกังวลด้วยการมีความสุขกับปัจจุบันให้มากที่สุด

ทฤษฎีการจัดการความกลัว (Terror Management Theory) ของ Pyszczynski (1999 cited in Cavanaugh and Blanchard-Field, 2002) กล่าวว่า ความวิตกกังวลต่อความตายคือ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปฏิกิริยาของบุคคลที่มีความกังวลเกี่ยวกับความตาย และปฏิกิริยานั้นส่งผลต่อแรงขับขั้นพื้นฐาน โดยความวิตกกังวลมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ

1. ความกังวลต่อความเจ็บปวด
2. ความกังวลต่อการหยุดทำงานของร่างกาย
3. ความกังวลว่าการการเดินทางไปสู่เป้าหมายจะหยุดชะงัก
4. ความกังวลว่าจะเกิดผลกระทบในทางลบต่อผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความวิตกกังวลต่อความตายที่ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการศึกษาทบทวนเอกสารไปใช้ในการสร้างเครื่องมือประกอบการวิจัย

แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

ความหมายของการมองโลกในแง่ดี

พระราชวรมุนี (2540) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี เป็นสุทัศนะนิยมหรือที่เรียกว่า Realistic optimism คือการมองโลกดีอย่างมีเหตุผลมีความหวัง เชื่อว่าเราสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยความพยายาม ไม่ยอมจำนนต่อโชคชะตา

ประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า การมองโลกเป็นการมองแบบทวิลักษณ์ คือ การคิดแบบ 2 ด้าน มองลักษณะ มองสรรพสิ่งต่างๆทั้งด้านที่เป็นคุณและด้านเป็นโทษ การมองโลกในแง่ดีเป็นการมองสิ่งต่างๆในแง่ที่เป็นคุณ

ว. วชิรเมธี (2550) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึงการรู้จักมองหาด้านที่เป็นคุณของสิ่งต่างๆ ซึ่งผ่านเข้ามาในชีวิตของเราให้พบ แล้วรู้จัก ประยุกต์สิ่งซึ่งเลวร้ายหรือดูเสมือนว่าเลวร้ายนั้นให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ยุทธนา ภาระนันท์ (2551) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีท่ามกลางอุปสรรคปัญหา เป็นมุมมองที่เชื่อว่าโลก บุคคล และเหตุการณ์นั้นมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่ดีต่อกัน จึงย่อมเกิดผลอันดีในที่สุด

Tiger (1979 cited in Peterson, 2000) ให้ความหมายของการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึง อารมณ์หรือทัศนคติซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตของสังคมหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ว่าจะทำให้บุคคลที่คาดหวังเกิดความพึงพอใจหรือได้รับประโยชน์

Seligman (1988) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือ การมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าการไม่ประสบความสำเร็จเป็นความล้มเหลวเพียงชั่วคราวเท่านั้น และเชื่อว่าไม่ใช่เป็นเพราะความผิดของตนเองแต่เป็นเพราะสภาพแวดล้อม ความโชคร้าย หรือบุคคลอื่นเป็นผู้กระทำ จะไม่วิตกกังวลกับอุปสรรคที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น

Goleman (1995) กล่าวว่า การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การมีความหวังอย่างแรงกล้าในสิ่งต่างๆ ว่าจะกลายเป็นสิ่งที่ดี แม้จะมีความล้มเหลวและไม่สมหวังขัดขวางอยู่ก็ตาม จากแง่คิดของความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) อธิบายถึงการมองในแง่ดีว่าเป็นทัศนคติที่ต้านไม่ให้บุคคลเข้าสู่ภาวะของความเฉื่อยชา ความหมดหวัง หรือเกิดความกดดันทางความคิด

Amy *et al*. (2002) กล่าวถึงการมองโลกในแง่ดีว่า หมายถึงการคาดหวังโดยทั่วๆไปว่าผลลัพธ์ที่ตามมาจะเป็นบวก ซึ่งการมองโลกในแง่ดีมีผลดีต่อทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

สรุปได้ว่าการมองโลกในแง่ดีหมายถึง การมีทัศนคติ ความเชื่อ ความหวังในทางบวก ว่าสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจะต้องมีผลลัพธ์ที่ดีเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และตนเองยังมีโอกาสประสบความสำเร็จ มองเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆในด้านที่เป็นคุณ และมีความคิดว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและมีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อมภายนอกไม่ได้เกิดจากตนเอง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

ทฤษฎี Reformulated Learned Helplessness Theory (RLHT) ของ Abramson, Seligman, and Teasdale (1978, cited in Gillham *et al.,* 2001) กล่าวว่า เมื่อมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เป็นไปในทางไม่ดี บุคคลจะมีวิธีบอกตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นเพื่อเป็นการระบายอารมณ์ ลดความตึงเครียด และป้องกันการซึมเศร้า ทฤษฎีนี้ได้อธิบายว่าวิธีบอกตนเองของบุคคลมี 3 มิติ คือ 1) เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากภายในหรือภายนอก 2) เหตุการณ์นั้นคงทนถาวรหรือไม่คงทนถาวร 3) เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไปหรือเฉพาะเจาะจง บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะบอกกับตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นกับชีวิตว่าเหตุการณ์นั้นมีสาเหตุมาจากภายนอก ไม่คงทนถาวร และเกิดขึ้นแบบเฉพาะเจาะจง นั่นคือ บุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะเชื่อว่าเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นจากสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น ไม่ใช่ตนเอง เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว และส่งผลกระทบต่อชีวิตในบางเรื่องเท่านั้น ไม่ใช่ทั้งหมด

Seligman (1988) ได้เสนอรูปแบบการอธิบายตนเอง (Explanatory Style) ในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลขึ้นใหม่ โดยปรับปรุงทฤษฎี Reformulated Learned Helplessness Theory เขาอธิบายว่าจากการบรรยายตนเองสามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลนั้นมีมุมมองชีวิตในลักษณะไหน เป็นการมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้าย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วยมิติที่สำคัญ 3 มิติ ดังนี้

1. ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองโดยบุคคลมีความเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นถาวร (Permanence) หรือเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นชั่วคราว (Temporary) สำหรับผู้ที่มีการมองโลกในแง่ดี จะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นเสมอและตลอดไป แต่สำหรับผู้ที่มีการมองโลกในแง่ร้าย จะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นอย่างถาวรและจะมีผลกระทบต่อชีวิตอยู่เสมอ ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น

2. ความเป็นตนเอง (Personalization) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากตนเอง (Internal) หรือเกิดมาจากสาเหตุภายนอก (External) หรือบุคคลอื่น โดยที่บุคคลที่มีการมองโลกในแง่ดีจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เพราะมีสาเหตุมาจากสิ่งอื่นส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเพราะตนเอง โดยผู้ที่มีการตำหนิผู้อื่นหรือสถานการณ์ภายนอกนั้นจะไม่รู้สึกสูญเสียความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สำหรับผู้ที่มองในแง่ร้ายก็มักจะมองว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเพราะตนเอง แต่สิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นเพราะสิ่งอื่น ซึ่งผู้ที่ตำหนิตนเองเมื่อล้มเหลวจะเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) มักจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่ฉลาด และไม่น่ารัก

3. ความครอบคลุม (Pervasiveness) เป็นรูปแบบการอธิบายตนเองที่บุคคลเชื่อว่าสาเหตุของสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความเฉพาะ (Specific) หรือเป็นสิ่งสากลทั่วไป (Universal) บุคคลที่มีการมองในแง่ดีจะรู้สึกว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะสิ่งหนึ่งสิ่งใดเท่านั้น ส่วนสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นในทุกเรื่อง สำหรับบุคคลที่มีการมองในแง่ร้ายจะรู้สึกว่าสิ่งร้าย ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นกับทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องและสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นเฉพาะบางเรื่องเท่านั้น

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1988) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือ ความคิดหรือความเชื่อในทางบวกของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อเหตุการณ์ต่างๆ โดยเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายและมีทางแก้ไขได้ โดยคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีรูปแบบการอธิบายให้เหตุผลตนเองแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ ความคงทนถาวร ความเป็นตนเอง และความครอบคลุม

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีนักวิชาการบางกลุ่มเรียกได้อีกอย่างว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หรือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า Spiritual well-being เช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำว่า Spiritual well-being ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2534) ได้ให้ความหมายของคำว่า จิตวิญญาณ ที่นำมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาลว่าหมายถึง พลังชีวิตของคนซึ่งแสวงหาจุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพและการมีชีวิตรอด เป็นจิตวิญญาณที่แสวงหาจุดมุ่งหมายของความรัก ความไว้วางใจ ความหวัง และการให้อภัยแก่ตนเองและผู้อื่น

ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ว่าหมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self-transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปีติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึกหรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ชนิกา เจริญจิตติกุล (2549) กล่าวถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าเป็นสภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายจิตใจ มีความสุขในการมีชีวิตอยู่ตลอดเวลา พึงพอใจในธรรมชาติความจริงของชีวิต สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี พอใจในศาสนาที่ตนนับถือ

สิวลี ศิริไล (2549) กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง คุณลักษณะที่สำคัญและละเอียดอ่อนของมนุษย์ เป็นยากที่จะอธิบายความหมายของจิตวิญญาณได้อย่างเด็ดขาดตายตัวเพราะมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความหมายที่กว้างที่สุดของจิตวิญญาณก็คือ เป็นความรู้สึกที่ละเอียดอ่อนของมนุษย์ที่ผูกพัน รัก ชื่นชม ยกย่องบูชา ในบางสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความมีชีวิตชีวา เกิดพลังใจ เกิดความหวัง เกิดความสงบสุขภายในจิตใจ จิตวิญญาณจึงเป็นตัวตนภายในที่ลึกซึ้งของมนุษย์แต่ละคน

Ameling and Povilonis (2001) ที่ให้คำนิยามจิตวิญญาณว่า เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต (Meaning Making) เช่น ฉันเป็นใคร ฉันอยู่ที่นี่เพราะอะไร สิ่งต่างๆเหล่านี้มีความหมายอย่างไรต่อฉัน และ อะไรคือสิ่งที่ฉันหวังจะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่บนโลกนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Thorson and Cook (cited in Chow, 2005) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-being) คือการยืนยันว่าชีวิตจะอยู่ในสัมพันธภาพกับพระเจ้า ตนเอง ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่ได้โอบอุ้มและมอบความสุขสมบูรณ์ให้แก่เรา

Paloutzian and Eillison (1982) ได้ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลว่าสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จที่ตั้งใจไว้ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งหนึ่งที่ชี้ให้เห็นถึงความเข้มแข็งของจิตวิญญาณที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของตัวบุคคล

Highfield and Carson (1983 cited in Sheldon, 2004) ให้ความความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า คือ ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต การต้องการความรักและถูกรัก และความต้องการความหวังและความสร้างสรรค์

Doenges and Moorhouse (1998) เสนอว่า เมื่อเรามีความผาสุกทางจิตวิญญาณ เราจะสามารถเพิ่มความหมาย เป้าหมาย และคุณค่าให้แก่ชีวิตเราได้ แล้วเราจะได้รับสันติภาพ ความสมานฉันท์ และความพึงพอใจ

Chow (2005) กล่าวว่า คำว่าจิตวิญญาณมักจะมีความเกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และทำให้นึกถึงผู้สูงอายุ ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีลักษณะของความเมตตา ความซื่อสัตย์ ความรัก สติปัญญา ฯลฯ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องประสบกับความเสื่อมถอยของร่างกายแต่ความผาสุกทางจิตวิญญาณไม่จำเป็นต้องเสื่อมถอยตามร่างกายเสมอไป เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความเครียด ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และช่วยในการปรับตัวกับโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี

สรุปได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึงสภาวะที่บุคคลมองเห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต เห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในธรรมชาติความจริงของชีวิต พึงพอใจในศาสนาที่ตนนับถือ มีสิ่งยึดเหนี่ยวภายในจิตใจที่ทำให้รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา มีความหวัง ความสงบสุขภายในจิตใจ มีความเสียสละเมตตากรุณา มีความหวัง มีความสร้างสรรค์ ไม่เห็นแก่ตัว ให้ความรักและได้รับความรัก ให้ความไว้วางใจ ให้อภัย ต่อตนเองและผู้อื่น

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

องค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

Paloutzian and Eillison (1982) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 2 ด้าน คือ

1. ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (The Existential Well-being) บุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเป็นผู้ที่รู้เป้าหมาย มีความพึงพอใจในชีวิต และให้ความหมายในชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้เป้าหมายของชีวิต (Sense of Life purpose) เป็นเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิตของบุคคล รู้ว่าตนเองกระทำสิ่งใด เพื่ออะไร อะไรเป็นสิ่งที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิตทำให้บุคคลรู้ว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีเป้าหมาย ไม่รู้สึกเคว้งคว้าง เลื่อนลอย มีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ มองเห็นถึงความหมายของชีวิตตนเอง ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต

1.2 ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Life satisfaction) คือการที่บุคคลรู้สึกเป็นสุขกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตนเอง ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง เห็นวันเวลาเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสวยงามและมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้

2. ความผาสุกในการมีศาสนาเป็นสิ่งยึดมั่น (The Religious Well-being) ศาสนาเป็นประกอบเป็นบ่อเกิดอันสำคัญของวัฒนธรรมและจริยธรรม ซึ่งอบรมหล่อหลอมชีวิตของบุคคล การกระทำของบุคคลที่แสดงออกหรือลักษณะสังคมที่เป็นอยู่ ล้วนเป็นผลสืบเนื่องที่ศาสนามีส่วนช่วยชักนำให้เป็นไปด้วยทั้งสิ้น โดยศาสนาช่วยให้คนเราเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ 2 ลักษณะ คือ

2.1 การมีความเชื่อและศรัทธาในศาสนาและนำมาปฏิบัติ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Highfield and Carson (1983) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบของความต้องการด้านจิตวิญญาณของมนุษย์ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีด้วยกัน 4 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต (Need for meaning and purpose in life) โดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือ การดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เห็นความหมายของการมีชีวิต มีความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนา และต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

2. ความต้องการได้รับความรัก (Need to receive love) โดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือ แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับความรัก ความเมตตา และให้อภัยจากผู้อื่น

3. ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น (Need to give love) โดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือ แสดงความรักต่อผู้อื่น โดยการกระทำ แสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น

4. ความต้องการความหวังและการสร้างสรรค์ (Need for hope and Creativity) โดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม คือ ดำเนินชีวิตอย่างมีความหวังและสร้างสรรค์ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่มีความเป็นไปได้

Hunglemann *et al.* (1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางจิตวิญญาณไว้ 3 มิติ คือ

1. มิติของความศรัทธาและความเชื่อ เป็นความเชื่อด้านจิตวิญญาณ เป้าหมายในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างความเชื่อด้านจิตวิญญาณ และแนวทางการดำเนินชีวิต

2. มิติของชีวิตและความรับผิดชอบของตัวเอง เป็นความเชื่อในอำนาจสูงสุด การให้อภัยผู้อื่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หรือตัดสินใจในชีวิต

3. มิติของความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตั้งเป้าหมายยอมรับสถานการณ์ของชีวิต ให้ความรักต่อผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

McSherry (2006) กล่าวว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Need) ของบุคคลได้รับการตอบสนอง โดยความต้องการด้านจิตวิญญาณจะประกอบไปด้วย

1. ความต้องการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต
2. ความต้องการความรักและการอภัย
3. ความต้องการความหวัง
4. ความต้องการความไว้วางใจ
5. ความต้องการมีที่พึ่งทางใจ ศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายความผาสุกทางจิตวิญญาณของ Highfield and Carson (1983 cited in Sheldon, 2004) นั่นคือ ความผาสุกทางจิตวิญญาณหมายถึง ความต้องการมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต การต้องการความรักและถูกรัก และความต้องการความหวังและความสร้างสรรค์ และประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณจากการได้รับการตอบสนองความต้องการทางจิตวิญญาณโดยใช้แนวคิดของ Highfield and Carson (1983 อ้างในชนิกา เจริญจิตติกุล, 2549) เนื่องจากมีการระบุถึงพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างชัดเจน โดยประเมิน 4 ด้าน คือ 1) เห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต 2) การได้รับความรัก 3) การแสดงความรักต่อผู้อื่นโดยแสดงออกในรูปพฤติกรรม 4) การมีความหวังและการสร้างสรรค์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้สำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ซึ่งรวบรวมได้ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อความตาย

พัชรีดา ไชยลังกา (2534) ได้อ้างถึงงานวิจัยของ Keith ที่พบว่าเพศหญิงส่วนใหญ่ยอมรับเรื่องชีวิตและความตาย (Positivist) เพศหญิงที่สุขภาพเสื่อมถอยมีแนวคิดทั้งยอมรับและปฏิเสธ เพศหญิงแสดงออกถึงการยอมรับความตาย และวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายน้อยกว่าเพศชายมีความเข้าใจว่าความตายคล้ายการเริ่มต้นชีวิตอีกรูปแบบหนึ่ง ส่วนเพศชายส่วนใหญ่คิดว่าความตายทำให้ตนเองมีเวลาในการดำเนินชีวิตเหลือน้อยลงกลัวความตาย ความตายทำให้เกิดการสูญเสีย (Negativist) มีแนวคิดแบบปฏิเสธ คิดว่าความตายเป็นการสิ้นสุด

ดุษฎี กฤษฎี (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อศึกษาระดับทัศนะคติที่มีต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนะคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทัศนะคติต่อความตายอยู่ในระดับสูงหรือทัศนะคติในทางบวก คือการมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติเป็นสัจจธรรมของชีวิตที่สิ่งมีชีวิตทุกสิ่งต้องประสพ

Mickey (1999) ได้ศึกษาถึง การกลัวความตายของผู้สูงอายุ ประเด็นหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัวความตาย คือ กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความอ้างว้างโดดเดี่ยว บุคคลที่ขาดการช่วยเหลือค้ำจุนทางสังคม ญาติเพื่อนฝูง จะหมกมุ่นกับการสูญเสีย เศร้าโศกเป็นเวลานานดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่กลัวตาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมองโลกในแง่ดี

Achat *et al.* (2000) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและอาการซึมเศร้า กับการทำงานของร่างกายและจิตใจในชายที่มีอายุอยู่ในวัยกลางคนและวัยสูงอายุจำนวน 659 คน ผลการวิจัยพบว่า การมองโลกในแง่ดีมีความเกี่ยวข้องกับระดับการรับรู้สุขภาพ ความมีพลังแห่งชีวิต และสุขภาพจิต ที่สูงขึ้น และเกี่ยวข้องกับระดับความเจ็บปวดทางร่างกายที่ลดลง แต่

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ไม่มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม หรือการถูกจำกัดบทบาท อันเนื่องมาจากปัญหาทางร่างกายหรืออารมณ์ การมองโลกในแง่ดีและภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายสภาวะการทำงานของชายสูงอายุได้อย่างเป็นอิสระต่อกัน

Affleck, Tennen, and Apter (2001) ทำการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีและการปรับตัวต่อการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะของการมองโลกในแง่ดีจะแสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่กว่าต่อการเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ รวมไปถึงผู้ป่วยที่ต้องเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือมีบุคคลอันเป็นที่รักป่วยด้วยโรคมะเร็งที่มองโลกในแง่ดีจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตึงเครียดจากการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ร้าย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ธนิญา น้อยเปียง (2545) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมทั่วไป แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 120 ราย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.50 และร้อยละ 47.50 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางและสูงตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26.2

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์ (2545) ได้ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 9 ราย ทำการวิจัยโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณว่า คือ การมีความสุข มีความสงบ มีสติ มีความเมตตากรุณา และมีจิตใจที่เข้มแข็ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วยการใช้พระพุทธศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ยึดมั่นในหลักคำสอนของพระพุทธศาสนา ปฏิบัติกิจกรรมตามหลักพระพุทธศาสนา และประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยทางบวก ได้แก่ ความหวัง การยอมรับสภาพตัวเอง การเปิดเผยตัวเอง การเปิดเผยตัวเองว่าติดเชื้อ การปลงความรู้สึกมีคุณค่าต่อตัวเอง ความรับผิดชอบในภาระและหน้าที่ การตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการคิดถึงสิ่งที่ดี ปัจจัยทางลบ ได้แก่ สภาพจิตใจที่อ่อนแอ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ รายได้ ประสบการณ์ชีวิตในอดีต บุคลิกภาพส่วนบุคคล การเลี้ยงดูในครอบครัว และสุขภาพร่างกาย

พรพรหม รุจิไพโรจน์ (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่หน่วย short stay โรงพยาบาลรามาธิบดี เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2549 จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 52.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชินัณ บุญเรืองรัตน์ (2551) ได้ทำการวิจัยเรื่องความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณและด้านความสุข อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 64.5 และ 37.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีความ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ลักษณะที่พักพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่รวมกันมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าอยู่เพียงลำพัง และการเข้าร่วมกิจกรรมพบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม ด้านความสุขพบว่า ผู้ที่มีอายุมากมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสุขมากกว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ปัจจัยที่สามารถทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณได้คือ อายุ (.029) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านความสุขปัจจัยที่สามารถทำนายได้คือ โรคประจำตัว (.048) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

McClain, Rosenfield, and Breitbart (2003) ได้ทำการวิจัยเรื่องอิทธิพลของความผาสุกทางจิตวิญญาณต่อความสิ้นหวังในชีวิตช่วงท้ายของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 160 คน ในศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งได้รับการวินิจว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 3 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ภาวะซึมเศร้า และความสิ้นหวัง ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความปรารถนาที่จะตายโดยเร็ว ความสิ้นหวัง และความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับความปรารถนาที่จะตายโดยเร็วในผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความตาย

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง” พบว่า ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมทางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของอาการสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์การปรับตัวได้ร้อยละ 65.0

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

O'Leary and Nieuwstraten (2001) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประเด็นทางจิตวิทยาที่ปรากฏในการกล่าวถึงความตายและภาวะใกล้ตาย โดยทำการอภิปรายและบันทึกเสียงในหัวข้อความตายและภาวะใกล้ตายกับผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นคนชราแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไอร์แลนด์ จำนวน 5 คน จากนั้นนำเทปบันทึกเสียงสนทนามาถอดความเพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะใกล้ตายของ Kubler-Ross (1969) ผลการอภิปราย พบว่าผู้สูงอายุมีการปรับตัวอยู่ในขั้นปฏิเสธ ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับ ส่วนประเด็นทางจิตวิทยาที่ปรากฏขึ้นในการอภิปรายคือ ความกลัวการลืม ภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือที่ใช้ในการปรับตัว เช่น การไม่สนใจความตาย การสวดมนต์ หรือการใช้อารมณ์ขัน

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆข้างต้น จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณนั้นล้วนส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้วิจัยจึงมีข้อสันนิษฐานว่าตัวแปรต่างๆเหล่านี้มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวต่อความตาย เนื่องจากความตายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงได้สรุปและรวบรวมตัวแปรต่างๆ แล้วนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังรูป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อย ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.5 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

2. ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

5. ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อการตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยศึกษาตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวต่อการตายของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10,230 คน (ข้อมูลเดือนกันยายน – เดือนธันวาคม 2552)

กลุ่มตัวอย่าง

1. การหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10,230 คน โดยการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Cochran (1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+d^2 N}$$

$$n = \frac{10,230}{1+(0.05)^2 10,230}$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

n = 385 คน

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากร

n คือ ขนาดของตัวอย่าง

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05

2. วิธีการสุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เป็นการเก็บตัวอย่างโดยพบประชากรแล้วเก็บให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ตลอดจนงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา โรคเรื้อรังที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย เป็นแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตายซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสารตำรา ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เป็นจริงมากที่สุด	4	1
เป็นจริงมาก	3	2
เป็นจริงน้อย	2	3
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	4

เมื่อจำแนกเกณฑ์การวัดความวิตกกังวลต่อความตายแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาจัดการกระจายข้อมูลเพื่อให้ได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ช่วงแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

1.00 – 2.00	มีความวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	มีความวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	มีความวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยแบ่งระดับความวิตกกังวลต่อความตายรวมทั้งฉบับ (8 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

$$\text{จะได้ช่วงคะแนนเท่ากับ} \quad \frac{32 - 8}{3} = 8$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คะแนนระหว่าง 8.00 – 16.00 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อความตายระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 16.01 – 24.00 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อความตายระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 24.01 – 32.00 หมายถึง ความวิตกกังวลต่อความตายระดับสูง

ส่วนที่3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1988) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	**คำถามเชิงบวก**	**คำถามเชิงลบ**
เป็นจริงมากที่สุด	4	1
เป็นจริงมาก	3	2
เป็นจริงน้อย	2	3
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	4

เมื่อจำแนกเกณฑ์การวัดการมองโลกในแง่ดีแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาจัดการกระจายข้อมูลเพื่อให้ได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ช่วงแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

1.00 – 2.00	มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	มีการมองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับสูง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผู้วิจัยแบ่งระดับการมองโลกในแง่ดีรวมทั้งฉบับ (15 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

จะได้ช่วงคะแนนเท่ากับ $\frac{60 - 15}{3} = 15$

คะแนนระหว่าง 15.00 – 30.00 หมายถึง การมองโลกในแง่ดีระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 30.01 – 45.00 หมายถึง การมองโลกในแง่ดีระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 45.01 – 60.00 หมายถึง การมองโลกในแง่ดีระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดของ Highfield and Carson (1983) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	**คำถามเชิงบวก**	**คำถามเชิงลบ**
เป็นจริงมากที่สุด	4	1
เป็นจริงมาก	3	2
เป็นจริงน้อย	2	3
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	4

เมื่อจำแนกเกณฑ์การวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาจัดการกระจายข้อมูลเพื่อให้ได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น ตามสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$$

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{4 - 1}{3} = 1$$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ช่วงแปลผลตามช่วงคะแนน ดังนี้

1.00 – 2.00	มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

ผู้วิจัยแบ่งระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณรวมทั้งฉบับ (16 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

จะได้ช่วงคะแนนเท่ากับ $\frac{64 - 16}{3} = 16$

คะแนนระหว่าง 16.00 – 32.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 32.01 – 48.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 48.01 – 64.00 หมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดของ Kubler-Ross (1969 cited in Crandail, 1991) ทั้งหมด 5 ขั้น ขั้นละ 5 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	**คำถามเชิงบวก**	**คำถามเชิงลบ**
เป็นจริงมากที่สุด	4	1
เป็นจริงมาก	3	2
เป็นจริงน้อย	2	3
เป็นจริงน้อยที่สุด	1	4

เมื่อจำแนกเกณฑ์การวัดการปรับตัวต่อความตายแล้ว ผู้วิจัยได้นำมาจัดการกระจายข้อมูลเพื่อให้ได้ความกว้างของอันตรภาคชั้น ตามสูตรการคำนวณดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนอันตรภาคชั้น}}$

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = $\frac{4 - 1}{}$ = 1

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ช่วงแปลผลตามช่วงคะแนนสำหรับขั้นที่ 1-4 ดังนี้

1.00 – 2.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับดี
2.01 – 3.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับดีปานกลาง
3.01 - 4.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับไม่ดี

ได้การแปลผลตามช่วงคะแนนสำหรับขั้นที่ 5 ดังนี้

1.00 – 2.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับไม่ดี
2.01 – 3.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับดีปานกลาง
3.01 - 4.00 มีการปรับตัวต่อความตายอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยแบ่งระดับการปรับตัวต่อความตายแต่ละขั้น (ขั้นละ 5 ข้อ) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังนี้

จะได้ช่วงคะแนนเท่ากับ $\frac{20 - 5}{3}$ = 5

ได้การแปลผลตามช่วงคะแนนสำหรับขั้นที่ 1-4 ดังนี้

คะแนนระหว่าง 5.00 – 10.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายระดับดี
คะแนนระหว่าง 10.01 – 15.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายระดับดีปานกลาง
คะแนนระหว่าง 15.01 – 20.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายในระดับไม่ดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ได้การแปลผลตามช่วงคะแนนสำหรับขั้นที่ 5 ดังนี้

คะแนนระหว่าง 5.00 – 10.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายระดับไม่ดี
คะแนนระหว่าง 10.01 – 15.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายระดับดีปานกลาง
คะแนนระหว่าง 15.01 – 20.00 หมายถึง การปรับตัวต่อความตายในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของข้อคำถาม

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสำหรับการวิจัยที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง (Try out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คนโดยนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายข้อ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาร์ค (Cronbach's Coefficient Alpha)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวมรวบข้อมูลสำหรับการวิจัยดังนี้

1. ทำหนังสือเรื่องขออนุมัติในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

2. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปแจกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่แบ่งไว้ โดยอธิบายถึงขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4. นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดแล้ว ได้ลงรหัสบันทึกข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้ในการจำแนกตัวแปร และแปรความหมายตัวแปร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แสดงลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน

3. F – test ใช้ทดสอบความแปรปรวนของคะแนนที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป ที่มีข้อมูลอยู่ในระดับช่วง (Interval scale) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวอย่างรายคู่ด้วยวิธีของ LSD (Least Significance Difference)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน

5. ใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหูคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พยากรณ์ตัวแปรหนึ่งตัว ซึ่งเป็นผลจากกลุ่มตัวแปรอิสระตั้งแต่สองตัวขึ้นไป เพื่อต้องการทราบถึงการทำนายตัวแปรอิสระใดที่คาดว่ามีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระที่ร่วมพยากรณ์นั้นสามารถทำนายตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 385 คน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 6 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย
ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 1 **ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ศาสนา โรคเรื้อรังที่ป่วย ระยะเวลาที่ป่วย มีรายละเอียดดังนี้คือ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

(n =385)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวนคน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	132	34.3
	หญิง	253	65.7
อายุ			
	60-65 ปี	188	48.8
	66-70 ปี	88	22.9
	71 ปีขึ้นไป	109	28.3
ระดับการศึกษา			
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	53	13.8
	ระดับประถมศึกษา	161	41.8
	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	16.4
	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย(หรือเทียบเท่า)	60	15.6
	ระดับอุดมศึกษา	48	12.5
รายได้			
	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	36.6
	1,001 – 5,000 บาท/เดือน	117	30.4
	5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	33.0
ศาสนา			
	พุทธ	377	97.9
	คริสต์	2	0.5
	อิสลาม	6	1.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

(n =385)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ
โรคเรื้อรังที่ป่วย		
เบาหวาน	104	27
ความดันโลหิต	170	44.2
หัวใจ	34	8.8
ไต	31	8.1
กล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก และอื่นๆ	46	11.9
ระยะเวลาที่ป่วย		
1-5 ปี	186	48.3
6-10 ปี	128	33.2
11 ปีขึ้นไป	71	18.5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จากตารางที่ 1 สรุปได้ดังนี้

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นหญิง โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 253 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนเพศชายมีจำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มีจำนวนมากที่สุด โดยมีทั้งสิ้น 188 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 71 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 28.3 และผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี มีจำนวน 88 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.9

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยมีจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.8 และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งมีจำนวนน้อยที่สุด

รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน โดยมีจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 36.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือน มีจำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 33.0 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 1,000 – 5,000 บาท/เดือน มีจำนวน 117 คิดเป็นร้อยละ 30.4

ศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีจำนวน 377 คน คิดเป็นร้อยละ 97.9 ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและคริสต์มีเพียง 6 และ 2 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.6 และ 0.5 ตามลำดับ

โรคเรื้อรังที่ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดโดยมีจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 44.2 อันดับสองคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 27 อันดับสามคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูกและอื่นๆ มีจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคไตมีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 34 และ 31 คน คิดเป็นร้อยละ 8.8 และ 8.1 ตามลำดับ

ระยะเวลาที่ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ป่วยมานานเป็นระยะเวลา 1-5 ปี โดยมีจำนวน 186 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน 6-10 ปี มีจำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 33.2 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 11 ปีขึ้นไป มีจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 18.5

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ

(n=385)

ความวิตกกังวลต่อความตาย	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับความวิตกกังวลต่อความตาย
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อนึกถึงความตาย	53 (13.8)	66 (17.1)	146 (37.9)	120 (31.2)	2.14	1.01	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าความตาย เป็นเรื่องธรรมชาติ	235 (61)	97 (25.2)	31 (8.1)	22 (5.7)	1.58	.86	ต่ำ
3. เมื่อนึกถึงความตาย ท่านรู้สึกไม่สบายใจ	50 (13)	74 (19.2)	141 (36.6)	120 (31.2)	2.14	1.0	ปานกลาง
4. ท่านกลัวความตาย	60 (15.6)	83 (21.6)	105 (27.3)	137 (35.6)	2.17	1.08	ปานกลาง
5. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อต้องเผชิญความตาย	45 (11.7)	91 (23.6)	135 (35.1)	114 (29.6)	2.17	.98	ปานกลาง
6. ท่านคิดว่าคนทุกคนต้องตายไม่ว่าช้าหรือเร็ว	260 (67.5)	76 (19.7)	35 (9.6)	14 (3.6)	1.49	.81	ต่ำ
7. ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขอย่างหนึ่ง	158 (41)	142 (36.9)	49 (12.7)	36 (9.4)	1.90	.95	ต่ำ
8. เมื่อนึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้นท่านรู้สึกทุกข์ใจ	38 (9.9)	89 (23.1)	116 (30.1)	142 (36.9)	2.06	.99	ปานกลาง
รวม					15.66	.67	ต่ำ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความตายโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 15.66) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมี 3 ข้อ เรียงค่าเฉลี่ยตามลำดับคือ ข้อที่ 7 ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขอย่างหนึ่ง มีค่าเฉลี่อยู่ในระดับต่ำมีค่าเฉลี่ย1.90 ข้อที่ 6 ท่านคิดว่าคนทุกคนต้องตายไม่ว่าช้าหรือเร็วมีค่าเฉลี่ย 1.58 และ ข้อที่ 2 ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ มีค่าเฉลี่ย 1.49

ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมี 5 ข้อ โดยข้อที่ 4 ท่านกลัวความตายกับข้อที่ 5 ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อต้องเผชิญความตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.17 ส่วนข้อที่ 1 ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อนึกถึงความตายกับข้อที่ 3 เมื่อนึกถึงความตาย ท่านรู้สึกไม่สบายใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ 2.14 และข้อที่ 8 เมื่อนึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้นท่านรู้สึกทุกข์ใจ มีค่าเฉลี่ย 2.06

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ

(n=385)

การมองโลกในแง่ดี	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการมองโลกในแง่ดี
ความคงทนถาวร							
1. ถ้าท่านทะเลาะกับลูกท่านคิดว่าอีกไม่นานก็ดีกัน	173 (44.9)	122 (31.7)	58 (15.1)	32 (8.3)	3.13	.96	สูง
2. เมื่อมีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้	88 (22.9)	158 (41)	106 (27.5)	33 (8.6)	2.78	.89	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=385)

การมองโลกในแง่ดี	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการมองโลกในแง่ดี
3. ท่านคิดว่าเรื่องดีๆจะเกิดกับท่านเสมอ	66 (17.1)	162 (42.1)	119 (30.9)	38 (9.9)	2.66	.87	ปานกลาง
4. ถ้าหมอบอกว่าวันนี้อาการป่วยของท่านดีขึ้น ท่านคิดว่าเดี๋ยวพรุ่งนี้อาการก็แย่ลงอีก	26 (6.8)	95 (24.7)	188 (48.8)	76 (19.7)	2.82	.83	ปานกลาง
5. ท่านไม่อยากอยู่คนเดียวเพราะท่านคิดว่าถ้ามีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านจะแก้ปัญหาเองไม่ได้	63 (16.4)	123 (31.9)	135 (35.1)	64 (16.6)	2.52	.95	ปานกลาง
ความเป็นตนเอง							
6. ท่านคิดว่าเรื่องดีๆที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดขึ้นเพราะตัวท่านเอง	99 (25.7)	179 (46.5)	74 (19.2)	33 (8.6)	2.89	.88	ปานกลาง
7. ท่านคิดว่าสิ่งร้ายๆที่เกิดขึ้นกับท่าน เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้	61 (15.8)	142 (36.9)	123 (31.9)	59 (15.3)	2.53	.93	ปานกลาง
8. ท่านคิดว่าการที่ท่านป่วยเกิดจากตัวท่านเอง	117 (30.4)	154 (40.0)	80 (20.8)	34 (8.8)	2.08	.93	ปานกลาง
9. เมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้นในชีวิตท่านมักจะโทษตัวเอง	68 (17.7)	135 (35.1)	133 (34.5)	49 (12.7)	2.42	.92	ปานกลาง
10. เมื่อท่านทราบว่าตัวเองป่วย ท่านมักจะคิดว่าชีวิตของท่านไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระของลูกหลาน	70 (18.2)	100 (26.0)	137 (35.6)	78 (20.3)	2.58	1.00	ปานกลาง
ความครอบคลุม							
11. ท่านคิดว่าชีวิตต้องเจอเรื่องร้ายๆบ้าง แต่ชีวิตไม่ได้มีแต่เรื่องร้าย	85 (22.1)	166 (43.1)	96 (24.9)	38 (9.9)	2.77	.90	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=385)

การมองโลกในแง่ดี	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการมองโลกในแง่ดี
12. ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว	156 (40.5)	141 (36.6)	53 (13.8)	35 (9.1)	3.09	.95	สูง
13. ถ้าท่านชวนลูกไปเที่ยวแล้วเขาไม่ไป ท่านคิดว่าต่อไปท่านชวนเขาไปไหนเขาก็จะไม่ไป	29 (7.5)	63 (16.4)	172 (44.7)	121 (31.4)	3.00	.88	สูง
14. ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆจะเกิดกับท่านเสมอ	5 (1.3)	48 (12.5)	187 (48.6)	145 (37.7)	3.23	.71	สูง
15. ท่านมักจะคิดว่าชีวิตคนอื่นมีแต่ความสุข แต่ชีวิตท่านเจอแต่ความทุกข์	18 (4.7)	54 (14.0)	180 (46.8)	133 (34.5)	3.11	.81	สูง
โดยรวมทั้งหมด					41.62	.42	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีจากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่มองโลกในแง่ดีโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 41.62) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

1. การมองโลกในแง่ดีในมิติความคงทนถาวรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อสามารถเรียงลำดับข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงไปต่ำได้ดังนี้ ข้อที่ 1 ถ้าท่านทะเลาะกับลูกท่านคิดว่าอีกไม่นานก็ดีกัน (ค่าเฉลี่ย 3.13) ข้อที่ 4 ถ้าหมอบอกว่าวันนี้อาการป่วยของท่านดีขึ้น ท่านคิดว่าเดี๋ยวพรุ่งนี้อาการก็แย่ลงอีก (ค่าเฉลี่ย 2.82) ข้อที่ 2 เมื่อมีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (ค่าเฉลี่ย 2.78) ข้อที่ 3 ท่านคิดว่าเรื่องดีๆจะเกิดกับท่านเสมอ (ค่าเฉลี่ย 2.66) และข้อที่ 5 ท่านไม่อยากอยู่คนเดียวเพราะท่านคิดว่าถ้ามีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านจะแก้ปัญหาเองไม่ได้ (ค่าเฉลี่ย 2.52)

2. การมองโลกในแง่ดีในมิติความเป็นตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สามารถเรียงลำดับข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงไปต่ำได้ดังนี้ ข้อที่ 6 ท่านคิดว่าเรื่องดีๆที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดขึ้นเพราะตัวท่านเอง (ค่าเฉลี่ย 2.89) ข้อที่ 10 เมื่อท่านทราบว่าตัวเองป่วยท่านมักจะคิดว่าชีวิตของท่านไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระของลูกหลาน (ค่าเฉลี่ย 2.58) ข้อที่ 7 ท่านคิดว่าสิ่งร้ายๆที่เกิดขึ้นกับท่านเกิดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ (ค่าเฉลี่ย 2.53) ข้อที่ 9 เมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้นในชีวิตท่านมักจะโทษตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 2.42) และข้อที่ 8 ท่านคิดว่าการที่ท่านป่วยเกิดจากตัวท่านเอง (ค่าเฉลี่ย 2.08)

3. การมองโลกในแง่ดีในมิติความครอบคลุมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14 ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆจะเกิดกับท่านเสมอ (ค่าเฉลี่ย 3.23) ข้อที่ 15 ท่านมักจะคิดว่าชีวิตคนอื่นมีแต่ความสุข แต่ชีวิตท่านเจอแต่ความทุกข์ (ค่าเฉลี่ย 3.11) ข้อที่ 12ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว (ค่าเฉลี่ย 3.09) และข้อที่ 13 ถ้าท่านชวนลูกไปเที่ยวแล้วเขาไม่ไป ท่านคิดว่าต่อไปท่านชวนเขาไปไหนเขาก็จะไม่ไป (ค่าเฉลี่ย 3.00) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมีเพียงข้อเดียวคือข้อที่ 11 ท่านคิดว่าชีวิตต้องเจอเรื่องร้ายๆบ้างแต่ชีวิตไม่ได้มีแต่เรื่องร้าย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ

(n=385)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
การเห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต							
1. ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต	75 (19.5)	188 (48.8)	89 (23.1)	33 (8.6)	2.79	.85	ปานกลาง
2. แม้จะอยู่ในช่วงปั้นปลายของชีวิตแต่ท่านก็คิดว่าชีวิตที่เหลือของท่านยังมีความหมาย	109 (28.3)	194 (50.4)	63 (16.4)	19 (4.9)	3.02	.80	สูง
3. ท่านต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาที่ท่านนับถือ	142 (36.9)	181 (47.0)	55 (14.3)	7 (1.8)	3.19	.74	สูง
4. ท่านคิดว่าคำสอนของศาสนาช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบสุข	195 (50.6)	150 (39.0)	34 (8.8)	6 (1.6)	3.39	.71	สูง
การได้รับความรัก							
5. ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับความรักจากลูกหลาน	121 (31.4)	166 (43.1)	78 (20.3)	20 (5.2)	3.01	.85	สูง
6. ท่านรู้สึกว่าลูกหลานจะให้อภัยต่อความผิดที่ท่านเคยทำ	88 (22.9)	191 (49.6)	77 (20.0)	29 (7.5)	2.88	.85	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกว่าลูกหลานไม่ค่อยเอาใจใส่ท่าน	16 (4.2)	62 (16.1)	171 (44.4)	136 (35.3)	3.11	.82	สูง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n=385)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณ
8. ท่านรู้สึกว่าญาติพี่น้องไม่อยากมาเยี่ยมท่าน ขณะที่ท่านป่วย	33 (8.6)	78 (20.3)	159 (41.3)	115 (29.9)	2.92	.92	ปานกลาง
การแสดงความรักต่อผู้อื่น							
9. ท่านแสดงความรักต่อคนรอบข้างเสมอ	122 (31.7)	216 (56.1)	41 (10.6)	6 (1.6)	3.18	.67	สูง
10. คนรอบข้างรับรู้ว่าท่านรักพวกเขา	100 (26.0)	206 (53.5)	68 (17.7)	11 (2.9)	3.03	.74	สูง
11. เมื่อคนอื่นทำความผิดท่านคิดว่าเขามีเหตุผลที่จะทำเช่นนั้น	67 (17.4)	219 (56.9)	80 (20.8)	19 (4.9)	2.87	.75	ปานกลาง
12. ท่านรู้สึกเห็นใจคนที่ต้องเผชิญกับชีวิตที่ลำบาก	143 (37.1)	186 (48.3)	51 (13.2)	5 (1.3)	3.21	.72	สูง
การมีความหวังและสร้างสรรค์							
13. ท่านมีความหวังเสมอว่าอาการป่วยของท่านจะดีขึ้น	98 (25.5)	208 (54.0)	62 (16.1)	17 (4.4)	3.01	.77	สูง
14. ท่านคิดว่าการรักษาอาการป่วยของท่านให้หายไม่ใช่เรื่องยากจนเกินไป	75 (19.5)	188 (48.8)	93 (24.2)	29 (7.5)	2.80	.84	ปานกลาง
15. ท่านรู้สึกท้อแท้กับชีวิต	28 (7.3)	55 (14.3)	152 (39.5)	150 (39.0)	3.10	.90	สูง
16. ท่านอยากให้มียาวิเศษที่รักษาอาการป่วยของท่านให้หายขาดทั้งๆที่รู้ว่าไม่มีทางเป็นไปได้	114 (29.6)	102 (26.5)	105 (27.3)	64 (16.6)	2.31	1.07	ปานกลาง
รวมทั้งหมด					47.81	.52	ปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณจากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 47.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการเห็นความหมายและมีเป้าหมายในชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4 ท่านคิดว่าคำสอนของศาสนาช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบสุข (ค่าเฉลี่ย 3.39) ข้อที่ 3 ท่านต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาที่ท่านนับถือ (ค่าเฉลี่ย 3.19) และ ข้อที่ 2 แม้จะอยู่ในช่วงปั้นปลายของชีวิตแต่ท่านก็คิดว่าชีวิตที่เหลือของท่านยังมีความหมาย (ค่าเฉลี่ย3.02) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมี 1 ข้อ คือข้อที่ 1 ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (ค่าเฉลี่ย 2.79)

2. ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการได้รับความรักของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7 ท่านรู้สึกว่าลูกหลานไม่ค่อยเอาใจใส่ท่าน (ค่าเฉลี่ย 3.11) ข้อที่ 5 ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับความรักจากลูกหลาน (ค่าเฉลี่ย 3.01) ส่วนข้อที่ 8 ท่านรู้สึกว่าญาติพี่น้องไม่อยากมาเยี่ยมท่านขณะที่ท่านป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.92) และข้อที่ 6 ท่านรู้สึกว่าลูกหลานจะให้อภัยต่อความผิดที่ท่านเคยทำ (ค่าเฉลี่ย 2.88)

3. ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการแสดงความรักต่อผู้อื่นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12 ท่านรู้สึกเห็นใจคนที่ต้องเผชิญชีวิตที่ยากลำบาก (ค่าเฉลี่ย 3.21) ข้อที่ 9 ท่านแสดงความรักต่อคนรอบข้างเสมอ (ค่าเฉลี่ย 3.18) และข้อที่ 10 คนรอบข้างรับรู้ว่าท่านรักพวกเขา (ค่าเฉลี่ย 3.03) ส่วนข้อที่ 11 เมื่อคนอื่นทำความผิดท่านคิดว่าเขามีเหตุผลที่จะทำเช่นนั้น (ค่าเฉลี่ย 2.87) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. ความผาสุกทางจิตวิญญาณด้านการมีความหวังและการสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางมี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14 ท่านคิดว่าการรักษาอาการป่วยของท่านให้หายไม่ใช่เรื่องยากจนเกินไป (ค่าเฉลี่ย 2.80) และข้อที่ 16 ท่านอยากให้มียาวิเศษที่รักษาอาการป่วยของท่านให้หายขาดทั้งๆที่รู้ว่าไม่มีทางเป็นไปได้ (ค่าเฉลี่ย 2.31) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 15 ท่านรู้สึกท้อแท้กับชีวิต (ค่าเฉลี่ย 3.10) และข้อที่ 13 ท่านมีความหวังเสมอว่าอาการป่วยของท่านจะดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.01)

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุตัวอย่าง เป็นรายข้อ

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการปรับตัวต่อความตาย
ขั้นปฏิเสธ							
1. ท่านรู้สึกตกใจเมื่อหมอวินิจฉัยว่าท่านป่วยเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหายได้	78 (20.3)	124 (32.2)	125 (32.5)	58 (15.1)	2.58	.98	ดีปานกลาง
2. เมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่านท่านคิดว่าผลการตรวจผิดพลาด	30 (7.8)	75 (19.5)	179 (46.5)	101 (26.2)	2.09	.87	ดีปานกลาง
3. ท่านต้องการให้หมอตรวจโรคของท่านซ้ำเพื่อยืนยันการป่วย	64 (16.6)	135 (35.1)	97 (25.2)	89 (23.1)	2.45	1.0	ดีปานกลาง
4. ท่านไม่ต้องการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคที่ท่านเป็น	52 (13.5)	102 (26.5)	144 (37.4)	87 (22.6)	2.31	.97	ดีปานกลาง
5. ท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านกับคนในครอบครัวได้	137 (35.6)	164 (42.6)	61 (15.8)	23 (6.0)	1.92	.87	ดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการปรับตัวต่อความตาย
รวม					11.35	.61	ดีปานกลาง
ขั้นโกรธ							
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อรับรู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	63 (16.4)	104 (27.0)	147 (38.2)	71 (18.4)	2.41	.97	ดีปานกลาง
7. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่าน	12 (3.1)	34 (8.8)	162 (42.1)	177 (46.0)	1.69	.76	ดี
8. ท่านรู้สึกว่าเทวดา ฟ้าดินกลั่นแกล้ง ให้ท่านป่วย	26 (6.8)	40 (10.4)	109 (28.3)	210 (54.5)	1.69	.91	ดี
9. ท่านคิดว่าคนรอบข้างท่านเป็นกำลังใจที่ดีเมื่อท่านป่วย	139 (36.1)	173 (44.9)	53 (13.8)	20 (5.2)	1.88	.83	ดี
10. ท่านคิดว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	208 (54.0)	124 (32.2)	39 (10.1)	14 (3.6)	1.63	.81	ดี
รวม					9.31	.56	ดี
ขั้นต่อรอง							
11. ท่านพยายามร้องขอให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น	62 (16.1)	102 (26.5)	156 (40.5)	65 (16.9)	2.42	.95	ดีปานกลาง
12. ท่านให้สัญญากับแพทย์ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดีเพื่อให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น	124 (32.2)	176 (45.7)	52 (13.5)	33 (8.6)	3.02	.89	ไม่ดี
13. ท่านบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายป่วย	67 (17.4)	93 (24.2)	118 (30.6)	107 (27.8)	2.31	1.1	ดีปานกลาง
14. ท่านสัญญากับตัวเองว่าถ้าหายป่วยแล้วจะไม่ทำอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ฯลฯ)	163 (42.3)	136 (35.3)	56 (14.5)	30 (7.8)	3.12	.93	ไม่ดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการปรับตัวต่อความตาย
15. ท่านคิดว่าท่านจะปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดเพื่อต่อชีวิตให้ยืนยาวขึ้น	101 (26.2)	191 (49.6)	76 (19.7)	17 (4.4)	2.98	.80	ดีปานกลาง
รวม					13.84	.73	ดีปานกลาง
ขั้นซึมเศร้า							
16. ท่านรู้สึกว่าอาการป่วยของท่านหมดหวังที่จะรักษา	37 (9.6)	112 (29.1)	149 (38.7)	87 (22.6)	2.26	.915	ดีปานกลาง
17. ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อนึกถึงการรักษาในอดีตที่ไม่ได้ผล	34 (8.8)	102 (26.5)	156 (40.5)	93 (24.2)	2.20	.907	ดีปานกลาง
18. เมื่อคิดว่าจะไม่มีโอกาสทำหน้าที่ที่เคยทำอีก (เลี้ยงลูก ดูแลสามี/ภรรยา)ทำให้ท่านรู้สึกเศร้า	59 (15.3)	119 (30.9)	136 (35.3)	71 (18.4)	2.43	.96	ดีปานกลาง
19. ตั้งแต่มีอาการป่วยท่านมักจะอยากอยู่เงียบๆคนเดียว	46 (11.9)	76 (19.7)	156 (40.5)	107 (27.8)	2.16	.96	ดีปานกลาง
20. ท่านคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดไม่ต้องเสียใจกับมัน	147 (38.2)	156 (40.5)	56 (14.5)	26 (6.8)	1.90	.89	ดี
รวม					10.94	.59	ดีปานกลาง
ขั้นยอมรับ							
21. ท่านทำใจยอมรับได้ว่าอาการป่วยของท่านไม่สามารถรักษาหาย	93 (24.2)	174 (45.2)	89 (23.1)	29 (7.5)	2.86	.870	ดีปานกลาง
22. ท่านยอมรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้	107 (27.8)	185 (48.1)	73 (19.0)	20 (5.2)	2.98	.823	ดีปานกลาง
23. ท่านเข้าในธรรมชาติแห่งชีวิตว่าต้องมีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย	250 (64.9)	96 (24.9)	30 (7.8)	9 (2.3)	3.52	.74	ดี
24. ท่านเห็นคุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่	143 (37.1)	173 (44.9)	58 (15.1)	11 (2.9)	3.16	.78	ดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 5 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด	$\overline{X}$	S.D	ระดับการปรับตัวต่อความตาย
25. ท่านพร้อมที่จะตาย	127 (33.0)	84 (21.8)	89 (23.1)	85 (22.1)	2.66	1.15	ดีปานกลาง
รวม					15.19	.69	ดี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตายจากตารางที่ 5 พบว่า

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นปฏิเสธอยู่ในระดับดีปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 11.35) โดยมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 ท่านรู้สึกตกใจเมื่อหมอวินิจฉัยว่าท่านป่วยเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหายได้ (ค่าเฉลี่ย 2.58) ข้อที่ 3 ท่านต้องการให้หมอตรวจโรคของท่านซ้ำเพื่อยืนยันการป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.45) ข้อที่ 4 ท่านไม่ต้องการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคที่ท่านเป็น (ค่าเฉลี่ย 2.31) และข้อที่ 2เมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่าน ท่านคิดว่าผลการตรวจผิดพลาด (ค่าเฉลี่ย 2.09) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมี 1 ข้อคือข้อที่ 5 ท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านกับคนในครอบครัวได้ (ค่าเฉลี่ย 1.92)

2. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นโกรธอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 9.31) โดยมีข้อคำถามที่อยู่ในระดับดีปานกลางเพียงข้อเดียวคือข้อที่ 6 ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อรับรู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ค่าเฉลี่ย 2.41) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมี 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 9 ท่านคิดว่าคนรอบข้างท่านเป็นกำลังใจที่ดีเมื่อท่านป่วย (ค่าเฉลี่ย 1.88) ข้อที่ 7 ท่านรู้สึกโกรธเมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่าน (ค่าเฉลี่ย 1.69) ข้อที่ 8 ท่านรู้สึกว่าเทวดา ฟ้าดินกลั่นแกล้ง ให้ท่านป่วย (ค่าเฉลี่ย 1.69) และข้อที่ 10 ท่านคิดว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (1.63)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

3. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่อรองอยู่ในระดับดีปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 13.84) โดยมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่ดี 2 ข้อ คือข้อที่ 14 ท่านสัญญากับตัวเองว่าถ้าหายป่วยแล้วจะไม่ทำอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ฯลฯ) (ค่าเฉลี่ย 3.12) และข้อที่ 12 ท่านให้สัญญากับแพทย์ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดีเพื่อให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (ค่าเฉลี่ย 3.02) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลางมี 3 ข้อ คือข้อที่ 15 ท่านคิดว่าท่านจะปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดเพื่อต่อชีวิตให้ยืนยาวขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.98) ข้อที่ 11ท่านพยายามร้องขอให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.42) และข้อที่ 13 ท่านบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายป่วย (ค่าเฉลี่ย 2.31)

4. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นซึมเศร้าอยู่ในระดับดีปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 10.94) โดยมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลาง 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 18 เมื่อคิดว่าจะไม่มีโอกาสทำหน้าที่ที่เคยทำอีก (เลี้ยงลูก ดูแลสามี/ภรรยา) ทำให้ท่านรู้สึกเศร้า (ค่าเฉลี่ย 2.43) ข้อที่ 16 ท่านรู้สึกว่าอาการป่วยของท่านหมดหวังที่จะรักษา (ค่าเฉลี่ย 2.26) ข้อที่ 17 ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อนึกถึงการรักษาในอดีตที่ไม่ได้ผล (ค่าเฉลี่ย 2.20) และข้อที่ 19 ตั้งแต่มีอาการป่วยท่านมักจะอยากอยู่เงียบๆคนเดียว (ค่าเฉลี่ย 2.16) ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมีเพียง 1 ข้อ คือข้อที่ 20 ท่านคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดไม่ต้องเสียใจกับมัน (ค่าเฉลี่ย 1.90)

5. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นยอมรับอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 15.19) โดยมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี 2 ข้อ คือข้อที่ 23 ท่านเข้าในธรรมชาติแห่งชีวิตว่าต้องมีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย (ค่าเฉลี่ย 3.52) และข้อที่ 24 ท่านเห็นคุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่ (ค่าเฉลี่ย 3.16) ส่วนข้อคำถามที่ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีปานกลางมี 3 ข้อ คือข้อที่ 22 ท่านยอมรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ (ค่าเฉลี่ย 2.98) ข้อที่ 21 ท่านทำใจยอมรับได้ว่าอาการป่วยของท่านไม่สามารถรักษาหาย (ค่าเฉลี่ย 2.86) และข้อที่ 25 ท่านพร้อมที่จะตาย (ค่าเฉลี่ย 2.66)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามเพศโดย t – test

(n=385)

การปรับตัวต่อความตายตามเพศ	n	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value	สรุปผลการทดสอบ
1. ขั้นปฏิเสธ						
ชาย	132	11.05	2.75	-1.52^{ns}	.77	ไม่แตกต่าง
หญิง	253	11.50	2.75			
2. ขั้นโกรธ						
ชาย	132	9.23	2.58	-.49^{ns}	.24	ไม่แตกต่าง
หญิง	253	9.36	2.30			
3. ขั้นต่อรอง						
ชาย	132	13.51	3.58	-1.39^{ns}	.08	ไม่แตกต่าง
หญิง	253	14.01	3.24			
4. ขั้นซึมเศร้า						
ชาย	132	11.27	2.90	1.73^{ns}	.201	ไม่แตกต่าง
หญิง	253	10.77	2.97			
5. ขั้นยอมรับ						
ชาย	132	15.35	3.24	.71^{ns}	.57	ไม่แตกต่าง
หญิง	253	15.10	3.11			

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามอายุ

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามอายุ	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
60-65 ปี	188	11.84	2.90
66-70 ปี	88	10.79	2.68
71 ปีขึ้นไป	109	10.94	2.40
2. ขั้นโกรธ			
60-65 ปี	188	9.55	2.37
66-70 ปี	88	9.05	2.34
71 ปีขึ้นไป	109	9.11	2.50
3. ขั้นต่อรอง			
60-65 ปี	188	14.08	3.26
66-70 ปี	88	13.44	3.82
71 ปีขึ้นไป	109	13.75	3.13

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 7 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตายตามอายุ	n	$\overline{X}$	S.D.
4. ขั้นซึมเศร้า			
60-65 ปี	188	11.12	2.81
66-70 ปี	88	10.84	2.54
71 ปีขึ้นไป	109	10.72	2.59
5. ขั้นยอมรับ			
60-65 ปี	188	15.28	2.97
66-70 ปี	88	14.57	3.59
71 ปีขึ้นไป	109	15.54	3.04

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามอายุ มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามอายุ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
1. ขั้นปฏิเสธ						
ระหว่างกลุ่ม	91.96	2	45.983	6.23*	.00	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2819.39	382	7.381			
รวม	2911.36	384				
2. ขั้นโกรธ						
ระหว่างกลุ่ม	20.63	2	10.32	1.79ns	.17	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2195.96	382	5.75			
รวม	2216.60	384				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 8 (ต่อ)

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
3. ขั้นต่อรอง						
ระหว่างกลุ่ม	25.98	2	12.99	1.15 ns	.32	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	4320.67	382	11.31			
รวม	4346.65	384				
4. ขั้นซึมเศร้า						
ระหว่างกลุ่ม	12.15	2	6.07	.84 ns	.43	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2771.70	382	7.25			
รวม	2783.85	384				
5. ขั้นยอมรับ						
ระหว่างกลุ่ม	48.88	2	24.44	2.47 ns	.09	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	3774.27	382	9.88			
รวม	3823.16	384				

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ส่วนในขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบรายคู่จากค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันปรากฏผลตามตารางที่ 9

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามอายุ ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

อายุ	$\overline{X}$	อายุ		
		60-65 ปี	66-70 ปี	71 ปีขึ้นไป
60-65 ปี	2.48			
66-70 ปี	2.28	.002*		
71 ปีขึ้นไป	2.31	.003*	.690	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี (ค่าเฉลี่ย 2.48) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี (ค่าเฉลี่ย 2.28) และผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 71 ปีขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 2.31)

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามระดับการศึกษา	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	53	11.62	2.64
ระดับประถมศึกษา	161	11.25	2.76
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	11.11	2.80
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	60	11.98	2.91
ระดับอุดมศึกษา	48	10.89	2.53
2. ขั้นโกรธ			
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	53	10.13	2.36
ระดับประถมศึกษา	161	9.41	2.38
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	9.09	2.32
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	60	8.85	2.47
ระดับอุดมศึกษา	48	8.93	2.38
3. ขั้นต่อรอง			
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	53	13.87	3.29
ระดับประถมศึกษา	161	13.89	3.33
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	13.68	3.70
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	60	14.46	3.31
ระดับอุดมศึกษา	48	13.10	3.11
4. ขั้นซึมเศร้า			
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	53	11.53	2.25
ระดับประถมศึกษา	161	11.00	2.58
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	10.92	2.93
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	60	10.72	2.89
ระดับอุดมศึกษา	48	10.44	2.88

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 10 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามระดับการศึกษา	n	$\overline{X}$	S.D.
5. ขั้นยอมรับ			
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	53	14.51	2.88
ระดับประถมศึกษา	161	15.03	3.20
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	63	14.73	3.35
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	60	16.15	2.85
ระดับอุดมศึกษา	48	15.87	3.09

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
1. ขั้นปฏิเสธ						
ระหว่างกลุ่ม	43.16	4	10.79	1.43 ^{ns}	.22	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2868.20	380	7.54			
รวม	2911.36	384				
2. ขั้นโกรธ						
ระหว่างกลุ่ม	59.68	4	14.92	2.63 *	.03	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2156.91	380	5.67			
รวม	2216.59	384				
3. ขั้นต่อรอง						
ระหว่างกลุ่ม	51.52	4	12.88	1.14 ^{ns}	.34	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	4295.13	380	11.30			
รวม	4346.65	384				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 11 (ต่อ)

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
4. ขั้นซึมเศร้า						
ระหว่างกลุ่ม	34.05	4	8.51	1.18 ns	.32	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2749.81	380	7.24			
รวม	2783.85	384				
5. ขั้นยอมรับ						
ระหว่างกลุ่ม	119.76	4	29.94	3.07*	.016	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	3703.40	380	9.75			
รวม	3823.16	384				

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 11 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ในขั้นโกรธและขั้นยอมรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

ระดับการศึกษา	$\overline{X}$	ระดับการศึกษา				
		ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	ระดับประถมศึกษา	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	ระดับอุดมศึกษา
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	10.13		.06	.02*	.00*	.01*
ระดับประถมศึกษา	9.41			.37	.12	.22
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	9.09				.57	.73
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	8.85					.85
ระดับอุดมศึกษา	8.93					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 10.13) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ค่าเฉลี่ย 9.09) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 10.13) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ค่าเฉลี่ย 8.85) และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 10.13) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 8.93)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

ระดับการศึกษา	$\overline{X}$	ระดับการศึกษา				
		ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	ระดับประถมศึกษา	ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	ระดับอุดมศึกษา
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	14.51		.29	.70	.01*	.03*
ระดับประถมศึกษา	15.03			.52	.02*	.10
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	14.73				.01*	.06
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	16.15					.65
ระดับอุดมศึกษา	15.87					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ค่าเฉลี่ย 15.03) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 14.51) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ค่าเฉลี่ย15.87) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (14.51) ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ค่าเฉลี่ย 16.15) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (15.03) และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ค่าเฉลี่ย 16.15) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ค่าเฉลี่ย 14.73)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายได้

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามรายได้	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	11.24	2.61
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	117	11.62	2.75
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	11.21	2.90
2. ขั้นโกรธ			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	9.30	2.55
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	117	9.84	2.28
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	8.83	2.25
3. ขั้นต่อรอง			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	13.16	3.63
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	117	14.48	3.30
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	14.01	2.98
4. ขั้นซึมเศร้า			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	10.78	2.48
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	117	11.44	2.52
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	10.66	3.00
5. ขั้นยอมรับ			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	141	14.63	3.56
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	117	15.23	2.82
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	127	15.77	2.87

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระดับการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายได้ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
1. ขั้นปฏิเสธ						
ระหว่างกลุ่ม	12.85	2	6.42	.85^{ns}	.43	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2898.51	382	7.59			
รวม	2911.36	384				
2. ขั้นโกรธ						
ระหว่างกลุ่ม	62.35	2	31.17	5.53*	.00	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2154.25	382	5.64			
รวม	2216.59	384				
3. ขั้นต่อรอง						
ระหว่างกลุ่ม	116.23	2	58.12	5.25*	.001	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	4230.41	382	11.07			
รวม	4346.65	384				
4. ขั้นซึมเศร้า						
ระหว่างกลุ่ม	42.91	2	21.45	2.99^{ns}	.06	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2740.95	382	7.17			
รวม	2783.85	384				
5. ขั้นยอมรับ						
ระหว่างกลุ่ม	87.19	2	43.59	4.46*	.01	แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	3735.97	382	9.78			
รวม	3823.16	384				

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธและขั้นซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ในขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายได้ ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

รายได้	$\overline{X}$	**รายได้**		
		ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	**1,001 - 5,000 บาท/เดือน**	**5,001 บาท/เดือนขึ้นไป**
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	9.30		.07	.11
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	9.84			.00*
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	8.83			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท/เดือน มีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือนขึ้นไป

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายได้ ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

รายได้	$\overline{X}$	**รายได้**		
		ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	**1,001 - 5,000 บาท/เดือน**	**5,001 บาท/เดือนขึ้นไป**
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	13.16		.00*	.04*
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	14.48			.28
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	14.01			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 1,001 - 5,000 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ย 14.48) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ย 13.16) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 14.01) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ย 13.16)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามรายได้ ด้วยวิธีการ LSD

(n=385)

รายได้	$\overline{X}$	**รายได้**		
		ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	**1,001 - 5,000 บาท/เดือน**	**5,001 บาท/เดือนขึ้นไป**
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	14.63		.13	.00*
1,001 - 5,000 บาท/เดือน	15.23			.18
5,001 บาท/เดือนขึ้นไป	15.77			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือนขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 15.77) มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน (ค่าเฉลี่ย 14.63)

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามศาสนา

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามศาสนา	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
พุทธ	377	11.38	2.76
คริสต์	2	12.00	2.83
อิสลาม	6	9.00	1.41
2. ขั้นโกรธ			
พุทธ	377	9.33	2.40
คริสต์	2	9.50	.71
อิสลาม	6	8.00	2.36
3. ขั้นต่อรอง			
พุทธ	377	13.84	3.39
คริสต์	2	13.50	2.12
อิสลาม	6	13.83	1.17
4. ขั้นซึมเศร้า			
พุทธ	377	10.92	2.69
คริสต์	2	14.00	1.41
อิสลาม	6	11.17	2.40
5. ขั้นยอมรับ			
พุทธ	377	15.19	3.17
คริสต์	2	13.50	.71
อิสลาม	6	15.33	2.66

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธถึง 377 ทำให้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนได้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังที่ป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามโรคเรื้อรังที่ป่วย	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
เบาหวาน	104	11.60	2.96
ความดัน	170	11.27	2.76
หัวใจ	34	10.79	2.67
ไต	31	11.13	2.59
ข้อและกระดูก	44	11.63	2.47
อื่นๆ	2	11.00	.00
2. ขั้นโกรธ			
เบาหวาน	104	9.58	2.50
ความดัน	170	9.05	2.39
หัวใจ	34	9.17	2.09
ไต	31	9.61	2.08
ข้อและกระดูก	44	9.50	2.63
อื่นๆ	2	11.00	.00

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 20 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามโรคเรื้อรังที่ป่วย	n	$\overline{X}$	S.D.
3. ขั้นต่อรอง			
เบาหวาน	104	13.84	3.45
ความดัน	170	13.89	3.24
หัวใจ	34	13.32	3.59
ไต	31	14.29	3.36
ข้อและกระดูก	44	13.79	3.57
อื่นๆ	2	13.00	2.83
4. ขั้นซึมเศร้า			
เบาหวาน	104	11.09	2.60
ความดัน	170	11.06	2.64
หัวใจ	34	10.29	2.91
ไต	31	11.03	3.41
ข้อและกระดูก	44	10.63	2.39
อื่นๆ	2	9.50	2.12
5. ขั้นยอมรับ			
เบาหวาน	104	14.75	3.29
ความดัน	170	15.35	3.22
หัวใจ	34	15.26	2.48
ไต	31	15.58	2.93
ข้อและกระดูก	44	15.43	3.08
อื่นๆ	2	11.50	4.95

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	**สรุปผลการทดสอบ**
1. ขั้นปฏิเสธ						
ระหว่างกลุ่ม	23.75	5	4.75	.62 ns	.68	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2887.61	379	7.62			
รวม	2911.36	384				
2. ขั้นโกรธ						
ระหว่างกลุ่ม	30.46	5	6.09	1.05 ns	.38	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2186.14	379	5.77			
รวม	2216.60	384				
3. ขั้นต่อรอง						
ระหว่างกลุ่ม	17.25	5	3.449	.30 ns	.91	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	4329.40	379	11.423			
รวม	4346.65	384				
4. ขั้นซึมเศร้า						
ระหว่างกลุ่ม	27.82	5	5.56	.76 ns	.57	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2756.03	379	7.27			
รวม	2783.85	384				
5. ขั้นยอมรับ						
ระหว่างกลุ่ม	59.37	5	11.87	1.19 ns	.31	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	3763.78	379	9.93			
รวม	3823.16	384				

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 22 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาที่ป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาที่ป่วย

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามระยะเวลาที่ป่วย	n	$\overline{X}$	S.D.
1. ขั้นปฏิเสธ			
1-5 ปี	186	11.23	2.69
6-10 ปี	128	11.58	3.04
11 ปีขึ้นไป	71	11.22	2.34
2. ขั้นโกรธ			
1-5 ปี	186	9.25	2.38
6-10 ปี	128	9.21	2.468
11 ปีขึ้นไป	71	9.63	2.32
3. ขั้นต่อรอง			
1-5 ปี	186	13.61	3.22
6-10 ปี	128	14.13	3.61
11 ปีขึ้นไป	71	13.92	3.25
4. ขั้นซึมเศร้า			
1-5 ปี	186	10.73	2.54
6-10 ปี	128	11.25	2.85
11 ปีขึ้นไป	71	10.95	2.75

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 22 (ต่อ)

(n=385)

การปรับตัวต่อความตาย ตามระยะเวลาในการป่วย	n	$\overline{X}$	S.D.
5. ขั้นยอมรับ			
1-5 ปี	186	15.01	3.25
6-10 ปี	128	15.45	3.19
11 ปีขึ้นไป	71	15.18	2.79

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามโรคเรื้อรังที่ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามระยะเวลาในการป่วย โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
1. ขั้นปฏิเสธ						
ระหว่างกลุ่ม	10.85	2	5.42	.71 ^{ns}	.49	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2900.51	382	7.59			
รวม	2911.36	384				
2. ขั้นโกรธ						
ระหว่างกลุ่ม	9.12	2	4.56	.79 ^{ns}	.45	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2207.47	382	5.78			
รวม	2216.59	384				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 23 (ต่อ)

(n=385)

แหล่งความแปรปรวน	S.S	df	M.S	F	p-value	สรุปผลการทดสอบ
3. ขั้นต่อรอง						
ระหว่างกลุ่ม	21.13	2	10.56	.93 ns	.39	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	4325.52	382	11.32			
รวม	4346.65	384				
4. ขั้นซึมเศร้า						
ระหว่างกลุ่ม	20.42	2	10.21	1.41 ns	.24	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	2763.43	382	7.23			
รวม	2783.85	384				
5. ขั้นยอมรับ						
ระหว่างกลุ่ม	14.84	2	7.42	.74 ns	.47	ไม่แตกต่าง
ภายในกลุ่ม	3808.32	382	9.97			
รวม	3823.16	384				

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 24 พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยตัวแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตายกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

(n=385)

ความวิตกกังวลต่อความตาย	การปรับตัวต่อความตาย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value	สรุปผลการทดสอบ
	1. ขั้นปฏิเสธ	.372**	.000	มีความสัมพันธ์
	2. ขั้นโกรธ	.398**	.000	มีความสัมพันธ์
	3. ขั้นต่อรอง	.187**	.000	มีความสัมพันธ์
	4. ขั้นซึมเศร้า	.416**	.000	มีความสัมพันธ์
	5. ขั้นยอมรับ	-.351**	.000	มีความสัมพันธ์

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 24 พบว่าความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01

สมมติฐานที่ 3 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

(n=385)

การมองโลกในแง่ดี	การปรับตัวต่อความตาย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value	สรุปผลการทดสอบ
	1. ขั้นปฏิเสธ	-.325**	.000	มีความสัมพันธ์
	2. ขั้นโกรธ	-.382**	.000	มีความสัมพันธ์
	3. ขั้นต่อรอง	-.126*	.013	มีความสัมพันธ์
	4. ขั้นซึมเศร้า	-.459**	.000	มีความสัมพันธ์
	5. ขั้นยอมรับ	.264**	.000	มีความสัมพันธ์

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 25 พบว่าการมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ และขั้นซึมเศร้าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณกับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

(n=385)

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	การปรับตัวต่อความตาย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value	สรุปผลการทดสอบ
	1. ขั้นปฏิเสธ	-.222**	.000	มีความสัมพันธ์
	2. ขั้นโกรธ	-.435**	.000	มีความสัมพันธ์
	3. ขั้นต่อรอง	.041	.425	ไม่มีความสัมพันธ์
	4. ขั้นซึมเศร้า	-.432**	.000	มีความสัมพันธ์
	5. ขั้นยอมรับ	.443**	.000	มีความสัมพันธ์

ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ผลการทดสอบสมมติฐานจากตารางที่ 26 พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ และขั้นซึมเศร้าที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สมมติฐานที่ 5 ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ (Stepwise Multiple Regression Analysis) และอธิบายรูปแบบสมการพยากรณ์ ซึ่งสามารถแสดงได้ตามตารางดังต่อไปนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 27 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายการปรับตัวขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ความวิตกกังวลต่อความตาย	.17	.03	.28	5.48	.000**
การมองโลกในแง่ดี	-.11	.03	-.20	-3.85	.000**
ค่าคงที่	13.31	1.46		9.10	.000**

R = .37 R^2adj = .14 R^2 = .147 F = 61.69

** p < 0.001

จากตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์แบบพหูคูณกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์พหูคูณเป็น .37 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 14

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธได้สูงสูด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .17 กับ .28

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ =13.13 +.17 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.11 (การมองโลกในแง่ดี)

2. สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ =.28 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.20 (การมองโลกในแง่ดี)

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายการปรับตัวขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ความวิตกกังวลต่อความตาย	.12	.02	.24	4.89	.000**
การมองโลกในแง่ดี	-.06	.03	-.12	-2.15	.003*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.09	.02	-.28	-5.23	.000**
ค่าคงที่	14.39	1.28		11.26	.000**

$R = .51$ $R^2adj = .26$ $R^2 = .265$ $F = 45.55$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

จากตารางที่ 28 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้แก่ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความวิตกกังวลต่อความตาย และการมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์แบบพหูคูณกับการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์พหูคูณเป็น .51 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 26

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธได้สูงสูด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .12 กับ .24 รองลงมาคือการมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น -.06 กับ -.12 และ -.09 กับ -.28 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ =14.39 +.12 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.06 (การมองโลกในแง่ดี) - .09 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

2. สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ =.24 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.12 (การมองโลกในแง่ดี) – .28 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

ตารางที่ 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายการปรับตัวขั้นต่อรองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ความวิตกกังวลต่อความตาย	.14	.04	.19	3.44	.000**
การมองโลกในแง่ดี	-.10	.04	-.15	-2.36	.002*
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.09	.03	.19	3.20	.000**
ค่าคงที่	11.34	2.02		5.61	.000**

$R = .25$ $R^2adj = .05$ $R^2 = .06$ $F = 8.48$

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 29 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์แบบพหูคูณกับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์พหูคูณเป็น .25 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 6

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองได้สูงสูด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .14 กับ .19 รองลงมาคือความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมองโลกในแง่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .09 กับ 19 และ -.10 กับ -.15 ตามลำดับ

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรอง =11.34 +.14 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.10 (การมองโลกในแง่ดี) + .09 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

2. สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรอง =.19 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.15 (การมองโลกในแง่ดี) + .19 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

ตารางที่ 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายการปรับตัวขั้นซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ความวิตกกังวลต่อความตาย	.13	.03	.23	4.80	.000**
การมองโลกในแง่ดี	-.13	.03	-.24	-4.38	.000**
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	-.08	.02	-.22	-4.13	.000**
ค่าคงที่	18.16	1.40		12.98	.000**

$R = .55$ $R^2adj = .29$ $R^2 = .30$ $F = 54.10$

** $p < 0.001$

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จากตารางที่ 30 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 3 ตัว ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดีและความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์แบบพหูคูณกับการปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์พหูคูณเป็น .55 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 30

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าได้สูงสุด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .13 กับ .23 รองลงมาคือความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมองโลกในแง่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น -.08 กับ -.22 และ -.13 กับ -.24 ตามลำดับ

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้า =18.16 +.13 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.13 (การมองโลกในแง่ดี) - .08 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

2. สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้า =.23 (ความวิตกกังวลต่อความตาย) -.24 (การมองโลกในแง่ดี) – .22 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของสัมประสิทธิ์ถดถอย (SEB) ค่าการทดสอบความนัยสำคัญของการถดถอย (t) และค่าคงที่ของสมการทำนายการปรับตัวขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตัวแปรอิสระ	b	SEB	Beta	t	p
ความวิตกกังวลต่อความตาย	-.14	.03	-.22	-4.53	.000**
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	.16	.02	.36	7.56	.000**
ค่าคงที่	9.58	1.32		7.258	.000**

$R = .49$ $R^2adj = .23$ $R^2 = .24$ $F = 59.32$

** $p < 0.001$

จากตารางที่ 31 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทำนาย 2 ตัว ได้แก่ ความวิตกกังวลต่อความตาย และความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์แบบพหูคูณกับการปรับตัวต่อความตายยอมรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีสัมประสิทธิ์พหูคูณเป็น .49 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ได้ร้อยละ 24

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถพยากรณ์การปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับได้สูงสุด ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น .16 กับ .36 รองลงมาคือความวิตกกังวลต่อความตาย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b,Beta) เป็น -.14 กับ -.22

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ = 9.58 - .14 (ความวิตกกังวลต่อความตาย)
+ .16 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

2. สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ = -.22 (ความวิตกกังวลต่อความตาย)
+ .36 (ความผาสุกทางจิตวิญญาณ)

ข้อวิจารณ์

งานวิจัยครั้งนี้ศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จากผลการวิจัยข้างต้นสามารถวิจารณ์โดยแบ่งเป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

ความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความตายอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ยรวม = 15.66) หมายความว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่กลัวหรือรู้สึกทุกข์ใจเมื่อนึกถึงหรือเผชิญเหตุการณ์เกี่ยวกับความตาย โดยคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ คิดว่าทุกคนต้องตายไม่ว่าช้าหรือเร็ว คิดว่าความตายเป็นความสงบสุขอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดุษฎี กฤษฎี (2551) พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อความตายโดยผู้สูงอายุคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสัจธรรมของชีวิต ความตายเป็นสิ่งที่สิ่งมีชีวิตทุกชนิดต้องประสพ และสอดคล้องกับ Douglas and Brown (2002) ซึ่งกล่าวว่าความตายเป็นเหตุการณ์ที่สิ่งมีชีวิตทุกสิ่งต้องเผชิญ ซึ่งการยอมรับได้ต่อความตายของตนรวมทั้งตระหนักว่าความตายเป็นโอกาสสุดท้ายที่สำคัญของบุคคลในการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและบรรลุผลสำเร็จตามที่ตนพอใจในเวลาที่เหลือ และเพื่อให้บุคคลเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะใกล้ตายและความ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตาย รวมทั้งช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล แต่ Mickey (1999) กล่าวว่า ผู้สูงมักจะกลัวความตาย กลัวการถูกทอดทิ้ง กลัวความอ้างว้างโดดเดี่ยว บุคคลที่ขาดการช่วยเหลือค้ำจุนทางสังคม ญาติเพื่อนฝูง จะหมกมุ่นกับการสูญเสีย เศร้าโศกเป็นเวลานานดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่กลัวตาย

การมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มองโลกในแง่ดีอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวม = 41.62) หมายความว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความคิดความเชื่อทางบวกพอสมควร โดยเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้เลวร้ายมาก พอมีหนทางแก้ไขได้ มองว่าเหตุการณ์ร้ายอาจจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราว เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายๆขึ้นจะสามารถช่วยตัวเองได้ คิดว่าเหตุการณ์ดีๆ เกิดขึ้นเพราะตัวเอง และมองว่าเหตุการณ์ดีๆน่าจะเกิดขึ้นกับทุกเรื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์มาก การมองสถานการณ์ต่างๆจึงมีการนำประสบการณ์ชีวิตเข้ามาพิจารณาสถานการณ์นั้นและคิดโดยใช้หลักของเหตุผลและความเป็นไปได้ Abramson, Seligman, and Teasdale (1978, cited in Jane E. Gillham *et al.,* 2001) กล่าวว่า เมื่อมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นกับชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เป็นไปในทางไม่ดี บุคคลจะมีวิธีบอกตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นเพื่อเป็นการระบายอารมณ์ ลดความตึงเครียด และป้องกันการซึมเศร้า สุดสบาย จุลกทัพพะ (2547) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-95 ปี ควรออกกำลังกายเบาๆ และฝึกการมองโลกในแง่ดี เพราะจะช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายจากความเครียด ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดี จะเห็นได้ว่าความเครียด อาการหงุดหงิดฉุนเฉียว ส่งผลกระทบระบบการทำงานและระบบต่างๆในร่างกาย ดังนั้นการมองโลกในแง่ดีจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้มีจิตใจที่แจ่มใส ซึ่งการมีสุขภาพจิตดีย่อมจะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงไปด้วย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวม = 47.81) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังรู้สึกเห็นความหมายและเป้าหมายในชีวิต ได้รับความรัก เสดงความรักต่อผู้อื่น และมีความหวังและคิดอย่างสร้างสรรค์พอสมควร สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธนิญา น้อยเปียง (2545) ซึ่งพบว่าผู้ป่วย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

มะเร็งเต้านมมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชนัดดา ผาสุกมูล (2545) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเข้าสู่ช่วงบั้นปลายชีวิตทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากตั้งเป้าหมายในชีวิตประกอบกับมีอาการป่วย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เคลื่อนไหวลำบาก จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นภาระของลูกหลาน คาดหวังเพียงการใช้ชีวิตให้หมดในแต่ละวันมากกว่าจะมองถึงอนาคต ทำให้ความรู้ได้รับความรัก และการแสดงความรักต่อลูกหลานไม่มากเท่าที่ควร งานวิจัยของ McClain, Rosenfield, and Breitbart (2003) ยืนยันว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ จะมีความปรารถนาที่จะตายโดยเร็ว รู้สึกสิ้นหวัง และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูง ประเวศ วะสี (2543) ให้ความเห็นว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับความศรัทธาทางศาสนา ความผาสุกทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อคนมีความเสียสละ เมตตา กรุณา การรู้จักให้อภัยและมองเห็นส่วนดีของผู้อื่น มีพลังในการดำรงชีวิต และมีความหวัง (พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534) ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมทางศาสนาเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อความตายในขั้นปฏิเสธ (ค่าเฉลี่ยรวม = 11.35) ขั้นต่อรอง (ค่าเฉลี่ยรวม = 13.84) และขั้นซึมเศร้า (ค่าเฉลี่ยรวม = 10.94) อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้น (60-65 ปี) เป็นวัยเริ่มต้นของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะยังไม่สามารถทำใจยอมรับได้ เมื่อรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรังจึงอาจมีอาการซึมเศร้าอยู่บ้างเนื่องจากกลัวการสูญเสีย ในบางกรณีอาจมีการบนบานศาลกล่าว ต่อรองกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพราะสังคมมีความเชื่อเรื่องการบนบานศาลกล่าวอยู่ไม่น้อย และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจได้อย่างหนึ่ง (พระไพศาล วิสาโล, 2551) ส่วนการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ (ค่าเฉลี่ยรวม = 9.31) อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความจริง และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนขั้นยอมรับ (ค่าเฉลี่ยรวม = 15.19) อยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่านชีวิตมามากและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายจึงทำให้ผู้สูงทำใจยอมรับการสูญเสียที่จะเกิดในอนาคตได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีอาการซึมเศร้า ตกใจ หรือปฏิเสธความตายที่กำลังจะมาถึงบ้างพอสมควร อย่างไรก็ตาม พระไพศาล วิสาโล (2551) กล่าวว่า การสูญเสียสิ่งที่เป็นวิถีชีวิตปกติเป็นสิ่งที่ไม่มีใครปรารถนา แต่เมื่อมันเกิดขึ้นแล้วเราจำเป็นต้องยอมรับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความจริง แต่ความสูญเสียนั้นไม่ได้มีโทษเพียงอย่างเดียว ผู้ที่ปรับตัวและสามารถผ่านเหตุการณ์นั้นๆมาได้จะมีจิตใจที่เข็มแข็ง มีความเห็นใจผู้อื่นที่ประสบเหตุการณ์เดียวกับตน ทำให้มีบทเรียนและเข้าใจความเป็นจริงของโลกมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในการพิสูจน์สมมติฐานที่ตั้งไว้ ปรากฏผลดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมองว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ ไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายก็ล้วนจะต้องตายด้วยกันทั้งสิ้น ประกอบกับผู้สูงกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในบรรยากาศของความเจ็บป่วยและล้วนแต่มีผู้ที่ป่วยคล้ายๆกันส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มอย่างรู้สึกปลง จึงไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มาโนช หล่อตระกูล (2544) ศึกษาพบว่าเพศชายมีการปรับตัวต่อความตายน้อยกว่าเพศหญิง โดยเมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจเพศชายมักจะเก็บไว้คนเดียว ในขณะที่เพศหญิงจะปรึกษาขอคำแนะนำจากเพื่อนหรือญาติ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศชายมีการปรับตัวในเชิงลบสูง คือปฏิเสธความจริง ดื่มเหล้า หรือฆ่าตัวตาย

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขั้นปฏิเสธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธสูงสุด รองลงมาคือผู้สูงอายที่มีอายุอยู่ในช่วง 71 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี มีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี เป็นวัยสูงอายุตอนต้นซึ่งเป็นช่วงของการปรับตัวจากวัยผู้ใหญ่ไปสู่วัยสูงอายุและเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยเฉพาะการป่วยจากความเสื่อมของร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงนี้จึงยังไม่สามารถปรับตัวหรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายรวมไปถึงความตายด้วย

ในขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

ขั้นปฏิเสธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธไม่แตกต่างกัน

ขั้นโกรธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษามีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงสุด รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธต่ำที่สุด ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษามากกว่า ทำให้มีความรู้สึกโกรธแพทย์ หรือคนรอบข้าง ส่วนผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าอุดมศึกษาอาจยังไม่เข้าธรรมชาติของโรคที่ป่วย ไม่เข้าใจขั้นตอนวิธีการรักษาจึงทำให้โกรธ เพราะกลัวว่าตัวเองจะต้องตายในไม่ช้า

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตามระดับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงสุด รองลงมาคือระดับอุดมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษามีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับต่ำสุด เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีรายได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงไม่รู้สึกว่าการตายเป็นการทิ้งภาระให้ลูกหลาน มีความสบายใจมากกว่า

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

ขั้นปฏิเสธ และขั้นซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธไม่แตกต่างกัน

ขั้นโกรธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตามรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท/เดือนมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูงสุด รองลงมาคือผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน และผู้ที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือนมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธต่ำสุด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้มีรายได้น้อยดังกล่าวมักเป็นเสาหลักของคนในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นหาเงิน ดูแลทำความสะอาดบ้าน ดูแลลูก เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุยังมีห่วง ห่วงลูกหลาน ห่วงคนที่อยู่ข้างหลัง จึงรู้สึกยังไม่อยากตาย เมื่อทราบว่าตัวเองป่วยจึงรู้สึกโกรธแพทย์ กล่าวโทษเทวดาฟ้าดิน

ขั้นต่อรอง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตามรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท/เดือนมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองสูงสุด รองลงมาคือผู้ที่รายได้ 5,001 บาท/เดือนขึ้นไป และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน มีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรอง

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ต่ำสุด การที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางและสูงมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำอาจเนื่องมาจากผู้มีรายได้น้อยมักคำนึงถึงการทำงานหาเงินเป็นหลัก ประกอบกับการไม่มีเงินทองมากพอสำหรับการบนบานศาลกล่าว อีกทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับการบริจาคร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่ได้มีการต่อรองหรือให้คำสัญญากับแพทย์

ขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาตามรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือนขึ้นไป มีการปรับตัวขั้นยอมรับสูงสุด รองลงมาคือผู้ที่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท/เดือน และผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน มีการปรับตัวขั้นยอมรับต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้มีรายได้สูงสามารถเลี้ยงดูตังเองและสมาชิกในครอบครัวได้ทำให้ไม่กังวลหรือคนที่อยู่ข้างถ้าต้องตัวเองต้องจากไป แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทองและสิ่งของมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หากผู้สูงอายุไม่ต้องกังวลกับค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ก็จะช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุทำให้ผู้อายุยอมรับควมตายที่จะมาถึงอย่างมีความสุข

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังที่ป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังที่ป่วยกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยไม่ต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

ความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความวิตกกังวลต่อความตายสูงจะทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็จะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้าสูง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน จึงวิตกกังวลกับความตายที่กำลังจะมาถึง โดยผู้สูงอายุมักจะกลัวการถูกทอดทิ้ง ความอ้างว้างโดดเดี่ยว (Mickey, 1999) ความวิตกกังวลและการกลัวดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่อยากตาย ปฏิเสธความตาย หงุดหงิดง่าย โกรธผู้คนใกล้ชิดรอบข้างเพราะกลัวจะถูกทอดทิ้ง และมีอาการซึมเศร้าตามมา (พระไพศาล วิสาโล, 2551)

ความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลต่อความตายสูงจะทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับต่ำ เพราะความวิตกกังวลทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากรับรู้ความจริง ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2552) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยกลัววิตกกังวล กระวนกระวาย กับอาการของตนเองมากจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตาย และสุดท้ายต้องตายอย่างทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ

สมมติฐานที่ 3 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

การมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า หมายความว่าถ้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมองโลกในดีสูงจะทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้าต่ำ

การมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ หมายความว่าถ้าผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดีสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูง

การมองโลกในแง่ดีเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้จัดการกับปัญหาที่บุคคลต้องเผชิญ งานวิจัยของวีระ ชูรุจิพร และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่มีมองโลกในแง่ดีจะยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง หาเหตุผลที่ทำให้ตนเองสบายใจ และจะมีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่มองโลกในแง่ร้าย Achat *et al.* (2000) ศึกษาพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การทำงานของร่างกายและจิตใจ ผู้ที่มองโลกในแง่ดีจะสามารถยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเองได้สูงกว่าผู้ที่มองโลกในแง่ร้าย รวมถึงสามารถปรับตัวกับโรคที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า จะเห็นได้ว่าการมองโลกในแง่ดีจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

สมมติฐานที่ 4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่างๆดังนี้

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้น ปฏิเสธขั้นโกรธ และขั้นซึมเศร้า หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะทำให้มีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ และขั้นซึมเศร้าต่ำ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ หมายความว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะทำให้มีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรอง

ความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขสงบภายในจิตใจ ทำให้เห็นความหมายของชีวิต และรู้สึกว่าได้รับความรัก รวมถึงการมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถสงบอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีมีความผาสุกทางจิตวิญญาณจึงยอมรับความตาย

สมมติฐานที่ 5 ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายและการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ โดยเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลต่อความสูง จะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธสูงด้วย เนื่องจากความวิตกกังวลต่อความตายทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกิดความทุกข์ใจ กระวนกระวายใจ และกลัวเมื่อนึกถึงความตาย ผู้สูงอายุจึงไม่อยากรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ตนเป็น ปฏิเสธข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพราะจะทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ส่วนการมองโลกในแง่ดีเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มองโลกในแง่ดีสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธต่ำ เนื่องจากการมองโลกในแง่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุมองสถานการณ์ต่างๆในมุมบวก เชื่อว่าเหตุการณ์ร้ายไม่ได้เกิดขึ้นกับทุกๆเรื่อง และไม่ถาวร ทำให้ผู้สูงอายุยังคาดหวังว่าผลการรักษาจะช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น จึงไม่ปฏิเสธข้อมูลที่อาจทำให้ต้องนึกถึงความตาย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความวิตกกังวลต่อความตาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมองโลกในแง่ดี สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลกังวลต่อความความและการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ เป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า ผู้สูงอายุที่วิตกกังวลต่อความตายสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธสูง เพราะความวิตกกังวลต่อความตายาอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ทุกข์ใจ หงุดหงิดง่าย และอารมณ์ขุ่นมัว ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังโกรธ โมโห แสดงอาการไม่พอใจต่อคนรอบข้าง รวมไปถึงแพทย์ที่ทำการรักษาได้ ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความสัมพันธ์ทางลบ เช่นเดียวกับการมองโลกในแง่ดี หมายความว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง/การมองโลกในแง่ดีสูง จะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธต่ำ เนื่องจากความผาสุกทางจิตวิญญาณคือการเห็นเป้าหมายและความหมายของชีวิต ได้รับความรักจากคนรอบข้าง รู้จักแสดงความรักต่อผู้อื่น มีความหวังและสร้างสรรค์ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของชีวิต และพอใจกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา และรู้สึกว่าตนเองมีค่า เป็นที่รักของคนอื่นๆ จึงไม่โกรธคนรอบข้าง

ความวิตกกังวลต่อความตายและการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่วิตกกังวลต่อความตายสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองสูง เพราะเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกกังวล ไม่สบายใจ จึงหาสิ่งพึ่งพิงทางจิตใจ โดยเฉพาะการบนบานศาลกล่าว การต่อรอง กับสังคมไทยนั้นเป็นสิ่งคู่กัน นอกจากนี้ความผาสุกทางจิตวิญญาณก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองด้วย เพราะเมื่อผู้สูงอายุมีความรัก และเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่มาก อาจเป็นปัจจัยให้ผู้สูงอายุยังไม่อยากตาย อยากอยู่ดูความเจริญของลูกหลาน จึง มีการต่อรองขอมีชีวิตอยู่ ส่วนการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มองโลกในแง่ดีสูง จะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองต่ำ เนื่องจากการมองโลกในแง่ดีเป็นการมองเรื่องต่างๆในมุมบวก เชื่อว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นจะต้องดีอยู่แล้ว ผู้สูงอายุจึงมีความหวัง โดยไม่ต้องต่อรอง หรือบนบานศาลกล่าว

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ความวิตกกังวลต่อความตายและการปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่วิตกกังวลต่อความตายสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายสูง เพราะความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหนึ่งของอาการซึมเศร้า ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณและการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้า เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณทำให้ผู้สูงอายุมีเป้าหมายของชีวิตและคาดหวังว่าตนเองจะต้องหายป่วยเสมอ เช่นเดียวกับการมองโลกในแง่ดีซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมองว่าเรื่องร้ายๆจะเกิดขึ้นเพียงไม่นาน ช่วยให้ผู้สูงอายุไม่มีอาการซึมเศร้า

ความวิตกกังวลต่อความตายและความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุขั้นยอมรับ โดยความวิตกกังวลต่อความตายเป็นความสัมพันธ์ทางลบ หมายความว่าผู้สูงอายุที่วิตกกังวลต่อความตายสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับต่ำ เนื่องจากความวิตกกังวลต่อความตายทำให้ผู้สูงอายุกลัวความตาย ไม่อยากรับรู้เกี่ยวกับความตาย และไม่ยอมรับความตาย ส่วนความผาสุกทางจิตวิญญาณเป็นความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงจะมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับสูงด้วย เพราะความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา ซึ่งคำสอนทางศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบสุข และพร้อมที่จะเผชิญความตาย

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ กับการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และเพื่อศึกษาปัจจัยร่วมในการทำนาย: การปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

วิธีการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี แบบสอบถามเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวต่อความตาย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) t-test, F – test, Pearson Product Moment Correlation Coefficient และ Multiple Regression Analysis โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลในการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 385 คน พบว่า

เพศ ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนเพศชายคิดเป็นร้อยละ 34.3

อายุ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.8 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 28.3 และผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 66-70 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 22.9

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยคิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 16.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 15.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 13.8 และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 12.5 ซึ่งมีจำนวนน้อยที่สุด

รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 1,000 บาท/เดือน โดยคิดเป็นร้อยละ 36.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 5,001 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.0 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้ 1,000 – 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30.4

ศาสนา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.9 ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและคริสต์มีเพียงร้อยละ 1.6 และ 0.5 ตามลำดับ

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โรคเรื้อรังที่ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 44.2 อันดับสองคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 27 อันดับสามคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อ ข้อ และกระดูก คิดเป็นร้อยละ 11.4 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและโรคไตมีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 8.8 และ 8.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอื่นๆ เช่น โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.5

ระยะเวลาที่ป่วย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ป่วยมานานเป็นระยะเวลา 1-5 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมาคือผู้สูงอายุที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.2 ส่วนผู้สูงอายุที่ป่วยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 18.5

ส่วนที่ 2 ความวิตกกังวลต่อความตาย

ผลการศึกษาความวิตกกังวลต่อความตาย พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความตายโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.97)

ส่วนที่ 3 การมองโลกในแง่ดี

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างส่วนใหญ่มองโลกในแง่ดีโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.83)

ส่วนที่ 4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.97)

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 5 การปรับตัวต่อความตาย

ผลการศึกษาการปรับตัวต่อความตาย พบว่า

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นปฏิเสธอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.27)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นโกรธอยู่ในระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.86)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นต่อรองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.98)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.16)

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตัวอย่างมีการปรับตัวต่อความตายในขั้นยอมรับอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.06)

ส่วนที่ 6 การทดสอบสมมติฐาน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผลการทดสอบสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน มีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกันโดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบพบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

ขั้นปฏิเสธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ในขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง ขั้นซึมเศร้า และขั้นยอมรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการนปรับตัวต่อความตายไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานย่อยที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

ขั้นปฏิเสธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธไม่แตกต่างกัน

ขั้นโกรธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นต่อรอง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกันผลการทดสอบสมมติฐานมีดังนี้

ขั้นปฏิเสธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นโกรธ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นต่อรอง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรองแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นซึมเศร้าไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ขั้นยอมรับ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีรายได้แตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับแตกต่างกันซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่นับถือศาสนาต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานย่อยที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังที่ป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคเรื้อรังที่ป่วยต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สมมติฐานย่อยที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยแตกต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายแตกต่างกัน ผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการป่วยต่างกันมีการปรับตัวต่อความตายทั้ง 5 ขั้น ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 2 ความวิตกกังวลต่อความตายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการทดสอบพบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 3 การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการทดสอบพบว่า การมองโลกในแง่ดีของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการทดสอบพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธขั้นโกรธ และขั้นซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายขั้นต่อรอง

สมมติฐานที่ 5 ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณ สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการทดสอบพบว่า ความวิตกกังวลต่อความตายและการมองโลกในแง่ดีสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายขั้นปฏิเสธ ความวิตกกังวลต่อความตาย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการมองโลกในแง่ดี สามารถร่วมกัน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ทำนายการปรับตัวต่อความตายขั้นโกรธ ขั้นต่อรอง และขั้นซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความตายและความผาสุกทางจิตวิญญาณสามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุขั้นยอมรับ

ตารางที่ 32 แสดงการยอมรับและปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรอิสระ	การปรับตัวต่อความตาย	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
		ยอมรับ	ปฏิเสธ
1.ปัจจัยส่วนบุคคล			
- เพศ	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ		/
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ		/
-อายุ	ขั้นปฏิเสธ	/	
	ขั้นโกรธ		/
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ		/
-ระดับการศึกษา	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ	/	
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ	/	

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การปรับตัวต่อความตาย	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
		ยอมรับ	ปฏิเสธ
- รายได้	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ	/	
	ขั้นต่อรอง	/	
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ	/	
-ศาสนา	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ		/
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ		/
-โรคเรื้อรังที่ป่วย	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ		/
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ		/
- ระยะเวลาในการป่วย	ขั้นปฏิเสธ		/
	ขั้นโกรธ		/
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า		/
	ขั้นยอมรับ		/

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	การปรับตัวต่อความตาย	ผลการทดสอบสมมติฐาน	
		ยอมรับ	ปฏิเสธ
- ความวิตกกังวลต่อความตาย	ขั้นปฏิเสธ	/	
	ขั้นโกรธ	/	
	ขั้นต่อรอง	/	
	ขั้นซึมเศร้า	/	
	ขั้นยอมรับ	/	
- การมองโลกในแง่ดี	ขั้นปฏิเสธ	/	
	ขั้นโกรธ	/	
	ขั้นต่อรอง	/	
	ขั้นซึมเศร้า	/	
	ขั้นยอมรับ	/	
-ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	ขั้นปฏิเสธ	/	
	ขั้นโกรธ	/	
	ขั้นต่อรอง		/
	ขั้นซึมเศร้า	/	
	ขั้นยอมรับ	/	

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยดังนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ปฏิเสธความตายสูงสุดดังนั้น โรงพยาบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับตัวเข้าสู่วัยชรา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็น แนะนำวิธีการดูแลตัวเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสามารถนำหลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนาเข้ามาสอดแทรกเพื่อให้ผู้สูงอายุตอนต้นได้เข้าใจธรรมชาติของการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายใจที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงปั้นปลาย เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษาซึ่งมีเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้า บุคลากรทางการแพทย์ คนในชุมชนและครอบครัว จะต้องสร้างความรู้ความเข้าเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาไม่สูงที่ไม่เข้าใจกระบวนการรักษาอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลมากเกินไป

2. หลักคำสอนทางพระพุทธศาสนาเป็นหลักธรรมที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจธรรมชาติของชีวิต ทั้งยังสอนให้มองโลกในแง่ดี เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางใจ ชุมชนจึงควรมีกิจกรรมเกี่ยวกับศาสนา เช่น การอยู่ค่ายวิปัสสนา การนิมนต์พระเทศน์สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพราะกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่สงบสุข รู้จักปล่อยวาง ลดความวิตกกังวล มองโลกในแง่ดี มีความผาสุกทางจิตวิญญาณเนื่องจากอยู่ใกล้พระพุทธศาสนา ส่งผลให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายได้ดีขึ้น

3. ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี และความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อความตายขั้นยอมรับ โรงพยาบาลจึงควรจัดทำเป็นหนังสือคู่มือเกี่ยวกับการมองโลกในมุมบวก วิธีช่วยลดความวิตกกังวล หรือการเข้าถึงธรรมะเพื่อการปรับตัวต่อความตายที่ดี

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

4. รัฐบาลโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนด้านเงินและสิ่งของให้กับผู้สูงอายุ โดยอาจจัดทำในรูปแบบของกองทุนเงินประกันชีวิตที่ให้ผู้สูงอายุออมเงินเพื่อเก็บไว้ใช้ในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุเกี่ยวการเงินและการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และไม่วิตกกังวลต่อความตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่จะมีผลต่อการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม ชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท บุคลิกภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจในชีวิตและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กระทรวงแรงงาน. 2549. **พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงแรงงาน.

กระทรวงสาธารณสุข. 2551. **โรคเรื้อรังภัยคุกคามสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

กันยา สุวรรณแสง. 2533. **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

เจษฎา ปั้นเพ็ง. 2547. **การปรับตัวของผู้สูงอายุยากไร้ในจังหวัดเพชรบูรณ์**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช. 2545. **ความเครียด ความวิตกกังวล**. เชียงใหม่: แสงศิลป์.

ชนิกา เจริญจิตติกุล. 2549. **จิตวิญญาณ: การดูแล**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ชาครีย์ กิติยากร, ม.ล. 2549. **โรคข้อเข่าเสื่อม** (Online). www.orthochula/knee/kneemedicine.html, 21 กรกฎาคม 2552.

ชินัณ บุญเรืองรัตน์. 2551. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชูทิตย์ ปานปรีชา. 2539. **เอกสารการสอนชุดจิตวิทยาทั่วไป**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ณัฐินี มณีท่าโพธิ์. 2548. **การปรับตัวของนักศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน 3 ที่มีต่อกระบวนการเรียนรู้ในหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษาผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ดุษฎี กฤษฎี. 2551. **ทัศนะคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธนิญา น้อยเปียง. 2545. **การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิภา นิธยายน. 2530. **การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

บรรลุ ศิริพานิช. 2532. **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.

บัวทอง สว่างโสภากุล. 2541. **สุขภาพเพื่อชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ประเวศ วะสี. 2541. **คุยกันเรื่องความคิด**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

_____. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ปรานี ฟ้าพานิช. 2549. “อิสลาม: ความตายไม่ใช่จุดจบของชีวิต.” ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). **ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพันดารา, หน้า 204.

ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร. 2551. **การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พัชรีดา ไชยลังกา. 2534. **การศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระไพศาล วิสาโล. 2541. **ประตูสู่สภาวะใหม่: คำสอนธิเบตเพื่อเตรียมตัวตายและช่วยเหลือผู้ใกล้ตาย**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

พระราชวรมุนี. 2540. **จิตพิสัย: มิติสำคัญของการพัฒนาคน**. กรุงเทพมหานคร: สำนักคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

พรจันทร์ สุวรรณชาต. 2534. “แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ.” ใน อรพินทร์ วีรฉัตร. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, หน้า 1-2.

พรพรหม รุจิไพโรจน์. 2550. **ความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

แพทย์สภา. 2539. **คู่มือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสำหรับแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: แพทย์สภา.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ยุทธนา ภาระนันท์. 2551. **คิดเชิงบวก กุญแจไขพลังสมอง**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

ละออ หุตางกูร. 2535. **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษามหาวิทยาลัยรังสิต.

ลักขณา สริวัฒน์. 2545. **สุขจิตวิทยาและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ลิขิต กาญจนาภรณ์. 2547. **จิตวิทยาเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 10. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ระวีวรรณ ถวายทรัพย์. 2545. **ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2548. **พจนานุกรมศัพท์จิตวิทยา อักษร A-L ฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน.

ว.วชิรเมธี. 2550. “เข็มหมุดของคานธี.” **ประชาชาติธุรกิจ** (5 กุมภาพันธ์ 2550): 45.

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. 2545. **จิตวิทยาและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

วรยุทธ ศรีวรกุล. 2549. “ชีวิต ความตายและการตาย: มุมมองของชาวคริสต์.” ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). **ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพันดารา, หน้า 184-190.

วิกีพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2552. **ความตาย** (Online). http://th.wikipedia.org, 21

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

กรกฎาคม 2552.

วิภาพร มาพบสุข. 2545. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.

ศิริพันธ์ สาสัตย์. 2549. "การตายและความตายในผู้ป่วยสูงอายุ." ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). **ความตายกับการตายมุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพันดารา, หน้า 85-111.

ศุภลัคน์ จารุรัตน์จามร. 2534. **การปรับตัวและสุขภาพจิต**: **จิตวิทยาเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2552. **ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง** (Online). www.nci.go.th/knowledge/index_general.html, 21 กรกฎาคม 2552.

สมภาร พรมทา. 2549. "ทัศนะของพระพุทธศาสนาเกี่ยวกับการเกิดและความตาย." ใน โสรัจจ์ หงศ์ลดารมภ์. (บรรณาธิการ). **ความตายกับการตาย มุมมองจากศาสนากับวิทยาศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพันดารา, หน้า 242-243.

สิวลี ศิริไล. 2549. "ความอยู่ดีมีสุขของชีวิตมนุษย์ (Well-Being of Human Life)." **วารสารราชบัณฑิตยสภา** 31 (2): 369-372.

สุชา จันทร์เอม. 2533. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพาณิช.

สุมาพร บรรณสาร. 2545. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. 2551. **นโยบายและยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ (พ.ศ. 2551-2553)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อดุล บัณฑุกุล. 2550. **คู่มือโรคเรื้อรัง** (Online). http://hospital.moph.go.th, 21 กรกฎาคม 2552.

อารี ตนาวลี. 2552. **โรคข้อเข่าเสื่อม** (Online). www.orthochula.com/KNEE/kneedecline.html, 21 กรกฎาคม 2552.

อารี เพชรผุด. 2545. "อารมณ์." ใน จำลอง เงินดี และ ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (บรรณาธิการ). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์, หน้า 72-80.

Achat, H., I. Kawashi, A. Spiro, D. A. DcMolles, and D. Sparrow. 2000. "Optimism and depression as predictors of physical and mental heath function: the normative aging study." **Annals of Behavioral Medicine** 22 (2): 127-130.

Affleck, G., H. Tennen, and A. Apter. 2001. "Optimism, pesstimism, and daily life with chronic illness." In Edward C. Chang. (ed.). **Optimism and Pesstimism Implication for Theory, Research, and Practice**. Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 147-167.

Amelling, A., and M. Poviloris. 2001. "Spirituality meaning mental health and nursing." **Journal of Psychosocial Nursing** 39 (4): 15-20.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Amy. A. L., C. Peterson, S. F. Bolling, and H. Koenig. 2002. "Private preyer and optimism in middle aged and older patients awaiting cardiac surgery." **The Gerontologist** 42 (1): 70-81.

Cavanaugh, J. C., and F. Blanchard-Fields. 2002. **Adult Development and Aging**. Belmont, Calif: Wadworth.

Chow, R. K. 2005. **Life's Quest for Spiritual Well-Being a Holistic and Gerontological Nurse Perspective**. Washington, D.C.: NSNA Imprint.

Cochran, W. G. 1967. **Statistical Methods**. 6th ed. Ames: The Iowa State University Press.

Coleman, J.C., and C.L. Hammen. 1974. **Contemporary Psychology and Effective Behavior**. Illinois: Foresman.

Corsini, R. J. 2002. **The Dictionary of Psychology**. NewYork: Bunner-Routledge.

Crandail, R. C. 1991. **Gerontology:A Behavioral Science Approch**. NewYork: McGreww-Hill.

Doenges, M.E., and M.F. Moorhouse 1998. **Nurse's Pocket Guide Diagnoses, Interventions, and Retionables**. 6 ed. Philadelphia: F.A. Davis.

Donald, M., R. Price, E. J. Phares, N. McCarmick, and J. Hyde. 1989. **Exploring Choices the Psychology of Adjustment**. London: Scott, Foresman and company.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Domar, A.D. 1989. "Preperative anxiety: Is it a predicable entity." **Anesthesia and Analgesia** 69 763-767.

Gillham, J. E., J. Andrew, S. J. Karen, Reivich, and M.P. Seligman (eds.). 2001. "Optimism and pessimism theory." In Edward C. Chang. (ed.). **Optimiam and Pessimism Implications for Theory and Practice.** Washington D.C.: American Psychological Association, pp. 248-249.

Goodwin, D. W. 1986. **Anxiety.** NewYork: Oxford Uiversity Press.

Highfield, M.F., and Carson, V.B. 1983. "Spiritual need of patient: Are they recognized ?." **Cancer Nursing** 6 (3): 187-192.

Highfield, M.F. 1992. "Spiritual health of oncology patient." **Cancer Nursing** 15 (1): 1-8.

Hungleman, J., E.K. Ross, L. Klassen, and R. Stollenwerk 1996. "Focus on spiritual well-being: harmonious interconnectedness of mind-body-spirit use of the JAREL spiritual well-being scale." **Geriatric Nursing** 17 (6): 262-266.

Kastenbaum, R. 2009. **Encyclopedia of Death and Dying** (Online). www.deathreference.com/A-B:/Anxiety-and-Fear.html, July 2009.

Luckman, J., and K.C. Sorensen. 1987. **Medical-Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach.** 3 ed. Philadelphai: W.B.Saunders.

Levitt, E.E. 1967. **The Psychology of Anxiety.** NewYork: Babbmerill.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Martz, E., and L. Hanoch. 2007. **Coping with Chronic Illness and Disability.** NewYork: Springer.

McClain, S. Colleen, B. Rosenfeld, and W. Breitburt. 2003. "Effect of spiritual well-being on end-life despair in terminally-ill cancer patient." **The Lancet** 316 (10): 1603-1607.

McSherry, W. 2007. **Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice: An Interactive Approach.** 2 ed. NewYork: Jones and Bartlett Publishers.

Mickey, S. 1999. **Death and Dying Gerontologiurl Nursing.** Philadelphia: F.A. Davis Company.

Mifflin, H. 2008. **American Heritage Science Dictionary.** 2 ed. NewYork: Hougton Mifflin Company.

Narrow, B.W., and K.B. Buschule. 1987. **Fundamental of Nursing Practice.** NewYork: John Wiley and Sons.

O'Leary, E. and I. M. Niewstraten. 2001. "Emergin psychological issue in talking about death and dying: a discourse analytic study." **International Journal for Advancement Counseling** 23 179-199.

Peplau, H.E. 1989. **Interpersonal Theory in Nursing Practice: Selected Work of Hildergated Paplau.** NewYork: Springer.

Peterson, C. 2000. "The future of optimism." **American Psychologist** 55 (1): 44-55

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Pojman, L. P. 2000. **Life and Death Grappling with The Moral Dilemmas of Our Time.** 2 ed. Belmont: Wadsworth.

Ramon M. and P. Liebanas. 2002. "Sham, death, and dying." **Postoral Psychology** 51 (1): 27-40

Richard, S. L.. 1993. "Coping theory research: past present and future." **Psychosomatic Medicine.** 55: 234-247

Rogers, C. R. 1978. **Carl Rogers on Personal Power.** London: Constable.

Seligman, M. 1988. **Lerned Optimism.** NewYork: Simon&Schuster Inc.

Seneca, H. O. 1979. **Attitudes Toward Death in Hospice: Prescription for Terminal Care.** German: Aspan system corperation.

Sheldon, L. K. 2004. **Communication for Nurses: Talking with Patient.** NewYork: Jones and Bartlett Publishers.

Spielberger, C.D. 1976. "The nature and measurement of anxiety." In Spielgerger, C.D. and R. Diaz-Guerrero (eds.). **Cross-Culture Anxiety.** Washington: Hemisphere, pp. 3-12.

Urden, L.D. 1992. **Essentials of Critical Care Nursing.** St.Louis: Mosby year book.

Web, MD. 2008. **Web's New World Medical Dictionary.** 2 ed. NewYork: Amezon.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Weiten, W. 2000. **Psychology Applied to Modern Life: Adjust at The Turn of The Century.** 6 ed. NewYork: Wadsworth.

Yurick, A. G. 1980. **The Aged Person and The Nursing Process.** NewYork: appleton-century-crofts.

Zeischegg, P. 2009. **Definition of Chronic Illness** (Online). www.selfgrowth.com/articles/definition_Chronic_Illness.html, 12 July 2009.

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ที่ ศธ 0513.11202/

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 ถนนพหลโยธิน จตุจักร
กรุงเทพ 10900

มกราคม 2553

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวขจรศรี แสนปัญญา นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง ***"ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล"*** โดยมี ผศ.ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย (รายละเอียดแบบสอบถามดังที่ได้แนบมา) ทั้งนี้นิสิตจะได้ประสานงานวันและเวลาในการเก็บข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา)

หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา

ภาควิชาจิตวิทยา
โทรศัพท์ 0-2561-3480 ต่อ 1
โทรสาร 0-2561-2230
โทรศัพท์ติดต่อนิสิต 086-561-1110

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

<u>แบบสอบถาม</u>

เรื่อง ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

<u>คำชี้แจง</u>

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ซึ่งการวิจัยดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จึงขอความร่วมมือให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามทุกข้อด้วยตัวท่านเอง โดยให้ตรงความเป็นจริง ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของท่านมากที่สุด โดยท่านไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถามนี้คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ผลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อการวิจัยและนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

งานวิจัยจะสำเร็จลุล่วงไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัย

ขจรศรี แสนปัญญา

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย…… ลงใน( )เพียง 1 คำตอบ ใน 1 ข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ…….....ปี

3. ระดับการศึกษา

(…) ต่ำกว่าประถมศึกษา (…) ประถมศึกษา

(…) มัธยมศึกษาตอนต้น (…) มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

(…) อุดมศึกษา

4. รายได้ ……บาท/ เดือน

5.ท่านป่วยเป็นโรค.....

6. ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี

7. ท่านนับถือศาสนา

(…) พุทธ (…) คริสต์

(…) ศาสนาอิสลาม (…) และอื่นๆ……

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่ 2 ความวิตกกังวลต่อความตาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงมาก
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงตามความเป็นจริงน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1.ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อนึกถึงความตาย				
2.ท่านคิดว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ				
3.เมื่อนึกถึงความตายท่านรู้สึกไม่สบายใจ				
4.ท่านกลัวความตาย				
5.ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อต้องเผชิญความตาย				
6.ท่านคิดว่าคนทุกคนต้องตายไม่ว่าช้าหรือเร็ว				
7.ท่านคิดว่าความตายเป็นความสงบสุขอย่างหนึ่ง				
8.เมื่อนึกถึงความตายที่จะเกิดขึ้นท่านรู้สึกทุกข์ใจ				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่3 การมองโลกในแง่ดี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1.ถ้าท่านทะเลาะกับลูกท่านคิดว่าอีกไม่นานก็ดีกัน				
2.เมื่อมีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านคิดว่าท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้				
3.ท่านคิดว่าเรื่องดีๆจะเกิดกับท่านเสมอ				
4.ถ้าหมอบอกว่าวันนี้อาการป่วยของท่านดีขึ้น ท่านคิดว่าเดี๋ยวพรุ่งนี้อาการก็แย่ลงอีก				
5.ท่านไม่อยากอยู่คนเดียวเพราะท่านคิดว่าถ้ามีเรื่องร้ายๆเกิดขึ้นท่านจะแก้ปัญหาเองไม่ได้				
6.ท่านคิดว่าเรื่องดีๆที่เกิดขึ้นกับท่าน เกิดขึ้นเพราะตัวท่านเอง				
7.ท่านคิดว่าสิ่งร้ายๆที่เกิดขึ้นกับท่าน เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้				
8.ท่านคิดว่าการที่ท่านป่วยเกิดจากตัวท่านเอง				
9.เมื่อเกิดสิ่งผิดพลาดขึ้นในชีวิตท่านมักจะโทษตัวเอง				
10.เมื่อท่านทราบว่าตัวเองป่วย ท่านมักจะคิดว่าชีวิตของท่านไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระของลูกหลาน				
11.ท่านคิดว่าชีวิตต้องเจอเรื่องร้ายๆบ้าง แต่ชีวิตไม่ได้มีแต่เรื่องร้าย				
12.ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆไม่ได้เกิดขึ้นกับท่านคนเดียว				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
13.ถ้าท่านชวนลูกไปเที่ยวแล้วเขาไม่ไป ท่านคิดว่าต่อไปท่านชวนเขาไปไหนเขาก็จะไม่ไป				
14.ท่านคิดว่าเรื่องร้ายๆจะเกิดกับท่านเสมอ				
15.ท่านมักจะคิดว่าชีวิตคนอื่นมีแต่ความสุข แต่ชีวิตท่านเจอแต่ความทุกข์				

<u>ตอนที่4 ความผาสุกทางจิตวิญญาณ</u>

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1.ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต				
2.แม้จะอยู่ในช่วงปั้นปลายของชีวิตแต่ท่านก็คิดว่าชีวิตที่เหลือของท่านยังมีความหมาย				
3.ท่านต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาที่ท่านนับถือ				
4.ท่านคิดว่าคำสอนของศาสนาช่วยให้ท่านมีจิตใจที่สงบสุข				
5.ท่านรู้สึกว่าท่านได้รับความรักจากลูกหลาน				
6.ท่านรู้สึกว่าลูกหลานจะให้อภัยต่อความผิดที่ท่านเคยทำ				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
7.ท่านรู้สึกว่าลูกหลานไม่ค่อยเอาใจใส่ท่าน				
8.ท่านรู้สึกว่าญาติพี่น้องไม่อยากมาเยี่ยมท่าน ขณะที่ท่านป่วย				
9.ท่านแสดงความรักต่อคนรอบข้างเสมอ				
10.คนรอบข้างรับรู้ว่าท่านรักพวกเขา				
11.เมื่อคนอื่นทำความผิดท่านคิดว่าเขามีเหตุผลที่จะทำเช่นนั้น				
12.ท่านรู้สึกเห็นใจคนที่ต้องเผชิญกับชีวิตที่ลำบาก				
13.ท่านมีความหวังเสมอว่าอาการป่วยของท่านจะดีขึ้น				
14.ท่านคิดว่าการรักษาอาการป่วยของท่านให้หายไม่ใช่เรื่องยากจนเกินไป				
15.ท่านรู้สึกท้อแท้กับชีวิต				
16.ท่านอยากให้มียาวิเศษที่รักษาอาการป่วยของท่านให้หายขาดทั้งๆที่รู้ว่าไม่มีทางเป็นไปได้				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตอนที่5 การปรับตัวต่อความตาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างหลังข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1.ท่านรู้สึกตกใจเมื่อหมอวินิจฉัยว่าท่านป่วยเป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาหายได้				
2.เมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่าน ท่านคิดว่าผลการตรวจผิดพลาด				
3.ท่านต้องการให้หมอตรวจโรคของท่านซ้ำเพื่อยืนยันการป่วย				
4.ท่านไม่ต้องการรับรู้ถึงความร้ายแรงของโรคที่ท่านเป็น				
5.ท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านกับคนในครอบครัวได้				
6.ท่านรู้สึกหงุดหงิดเมื่อรับรู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้				
7.ท่านรู้สึกโกรธเมื่อหมอแจ้งผลการวินิจฉัยโรคของท่าน				
8.ท่านรู้สึกว่าเทวดา ฟ้าดินกลั่นแกล้ง ให้ท่านป่วย				
9.ท่านคิดว่าคนรอบข้างท่านเป็นกำลังใจที่ดีเมื่อท่านป่วย				
10.ท่านคิดว่าการเจ็บไข้ได้ป่วยเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ				
11.ท่านพยายามร้องขอให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น				
12.ท่านให้สัญญากับแพทย์ว่าจะเป็นคนไข้ที่ดีเพื่อให้ตัวเองมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
13.ท่านบนบานต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายป่วย				
14.ท่านสัญญากับตัวเองว่าถ้าหายป่วยแล้วจะไม่ทำอะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย (เช่น ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ไม่รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ฯลฯ)				
15.ท่านคิดว่าท่านจะปฏิบัติตามหลักศาสนาอย่างเคร่งครัดเพื่อต่อชีวิตให้ยืนยาวขึ้น				
16.ท่านรู้สึกว่าอาการป่วยของท่านหมดหวังที่จะรักษา				
17.ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อนึกถึงการรักษาในอดีตที่ไม่ได้ผล				
18.เมื่อคิดว่าจะไม่มีโอกาสทำหน้าที่ที่เคยทำอีก (เลี้ยงลูก ดูแลสามี/ภรรยา)ทำให้ท่านรู้สึกเศร้า				
19.ตั้งแต่มีอาการป่วยท่านมักจะอยากอยู่เงียบๆคนเดียว				
20.ท่านคิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดไม่ต้องเสียใจกับมัน				
21.ท่านทำใจยอมรับได้ว่าอาการป่วยของท่านไม่สามารถรักษาหาย				
22.ท่านยอมรับการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้				
23.ท่านเข้าในธรรมชาติแห่งชีวิตว่าต้องมีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย				
24.ท่านเห็นคุณค่าของชีวิตที่เหลืออยู่				
25.ท่านพร้อมที่จะตาย				

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ค

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 1 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของความวิตกกังวลต่อความตาย

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.9375	.9011
2.	.8951	.9051
3.	.4159	.9375
4.	.5535	.9322
5.	.9392	.8997
6.	.9150	.9059
7.	.9375	.9011
8.	.5342	.9375
Alpha = .9256		

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 2 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของการมองโลกในแง่ดี

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.5603	.6681
2.	5603	.6681
3.	.4362	.6978
4.	.4362	.4954
5.	.3244	.7292
6.	.4678	.7016
7.	.6559	.6287
8.	.3244	.7392
9.	.4678	.7016
10.	.6559	.6287
11.	.5292	.6848
12.	.4128	.6970
13.	.4924	.6883
14.	.5292	.6848
15.	.5292	.6848
Alpha = .7284		

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 3 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.5665	.6902
2.	.4037	.7717
3.	.6035	.6690
4.	.6417	.6466
5.	.5320	.6709
6.	.5779	.6515
7.	.5320	.6709
8.	.5779	.6515
9.	.3820	.5834
10.	.3716	.6279
11.	.5309	.4645
12.	.4801	.5200
13.	.7234	1.00
14.	.3919	.3445
15.	.3801	.3527
16.	.4566	.7092
Alpha = .7554		

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 4 ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของการปรับตัวต่อความตาย

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1.	.6461	.6707
2.	.7232	.6453
3.	.6437	.7057
4.	.4271	.7403
5.	.4628	.7285
6.	.7532	.7298
7.	.7532	.7398
8.	.6614	.6492
9.	.7532	.7298
10.	.7532	.7298
11.	.6614	.6492
12.	.4418	.7192
13.	.6847	.6675
14.	.5590	.7426
15.	.5659	.7405
16.	.4755	.7826
17.	.5297	.7558

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ตารางผนวกที่ 4 (ต่อ)

ข้อที่	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
18.	.7971	.6112
19	.6373	.6551
20	.5577	.6801
21	.4438	.6932
22	.5276	.6734
23	.4788	.6847
24	.5599	.6627
25	.7009	.7648
	Alpha = .8132	

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตาย ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

รศ.ดร.บัวทอง สว่างโสภากุล	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน
อ.พ.ต.หญิง พนมพร พุ่มจันทร์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน
ผศ.วิริยาภรณ์ อุดมระติ	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวขจรศรี แสนปัญญา
วัน เดือน ปี ที่เกิด	2 พฤษภาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดสุพรรณบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต (ประมง) มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์