

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และทดสอบอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และความเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.38 ปี (SD = 8.18) ร้อยละ 57.3 มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 74 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.50) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.50) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 70.40) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,392.08 บาท (SD = 3093.93) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากบุตร (ร้อยละ 62.10) และระดับรายได้มีความเพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 48.30) ผู้ดูแลใกล้ชิดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 57.50) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ครัวเรือนเดียวกันอยู่ในช่วง 1 – 3 คน (ร้อยละ 50.00) โดยมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 3.74 คน (SD = 1.85) (ดังตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 240)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	52.50
หญิง	114	47.50
อายุ ($\bar{x} = 73.38$, $SD = 8.184$)		
60 – 70 ปี	138	57.50
75 – 84 ปี	77	32.10
มากกว่า 84 ปี	25	10.40
สถานภาพสมรส		
โสด	6	2.50
คู่	150	62.50
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	84	35.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	50	20.80
ประถมศึกษา	169	70.40
มัธยมศึกษา	14	5.80
อนุปริญญา	4	1.70
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	1.30
ระดับรายได้ปัจจุบัน (median = 3,000, Range = max 15,000 - min 500)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน	164	68.30
3,001 – 5,000 บาท/เดือน	41	17.10
5,001 – 7,000 บาท/เดือน	9	3.80
7,001 – 10,000 บาท/เดือน	15	6.20
10,001 – 13,000 บาท/เดือน	8	3.40
มากกว่า 13,000 บาท/เดือน	3	1.20

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
บุตร	149	62.10
หลาน	8	3.30
เงินบำนาญ	7	2.90
ทำงานด้วยตนเอง	40	16.70
อื่นๆ (สวนยางพารา, สวนผลไม้, ดอกเบี้ยเงินฝาก)	36	15.00
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	101	42.10
เพียงพอ	116	48.30
เหลือเก็บ	23	9.60
ผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วย		
สามี	18	7.50
ภรรยา	63	26.30
บุตร	138	57.50
หลาน	12	5.00
ญาติ	6	2.50
บุคคลอื่นๆ (ผู้ดูแล)	3	1.30
จำนวนสมาชิกในครอบครัว ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 1.85$)		
1 – 3 คน	120	50.00
4 – 6 คน	103	42.90
7 – 10 คน	17	7.10

สำหรับข้อมูลความเจ็บป่วยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลนับถึงวันที่ตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 4.23 วัน ($SD = 4.54$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด (ร้อยละ 33.80) รองลงมาคือระบบหัวใจและหลอดเลือด

(ร้อยละ 30.40) และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 83.70) ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 82 ไม่ได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท (ดังตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลความเจ็บป่วย (N=240)

ข้อมูลความเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (\bar{x} = 4.23, SD = 4.54)		
1 – 7 วัน	206	85.80
มากกว่า 7 วัน	34	14.20
การได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท		
ไม่ได้รับยา	199	82.00
ได้รับยา	41	18.00
ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	39	16.30
มี	201	83.70
การวินิจฉัยของแพทย์ในครั้งนี้		
ระบบทางเดินหายใจ	81	33.80
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	73	30.40
ระบบทางเดินอาหาร	28	11.70
ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ	19	7.90
ระบบทางเดินปัสสาวะ	17	7.10
ระบบต่อมไร้ท่อ	10	4.20
อื่นๆ (มะเร็ง, งูอะปะกัด)	12	5.00

ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

สัมพันธภาพกับครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพกับครอบครัวเท่ากับ 31.37 (SD = 3.18) ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV = 0.10) แสดงว่า การกระจายของข้อมูล สัมพันธภาพกับครอบครัว มีการกระจายของข้อมูลแคบ และมีการกระจายของคะแนนไปทางด้านคะแนน

สูง (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) เมื่อจัดกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนสัมพันธภาพกับครอบครัวโดยกำหนดคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีสัมพันธภาพกับครอบครัวต่ำ ร้อยละ 60 – 80 สัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และมากกว่าร้อยละ 80 สัมพันธภาพกับครอบครัวดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.80 มีสัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับดี (ดังตาราง 3) จากข้อมูลพบว่าในขณะที่ผู้สูงอายุเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีเวลามาเยี่ยมและพูดคุยกับผู้สูงอายุ และก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมกับการครอบครัวน้อย คือการไปเที่ยวพักผ่อนกับครอบครัว (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 2)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.30) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 29.20) และมีเพียงร้อยละ 4.60 อยู่ในระดับน้อย (ดังตาราง 3)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉลี่ยเท่ากับ 15.91 (SD = 2.92) ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV = 0.18) มีการกระจายของคะแนนไปทางด้านคะแนนสูงและแคบ (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) (ภาคผนวก ค ตาราง ค 3) เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของสุทธิชัย (2544) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องพึ่งพามุคคลอื่นน้อย หรือสามารถดูแลตนเองได้ (ร้อยละ 90.8) และมีเพียงร้อยละ 1.70 ต้องพึ่งพามุคคลอื่นทั้งหมด หรือไม่สามารถดูแลตนเองได้ (ดังตาราง 3) จากข้อมูลกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องพึ่งพามุคคลอื่นคือการเคลื่อนไหว ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่นน้อยคือกิจกรรมการแต่งตัว ล้างหน้า หวีผม แปรงฟันและโกนหนวด (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3)

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเท่ากับ 39.75 (SD = 10.70) ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (CV = 0.27) ซึ่งแสดงว่าการกระจายของคะแนนความวิตกกังวลมีลักษณะเป็นโค้งปกติ แต่การกระจายของข้อมูลแคบ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 4) เมื่อจัดกลุ่มตัวอย่างตามคะแนนความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.70 มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 12.90 ที่มีความวิตกกังวลสูง (ดังตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละตามระดับสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ (N = 240)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
---------------------	-------	--------

ระดับสัมพันธภาพกับครอบครัว		
ต่ำ (น้อยกว่า 21.60 คะแนน)	3	1.30
ปานกลาง (21.60 – 28.80 คะแนน)	31	12.90
สูง (มากกว่า 28.80 คะแนน)	206	85.80

ตาราง 3 (ต่อ)		
ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ความรุนแรง		
น้อย	11	4.60
ปานกลาง	70	29.20
มาก	159	66.30
ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นทั้งหมด / ไม่สามารถดูแลตนเองได้ (0 - 4 คะแนน)	4	1.70
ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นเกือบทั้งหมด (5 – 8 คะแนน)	3	1.30
ต้องพึ่งพาคบุคคลระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	15	6.30
ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นน้อย / สามารถดูแลตนเองได้ (มากกว่า 12 คะแนน)	218	90.80
ระดับความวิตกกังวล		
ต่ำ (20 - 40 คะแนน)	85	35.40
ปานกลาง (41 – 60 คะแนน)	124	51.70
สูง (61 - 80 คะแนน)	31	12.90

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

3.1 การวิเคราะห์รายคู่

ผลการวิเคราะห์ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า สัมพันธภาพกับครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ ทางลบในระดับปานกลาง และระดับต่ำ กับความวิตกกังวล ($r = -.41, p < .01$; $r = -.18, p < .01$ ตามลำดับ) กล่าวคือหากสัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับสูง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองก็จะมีระดับความวิตก

กังวลต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็จะมีระดับความวิตกกังวลสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความวิตกกังวล ($r = .21, p < .01$) กล่าวคือหากการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงก็จะมีระดับความวิตกกังวลสูง ในทางตรงกันข้ามหากการรับรู้ความรุนแรงสูงการเจ็บป่วยต่ำก็จะมีระดับความวิตกกังวลต่ำ ดังตาราง 4

นอกจากนี้จากตารางดังกล่าวยัง พบว่าเพศ มีความทางลบในระดับต่ำกับรายได้ สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r = -.12, p < .05$; $r = -.15, p < .05$; $r = .14, p < .05$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ($r = -.13, p < .05$) ซึ่งเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวอิสระที่เลือกมาศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เกิน $r = .65$ แสดงว่ามีความสัมพันธ์ไม่สูง (Burn & Grove, 1993 อ้างตามเพชรน้อย, 2548)

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรดังกล่าวในการทำนายค่าความแปรปรวนของความวิตกกังวล (multicollinearity test) และพบว่าทุกตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน (ได้ค่า tolerance และค่า variance inflation factor ของความวิตกกังวลเท่ากับ 0.98, 0.98, 0.99 และ 1.03, 1.02, 1.01 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผลการทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยดูค่าดูบิน วัตสัน (Dubin-Watson) พบว่าได้เท่ากับ 2.19 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติคืออยู่ในช่วงไม่เกิน 1.5-2.5 (กัลยา, 2548) จึงได้นำตัวแปรต่างๆ ดังกล่าวไปวิเคราะห์ในสมการทำนายความวิตกกังวล

ตาราง 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวที่ศึกษากับความวิตกกังวล ($N = 240$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
--------	---	---	---	---	---	---	---

1. เพศ	1.00						
2. รายได้	-0.12*	1.00					
3. การได้รับยากลุ่มกล่อม ประสาท	0.01	0.01	1.00				
4. การรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วย	0.14*	-0.04	-0.01	1.00			
5. สัมพันธภาพกับครอบครัว	-0.15*	0.17**	0.02	-0.13*	1.00		
6. ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	-0.06	0.05	0.01	-0.07	0.10	1.00	
7. ความวิตกกังวล	0.11	-0.08	-0.02	0.21**	-0.41**	-0.18**	1.00

* $p < .05$ ** $p < .01$

3.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (stepwise multiple regression)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (stepwise multiple regression) โดยมีความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเป็นตัวแปรตาม และมีเพศ รายได้ การได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรต้น พบว่าสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 21 ($R^2 = 0.21$, $p < .05$) โดยสัมพันธภาพกับครอบครัวสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้สูงสุด ($\beta = -.38$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 2 และ 2 ตามลำดับ โดยที่สัมพันธภาพกับครอบครัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลทางลบ และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีอิทธิพลทางบวก (ดังตาราง 5)

ตาราง 5

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อนระหว่างตัวแปรทำนายกับภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ($N = 240$)

ตัวแปร	Beta	t	R^2 change	total R^2	F
--------	------	---	--------------	-------------	---

สัมพันธภาพกับครอบครัว	-.38	-6.52***	.21	.17	21.05*
การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย	.15	2.55*		.02	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.13	-2.20*		.02	

*p < .05 ***p < .001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายระหว่างสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยผู้วิจัยจะแยกอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีความสอดคล้องใกล้เคียงกับลักษณะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย กล่าวคือ มีอายุโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (สันทัด, 2541) มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน โดยแหล่งรายได้ที่สำคัญนั้นคือ บุตร และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย นอกจากนี้ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดหลังกฎหมายการศึกษาภาคบังคับ คือ พ.ร.บ. ประถมศึกษา พ.ศ. 2478 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 1-3 คน เนื่องจากสภาพสังคม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบันบุตร หลานแยกครอบครัวออกไป ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงอาศัยอยู่เพียง 2 คน แสดงให้เห็นว่าครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง (สันทัด, 2541; อุมพร, 2544) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะเจ็บป่วยคือบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร พบว่ายิ่งบิดา มารดาอายุมากขึ้น สัดส่วนของการได้รับการเกื้อหนุนจากบุตรจะสูงขึ้นในทุกด้าน ส่วนที่ไม่สอดคล้องลักษณะประชากรผู้สูงอายุไทยคือ เพศ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งเพศชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าเพศหญิง (ชื่นฤทัย และคณะ, 2548)

สำหรับภาวะสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับนอนหลับ จึงมักได้รับยาในกลุ่มยากล่อมประสาท ที่มักใช้ในการรักษาบ่อยในผู้สูงอายุเมื่อไปพบแพทย์ (ปราโมทย์ และมาโนช, 2540; Mind Publications, 2005) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ซึ่งโรคที่พบบ่อย คือโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ภาคใต้ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรที่มีอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าประชากรป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวโดยรวมร้อยละ 48.1 และครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับการรักษาด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับรายงานกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์พ.ศ. 2546 พบว่าโรกระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

สัมพันธภาพกับครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับดี (ตาราง 3) จากผลการศึกษสามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้โครงสร้างของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง แต่ไม่มีผลต่อสัมพันธภาพกับครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ความผูกพันระหว่างครอบครัวพ่อแม่กับครอบครัวลูกยังคงมีอยู่ (สันทัด, 2541) ซึ่งจากข้อมูลสัมพันธภาพกับครอบครัว (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 2) พบว่าในขณะที่ผู้สูงอายุเข้าพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีเวลามาเยี่ยมและพูดคุยกับผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลใกล้ชิดขณะเจ็บป่วยคือบุตร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าวัฒนธรรมและสังคมไทยลูกหลานหรือสมาชิกในครอบครัวยังมีค่านิยม และบรรทัดฐานเกี่ยวกับหน้าที่ของบุตรในการดูแลบิดามารดา และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ ให้การเกื้อหนุนยามบิดามารดาเจ็บป่วย (ศรีเรือน, 2545) จึงส่งผลให้สัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ระดับดี (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษานภาพร (2535) เรื่องการอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดา มารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย และศิริวรรณ (2535) พบว่า บุตรร้อยละ 80 ยังคงให้การช่วยเหลือ เกื้อหนุนบิดา มารดา เช่นเดียวกับการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 ได้มีการสำรวจกรณีเกื้อหนุนที่บุตรให้แก่บิดา มารดาผู้สูงอายุ โดยบุตรอายุ 13-59 ปี ที่มีบิดาสูงอายุและบุตรได้ให้การเกื้อหนุนบิดาร้อยละ 80.60 และให้ความเกื้อหนุนมารดาร้อยละ 85.30 (บรรลุ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์เพ็ญ (2543) เรื่องสถานะสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 พบว่าแม้สัดส่วนการอยู่อาศัยกับบุตรของผู้สูงอายุจะลดลง แต่ร้อยละ 90 ยังมีการพบปะกับบุตรทุกวัน

ความถี่ในการเยี่ยมชมจากบุตร หลาน พี่ น้องหรือญาติขึ้นกับระยะทางและความคล่องตัวในการเดินทาง ลักษณะสังคมในปัจจุบันรูปแบบการเอื้ออาทรดูแลอาจเป็นการโทรศัพท์พูดคุย เพื่อเสริมสร้างกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุ (บุญศรี, 2545; รศรินทร์, 2548)

ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยมีความสอดคล้องใกล้เคียงกันกับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย เช่นเดียวกับการศึกษาของจาง (Chang, 1992 อ้างตาม นพวรรณ และคณะ, 2542) และซุง (Sung, 1995 cited by Bartlett, 1998) ที่พบว่าเป็นประเพณีนิยมของประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินโดนีเซีย มาเลเซีย พม่า และไทย ที่บุตรจะให้การเกื้อหนุนแก่บิดา มารดา ในรูปของที่อยู่อาศัย อาหาร และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตอื่นๆ ส่วนบุตรที่อยู่ห่างไกลจะให้การสนับสนุนด้านการเงิน ซึ่งไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใดๆ จะดูแลผู้สูงอายุได้ดีเท่าครอบครัว ที่จะสามารถให้ความรักและความรู้สึกที่ผู้สูงอายุต้องการ เช่นเดียวกับการศึกษาขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 1995 อ้างตาม นพวรรณ และคณะ, 2542) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวไม่สามารถทำให้ความรัก และความผูกพันของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงได้ หากความสัมพันธ์ของบิดามารดาและบุตรแน่นแฟ้น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุยังเป็นเจ้าของบ้าน เป็นหัวหน้าครอบครัว ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาเวลาครอบครัวมีปัญหา หรือการตัดสินใจปัญหาในครอบครัว ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาของคนหนุ่มสาวในเรื่องต่างๆ (ศิริวรรณ, 2538) ซึ่งต่างกับลักษณะสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวของผู้สูงอายุในประเทศตะวันตกที่ผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพังขณะพักรักษาในโรงพยาบาล (Bartlett, 1993 cited by Bartlett, 1998)

ก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมด้วยครอบครัวน้อยก็คือการไปเที่ยวพักผ่อนของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเทพินทร์ (ม.ป.ป.) เรื่องการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุ ที่พบว่าครอบครัวไปพักผ่อนกับผู้สูงอายุและชักจูงให้ออกกำลังกายมีเป็นส่วนน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว ส่งผลให้การเคลื่อนไหว การเดินทางไปไหนมาไหนไม่ได้ เหมือนกับวัยอื่นๆ และเหนื่อยง่าย (ปรีชา และคณะ, 2541, วิไลวรรณ, 2545) และโดยบุคคลิกส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมักชอบอยู่กับบ้านเรือน หรือที่พักอาศัย ไม่ชอบการเดินทาง นิยมให้ลูกหลานที่ห่างไกลแวะมาเยี่ยมชมมากกว่า

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้อยู่ในระดับที่รุนแรง (ตาราง 3) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของชัดเจน (2543) และสมพร (2541) ที่ได้ศึกษาใน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการชรา (aging process) จึงส่งผลให้สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว (ปรีชา และคณะ, 2541) โดยร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยโรคทางกายมีความวิตกกังวล (สมภพ, 2544) และในการศึกษารั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ตาราง 2) ซึ่งการที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลถือว่ามีความรุนแรง เพราะผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าได้ผ่านขั้นตอนการรักษานและเยียวยาดด้วยตนเอง หรือการเลือกใช้ทางเลือกในการรักษาดด้วยวิธีอื่น ๆ มาแล้ว แต่อาการไม่ทุเลา จึงรับรู้ว่อาการเจ็บป่วยรุนแรงส่งผลให้มีอาการหอบเหนื่อยเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสและแปลผลสิ่งเร้านั้นจากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่โรค หรืออาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่นั้นมีความทุกข์ทรมาน ยุ่งยากในการรักษานหรือไม่ หากโรครดงกล่าวมีอาการที่ทุกข์ทรมานและมีความยุ่งยาก ก็ส่งผลต่อการรับรู้ว่มีความรุนแรง ประกอบกับอาการของโรครดงก็มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่งจึงทำให้การกลับเขามารับการรักษานในครั้งหลังๆ ของผู้สูงอายุรู้สึกว่มีความรุนแรงกว่ครั้งก่อนๆ ที่ผ่านม (กนกรัตน์, 2540)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะพักรักษานในโรงพยาบาลในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นในบางกิจกรรม (ตาราง 3) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของวาร์ซอว์ และคณะ (Warslaw et al, 1982) เกี่ยวกับการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เขารักษานในโรงพยาบาล พบว่มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสูงอายุที่อายุตั้งแต่ว่ 75 ปีขึ้นไปมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการศึกษาของซัดเจน (2543) ใช้แบบประเมินเดียวกับการศึกษาในครั้งนนี้ พบว่ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือจำเป็นต้องพึ่งพาคบุคคลอื่นบางกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุต้องเขารับการรักษานในโรงพยาบาลแสดงว่การเจ็บป่วยมีความรุนแรงในระดับหนึ่งมากพอที่จะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในครั้งนนี้ (ภาคผนวก ค: ตาราง ค 3) พบว่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวมากที่สุด โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวด้วยสภาพแวดล้อมที่จำกัดและไม่คุ้นเคย ผลจากยาทำให้ง่วงซึม การถูกผูกยึด ได้รับการรักษานซึ่งมีผลจำกัดกิจกรรม

เช่นการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสาจากช่องในร่างกาย การให้ผู้สูงอายุพักบนเตียง จากแบบแผนในการรักษา และความห่วงใยของบุตรหลานที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูงอายุพัก จึงเป็นการ จัดขวางการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ (Cremens & Langan, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอสเบิร์ก (Asberg, 1986) ได้ศึกษาการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในสถานพยาบาลระยะสั้น พบว่าผู้สูงอายุ 21 รายที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนถึง 19 รายที่พบมีการเปลี่ยนแปลงของ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังปฏิบัติได้เอง (ภาคผนวก ค: ตาราง ก 3) คือ การแต่งตัว ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้เองที่เพียง

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.70 มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 35.40 อยู่ในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 12.90 อยู่ในระดับสูง (ตาราง 3) ซึ่งมีความ แตกต่างกับการศึกษาของทัศนีย์ (2542) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุแรกรับในหอผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ซึ่งได้ใช้แบบวัดกับการศึกษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่าการ ศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจนพบผู้วิจัยเฉลี่ย 4.23 วัน (ตาราง 2) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของทัศนีย์ (2542) ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะรายที่รับใหม่ จึงอาจทำให้ กลุ่มตัวอย่างตื่นเต้น แปลกใหม่กับสถานที่ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรง พยาบาลมาก่อน และการประเมินของการศึกษาดังกล่าวเป็นการประเมินในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้า พักในหอผู้ป่วยในระยะแรกๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) ส่วนการศึกษาของควอล และคณะ (Kvaal et al., 2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบ ว่าส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง โดยได้ใช้แบบวัดเดียวกัน ทั้งนี้อาจ สืบเนื่องมาจากสังคม และวัฒนธรรมทางตะวันตกที่พบว่าผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล (Bartlett, 1993 cited by Bartlett, 1998)

จากผลการศึกษาอธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเกิดจากกระบวนการชรา (aging process) ปัจจัยทางจิตสังคม ภาวะสุขภาพ และการใช้ยา (Elderly Health Service, 2003; Sheikh, 2003; Zerbe, 2000) จากการศึกษาของเบทเล และคณะ (Butle et al., 1998) พบว่าร้อยละ 18.60 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความทุกข์ทรมานกับอาการวิตกกังวล เมื่อผู้สูงอายุเข้าพักรักษา

ในโรงพยาบาลครั้งแรกผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความแปลกของสถานที่ และสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ความรุนแรงของโรค หรืออาการเจ็บป่วยรวมทั้งพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลื่อมลง ความไม่แน่นอน และผลของการรักษา (ทัศนาศ, 2548; ประคอง, 2538; Fricchione & Marcantonio, 2004; Zuk & Zawora, 2003) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร เมื่อเกิดความเจ็บป่วยส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงาน หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่า และความคิดการตัดสินใจเพื่อตนเอง กิจกรรมทางสังคมถูกจำกัด และสุดท้ายต้องพึ่งพาผู้อื่น กระทบต่อแบบแผนในการดำรงชีวิต และบทบาทในครอบครัว สังคม เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะควบคุมร่างกายได้ (สุจิตรา, 2537; Fricchione & Marcantonio, 2004) จากการศึกษาของแซร์แมน (Schieman, 2004) พบว่าผลจากการจำกัดการทำงานที่มีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มระดับความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความวิตกกังวล

การวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ ในการศึกษานี้มีเพียงสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 21 (R^2 change = .21) ซึ่งจัดได้ว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็จะมีผลต่อความวิตกกังวลได้ โดยเฉพาะสัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าสมการ ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้สูงสุด และมีอิทธิพลทางลบกับความวิตกกังวล ($\beta = -.38$) กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอบอุ่นไม่กังวลใจ หากกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวลใจ สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่สองที่ถูกเลือกเข้าสมการ มีอิทธิพลทางบวกกับความวิตกกังวล กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างประเมินว่าอาการเจ็บที่เป็นอยู่มีความรุนแรง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตใจต่อความวิตกกังวลในระดับสูง แต่หากรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่ประสบอยู่ไม่รุนแรงก็ย่อมส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดต่ำลง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่ถูกเลือกเข้าสมการมีอิทธิพลทางลบกับความวิตกกังวล ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้เพิ่มขึ้น กล่าวคือ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาคู่คนอื่นเป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กล่าวการ

เป็นภาระแก่ลูกหลานหรือบุคคลอื่นๆ สำหรับ เพศ รายได้ และการใช้ยาในกลุ่มกลุ่มประสาทไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล สามารถอธิบายได้ดังนี้

สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเป็นตัวแปรแรกที่ถูกดึงเข้าสู่สมการและมีอิทธิพลทางลบกับความวิตกกังวล ซึ่งหากผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวในระดับสูงก็จะมี ความวิตกกังวลในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวอยู่ในระดับต่ำก็จะมี ความวิตกกังวลในระดับสูง ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากสัมพันธ์ภาพที่ดีของกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้ (ตาราง 3) ทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3)

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น มั่นคงและไม่วิตกกังวลว่าจะทอดทิ้ง ซึ่งครอบครัวถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตแม้บุคคลจะมีความเปราะบาง แต่ถ้าครอบครัวมีความแข็งแกร่งปัญหาความรุนแรงที่ตามมาจะลดลงได้ (อุมาพร, 2544) ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่มีความสำคัญ ของบุคคล โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ การดูแล การสนับสนุน และสัมพันธ์ภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดี (Pickering & Thompson, 1998) ในผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี อยู่คนเดียว มักมีแนวโน้มที่จะมีความเครียด และความวิตกกังวลสูง (เพ็ญจันทร์, 2542) การศึกษาของนงลักษณ์ และคณะ (2546) เกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าแหล่งสนับสนุนกำลังใจที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือ ครอบครัว โดยเฉพาะลูก ซึ่งในผู้สูงอายุไทยนั้นยังได้รับการเกื้อหนุนระดับสูงจากบุตรหลาน เมื่อเจ็บป่วยหรือ ไม่สบาย (ตาราง 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวในช่วงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (วาชิณี, 2543; Aliyu et al., 2003)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมอยู่ในระดับไม่ดีจะมีระดับความวิตกกังวล ส่งผลให้บุคคลรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงที่สูงกว่า ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคมจากเครือข่ายที่สูง ย่อมเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่า จึงเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติน้อยกว่า ส่งผลให้รับรู้อาการผิดปกติที่รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มแรก (เพ็ญจันทร์, 2542; วิไลวรรณ และฉวีวรรณ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ สิลลอสซี (2540) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมหรือครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ที่พบมาก คือ ญาติ หรือบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 95) บิดามารดา (ร้อยละ 90) คู่สมรส บุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต (ร้อยละ 82.50) (มธุริน, 2543)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรตัวที่สองที่ถูกดึงเข้าสู่สมการ และมีอิทธิพลทางบวกกับความวิตกกังวล ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับสูงก็จะมีผลความวิตกกังวลในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำก็จะมีผลความวิตกกังวลในระดับต่ำ

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ (Cremens & Langan, 2004) อาการและอาการแสดงอาจไม่เฉพาะเจาะจง เหมือนกลุ่มอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย มีการฟื้นฟูหายช้า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลา นานมากขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นทำให้เกิดความวิตกกังวล (ยูพาพิน และคณะ, 2547; วิไลวรรณ, 2545; พูลสุข, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ติน และคณะ (Martin et al., 2003) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในแผนกอายุรกรรม กับความรุนแรงของความเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะมีความวิตกกังวลสูง แต่ในทางกลับกันผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคน้อยจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของลิ และคณะ (Li et al., 2003) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการศึกษาของฟองศรี และรุ่งนภา (2540) เรื่องแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลแบบแฝง ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ความซึมเศร้า ความรู้สึกว่าคุณค่า และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา พบว่าความวิตกกังวลแฝงและการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายการเปลี่ยนแปลงความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ร้อยละ 83 โดยการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยมีค่าสัมประสิทธิ์เส้นทางความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลขณะเผชิญ .07 ($p = .007$) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความผาสุกทางจิตในผู้สูงอายุหญิง (Heidrich, 1993) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = .20$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ ($\beta = .24$)

แม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับรุนแรง (ตาราง 3) แต่เป็นเพียงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยที่แท้จริงหรือพยาธิสภาพของโรคอาจไม่ได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากโรค หรือความวิตกกังวลต่อการ

เจ็บป่วยมากนัก และโรคที่มีภาพลักษณ์น่ากลัวก็มีเพียงร้อยละ 1.49 (ภาคผนวก ค: ตาราง ค1) จึงทำให้ตัวแปรดังกล่าวถูกดึงเข้ามาเป็นอันดับที่สองและอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้เพียงร้อยละ 2 เท่านั้น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่ถูกดึงเข้าสู่สมการและมีอิทธิพลทางลบกับความวิตกกังวล ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงก็จะมีความวิตกกังวลในระดับต่ำ ในทางตรงกันข้ามหากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำก็จะมีความวิตกกังวลในระดับสูง

จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยไม่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้บุคคลต้องเข้ามาอยู่โรงพยาบาลโดยไม่เฉียบพลันหรือเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน การช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือถูกจำกัดกิจกรรมทำให้บุคคลต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ยูพาฟิน และคณะ, 2547) บุคคลต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคยกระทำมาเป็นบทบาทผู้ป่วย (รับคำสั่งปฏิบัติตามคำสั่งผู้อื่น) ส่งผลให้ต้องเปลี่ยนแปลงลักษณะกิจวัตรประจำวันไป การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต้องเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในบุคคล (สุจิตรา, 2537) และการพร่องกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ การเคลื่อนไหว (Nagano, 2002) (ตาราง ค 3) การเข้ามาพักในสถานพยาบาลในระยะสั้นของผู้สูงอายุจากโรคทางอายุรกรรม พบมีการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในทางลดลง ร้อยละ 23 ของผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาศูนย์อื่น และร้อยละ 41 ต้องพึ่งพาศูนย์อื่นเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดเป็นความทุกข์ทรมานของผู้สูงอายุ (Creditor, 1993; Mor, Wilcox, Rakowski & Hiris, 1994 cited by Calkin & Naughton, 1999)

การที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาศูนย์อื่นน้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการที่ตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลน้อยเพียงร้อยละ 2 และส่งให้ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 3) อาจเป็นเพราะโดยปกติสังคมไทยให้ความเคารพหรือกตัญญู เกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุคอยให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะยามเจ็บป่วย จึงอาจส่งผลให้มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลได้น้อย

สำหรับปัจจัยเพศ รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ การได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณสามารถอธิบายได้ดังนี้

เพศ

การที่เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลแต่ลักษณะความสัมพันธ์ที่พบแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา กล่าวคือ เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Scholten, 2003; Stewart et al., 1997; Wilkinson, 1992) เนื่องจากเพศหญิงจะมีบุคลิกภาพ ลักษณะอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าเพศชายจึงส่งผลให้เพศหญิงมีระดับความวิตกกังวลมากกว่า ดังการศึกษาของการ์วินและคณะ (Garvin et al., 2003) เรื่องเพศผลของการให้ข้อมูลและการควบคุมความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในระยะ 48 ชั่วโมง พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 17 (R^2 change = 0.17) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของควอล และคณะ (Kvaal et al., 2003) และการศึกษาของ ฮังจ์ และคณะ (Haug et al., 2004) ควอล และเลค (Kvaal & Laake, 2001) เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชายระดับความวิตกกังวลและมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาในครั้งนี้เพศไม่มีความแตกต่างกันของความวิตกกังวล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะสังคม วัฒนธรรมไทยยังคงให้ความสำคัญและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ โดยบุตรหลานยังคงให้การดูแลช่วยเหลือบิดามารดาสูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน (ปรีชา และคณะ, 2541) ประกอบกับในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเข้ามาพักรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น โดยประเมินเฉพาะความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไม่ได้ประเมินความวิตกกังวลแฝงจึงอาจส่งผลให้การศึกษาในครั้งนี้ไม่พบทั้งความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ

สำหรับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา (2534) พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลทั้งแบบเผชิญ และแบบแฝง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของจาง (2540) ที่พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ แม้ว่าในวัยสูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ (Cremens & Langan, 2004) แต่ผู้สูงอายุยังได้รับ

ความถี่ของนอนหลับจากบุตรหลาน ทั้งด้านการเงิน (นภาพร และจอห์น, 2539) ที่อยู่อาศัย และอาหาร (สุทธิชัย, รานี, ธนารตี และชเนตตี, 2543; ศิริวรรณ, 2538) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือนเป็นส่วนใหญ่ (ตาราง 1) แต่ก็เพียงพอต่อความต้องการและรายจ่ายในชีวิตประจำวัน ประกอบกับผู้สูงอายุมีสวัสดิการจากภาครัฐบาลในด้านการรักษาพยาบาลตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ประเภทไม่ต้องจ่าย 30 บาท ทำให้รายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การได้รับยากลุ่มกล่อมประสาท (tranquilizer)

นอกจากนี้การที่การได้รับยากลุ่มกล่อมประสาทไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล แตกต่างกับการศึกษาในประเทศเยอรมันการรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัด พบว่าหลังได้รับยาควอสโพรล ฟอติ (kavosporal forte) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มทรานควิลิเซอ (tranquilizer) 1 อาทิตยมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล ความตื่นเต้น และความอ่อนเพลียได้ดี (Neuhaus et al., 2000) เนื่องจากยาในกลุ่มนี้มีผลลดหรือยับยั้งการทำงานของ เซ ล ล์ ป ร ะ ส า ท ที่เกี่ยวกับนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) จึงส่งผลให้ลดหรือบรรเทาความวิตกกังวลได้ (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545) การไม่พบความสัมพันธ์ หรืออิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการศึกษารั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพียงส่วนน้อยที่ได้รับยากลุ่มกล่อมประสาทคือ ร้อยละ 18 ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับยากลุ่มกล่อมประสาทมีถึงร้อยละ 82 (ดังตาราง 1) และระยะเวลาในการได้รับยาในกลุ่มดังกล่าวก็ใช้เพียงระยะเวลาสั้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาจะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ ซึ่งแพทย์ได้พิจารณาให้ยาในกลุ่มดังกล่าวเพื่อต้องการให้ผู้ผู้ป่วยพักผ่อนบรรเทาอาการของโรค (จันทนา และนิตยา, 2545) จากลักษณะดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้การได้รับยาไม่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 78.90 อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลแต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สวัสดิการการรักษาพยาบาล สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย ประสบการณ์ในอดีต ประสบการณ์หรือจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล เป็นต้น