

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อศึกษาระดับสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และทดสอบอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 สุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 1.3 ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล
 - 2.2 ชนิดของความวิตกกังวล
 - 2.3 ระดับของความวิตกกังวล
 - 2.4 ผลกระทบของความวิตกกังวล
 - 2.5 ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ
 - 2.6 ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 2.7 เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล
 - 3.1 ปัจจัยด้านประชากร
 - 3.2 สัมพันธภาพกับครอบครัว
 - 3.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
 - 3.4 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุมีได้หลายความหมายอาจจะเป็นตามลักษณะทางกายภาพ หรือตามสถานภาพทางสังคม โดยส่วนใหญ่ใช้นิยามใช้ความหมายตามอายุมาก หรือน้อยตามปีปฏิทินที่เรียกว่า ผู้สูงอายุ (elderly, older person) ซึ่งในการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับตามปฏิทิน แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดให้ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (นิตยา, 2545; บรรลุ, 2542; Pickering & Thompson, 1998)

สุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่ออายุมากขึ้น โครงสร้างและหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อลดลง ขาดความไวในการตอบสนอง ความสามารถในการทำงานของระบบประสาทหย่อนสมรรถภาพ ระบบภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ลดลง (กนกรัตน์, 2540) ในวัยสูงอายุจึงมักเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้นกว่าวัยหนุ่มสาว และส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีสภาวะทุพพลภาพและภาวะที่พึ่งพาในอัตราที่สูงขึ้น โดยส่วนใหญ่จากการประเมินสุขภาพโดยรวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุนั้น ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองนั้นมีสุขภาพแข็งแรงถึงปานกลาง ประมาณ 2 ใน 3 ส่วน และในผู้สูงอายุหญิงจะประเมินว่าตนเองไม่แข็งแรงและอ่อนแอกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ, 2540; จันทร์เพ็ญ, 2543; บรรลุ, 2542) ซึ่งการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยอื่นๆ (นพวรรณ, เกื้อ และรุ่งรัตน์, 2541) นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้วปัญหาด้านจิตใจก็พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะความวิตกกังวลกับการดำเนินชีวิตต่อไป และการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กำลังเผชิญอยู่ดังการศึกษาของนัยพินิจ (2537) ที่พบปัญหาความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 ประกอบกับผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ลำบากขึ้นจากสภาพวิกฤตทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่เพียงลำพังเนื่องจากเป็นโสดและเป็นหม้ายเพิ่มขึ้น สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม จึงยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นคุกคามต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลแต่ละคนแตกต่างกัน บางคนรุนแรง บางคนเล็กน้อย เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

ก่อให้เกิดความเครียด กังวล สับสน เนื่องจากความแปลกของสถานที่ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งเป็นสถานบริการที่ผู้สูงอายุมาใช้บริการเป็นส่วนใหญ่ เพราะผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำประกอบกับมีสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐบาล และหากอาการของโรครุนแรงเกินกำลังความสามารถของแพทย์ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีอยู่ก็มีระบบการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่าตามลำดับ โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ไม่สามารถปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยสามัญได้เหมือนกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของเอกชน ส่งผลให้สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยมีสภาพแออัด มีการจำกัดระยะเวลาในการเยี่ยม และการเฝ้าไข้ของญาติ ทำให้ผู้ป่วยถูกแยกออกจากครอบครัวและสังคมที่คุ้นเคย ไม่สามารถแยกกลางวันและกลางคืน มีเสียงดังรบกวนจากเครื่องมือทางการแพทย์ สภาพผู้ป่วยที่นอนพักอยู่เตียงใกล้ๆ ข่มส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลจากสภาพดังกล่าว ซึ่งสามารถแบ่งสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในด้านถดถอย เนื่องจากกำลังสำรองของร่างกายลดลง มีความแปรปรวนของสมดุลในร่างกาย และมีหลายโรคร่วมกัน จึงได้รับยาหลายชนิด ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ซึ่งมักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลหรือมีผู้ดูแลใกล้ชิด (ยูพาพิน และคณะ, 2547)

2. ด้านจิตใจ อาจแสดงออกด้วยปัญหาทางกายเช่น ซึมเศร้า กังวล เหนงา หรืออาจมีปัญหานอนไม่หลับ น้ำหนักลด แสดงอาการสับสนหรือวุ่นวาย (ยูพาพิน และคณะ, 2547)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุถูกแยกจากครอบครัวและสังคมที่คุ้นเคย เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยที่เรื้อรังและซับซ้อนทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถทำงานได้ตามปกติต้องมาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล วิธีชีวิตเปลี่ยนแปลงขาดรายได้มาจุนจือครอบครัว และในบางครั้งต้องเพิ่มภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงที่ขึ้น (ยูพาพิน และคณะ, 2547)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยีต่างๆ ต้องแยกจากครอบครัวบุคคลที่คุ้นเคย ความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ผู้สูงอายุถูกเปลี่ยนแปลงรูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีปฏิริยาทางสังคมลดลง มีบทบาทของคนป่วย (sick role) สังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นผู้ต้องพึ่งพา ไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรม จากความเจ็บป่วยหรือความสูงอายุ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากมีกฎระเบียบและข้อจำกัดมาก (ลิวรรณ, 2547) ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากจำเป็นต้องรักษาหลายวิธีร่วมกัน มักสร้างปัญหาทางจิตสังคมให้แก่ผู้สูงอายุได้บ่อย ปัญหาจิตสังคมที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล

ความรู้สึกเจ็บปวดจากโรคและการผ่าตัด ภาวะซึมเศร้า (นิตยา, ปริญญา, พนารัตน์, พวงทอง, มณเฑียร และยุวดี, 2544) สาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่สำคัญประการหนึ่งเกิดจากสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย มะเร็ง (จารุวรรณ, 2544)

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล (subjective experience) เกิดได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต สาเหตุเนื่องจากรู้สึกว่ามีความล้มเหลวมาคุกคามเอกลักษณ์ของตัวเอง (identity) หรือความนับถือตนเอง (self-esteem) ต่อภาวะสุขภาพ (กนกรัตน์, 2540) ทำให้เกิดความไม่สบาย ไม่เป็นสุข รู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น และมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือถอยหนี (ปราโมทย์ และมาโนช, 2540; Scholten, 2003; Spielberg, 1966) ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลทำให้การรับรู้ด้อยลงไป โดยมีการแสดงออกทางร่างกายและจิตใจ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (อำไพวรรณ, 2541)

ชนิดของความวิตกกังวล

นักจิตวิทยา และจิตแพทย์หลายท่านแบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกได้หลายชนิด แต่กล่าวโดยสรุปแล้วสามารถแบ่งชนิดของความวิตกกังวลได้เป็น 2 ชนิด (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545; Spielberg, 1966 ;Spielberger, 1972 cited by Edelmann, 1992; Wilkinson, 1992) ดังนี้

1. ความวิตกกังวลแบบแฝง (anxiety trait) เป็นภาวะความวิตกกังวลที่แฝงอยู่ในบุคลิกภาพ สามารถสังเกตเห็นได้จากการแสดงออกทางพฤติกรรมการแสดงออกของอารมณ์ และสรีระ คือ จะมีลักษณะ เดินเร็ว พุดเร็ว เป็นคนตื่นเต้นเสมอ ร่าร้อน อยู่ไม่นิ่ง ระดับความวิตกกังวลสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยของบุคคล

2. ความวิตกกังวลแบบเผชิญ (anxiety state) เป็นความวิตกกังวลที่มีเหตุกระตุ้นเมื่อบุคคลมีการเผชิญกับภาวะเครียดทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น หญิงที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจได้รับการแจ้งข่าวว่าสามีอาการไม่สู้ดี เกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมาก

ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลแสดงออก หรือมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพส่วนบุคคล โดยทั่วไประดับความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลมีอยู่ด้วยกัน 4 ระดับ (กนกรัตน์, 2540; ยาวลักษณ์ และลัดดา, 2541 ; Salzman et al., 1993 cited by Wilson & Kneisl, 1996) คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้บ่อยในชีวิตประจำวัน ทำให้มีสมาธิดีขึ้น ตื่นตัวและกระตือรือร้น มีผลกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ จึงอาจเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา พฤติกรรม อารมณ์ได้เล็กน้อย สามารถควบคุมและจัดการกับตนเองได้
2. ความวิตกกังวลระดับกลาง (moderate anxiety) บุคคลมีการรับรู้แคบ เลือกรับรู้เฉพาะสิ่งที่สนใจ ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน รับสัมผัส และประสิทธิภาพในการตัดสินใจลดลง บางครั้งต้องอาศัยแหล่งสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา เช่น รู้สึกตึงเครียด ถ่ายัสสาวะบ่อย
3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) หมกมุ่นครุ่นคิดในรายละเอียดมากเกินไป ไม่สามารถจับสาระสำคัญ หรือเชื่อมโยงเหตุการณ์ได้ บางรายงุนงง ควบคุมตนเองไม่ได้
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงสูงสุด (panic anxiety) เป็นภาวะหวาดหวั่นสุดขีด ไม่สามารถควบคุมหรือช่วยเหลือตนเองได้ การเรียนรู้เสียไปไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ มีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

ผลกระทบของความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (ชอลดา, 2536; Wilson & Kneisl, 1996)
 - 1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา ในขณะที่เกิดความวิตกกังวลขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลจากการที่สมองส่วน ซีรีบรัม (cerebrum) กระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) และไฮโปทาลามัส (hypothalamus) และมีผลเกิดขึ้น 2 ประการ คือ 1) ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) จะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) ซึ่งจะไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (cortex adrenal gland) ทำให้หลั่งฮอร์โมนคอร์ติคอล (cortical hormone) มีผลให้ร่างกายทนต่อภาวะวิตกกังวลได้ดีขึ้น และ 2) ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) หรือที่เรียกว่าศูนย์กลางอารมณ์ (the seat of emotions) เป็นสมองที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ สมองส่วนนี้จะส่งกระแสไปที่ต่อมเมดัลลาแอดรีนอล

(medulla adrenal gland) ทำให้หลั่งสารอิพิเนฟริน (epinephrine) เป็นผลให้กล้ามเนื้อหดตัว

เกร็ง เตรียมสู้ (fight) หรือหนี (flight) จึงพบผู้ที่มีความวิตกกังวลมีผลละกำลังมากมาย สามารถกระทำในสิ่งที่ยามปกติทำไม่ได้

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ในภาวะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกาย ดังนี้

1.2.1 ต่อมพิทูอิตารีส่วนหน้า จะหลั่งฮอร์โมนแอดรีโนคอร์ติโคโทรปิก (adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนใน (cortex adrenal gland) ให้หลั่งแอดรีโนคอร์ติคอยด์ 3 ชนิด คือ 1) มิเนอราโลคอร์ติคอยด์ (mineralocorticoids) ควบคุมความสมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม และแคลเซียม 2) กลูคโคคอร์ติคอยด์ (glucocorticoids) มีผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมัน และน้ำตาลในร่างกายมีการจับสารจำพวกน้ำตาลออกสู่กระแสเลือดมากขึ้น และ 3) แอนโดรเจน (androgens) มีผลต่อลักษณะกล้ามเนื้อและเสริมสร้างลักษณะเพศชาย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

1.2.2 ต่อมพิทูอิตารีส่วนหลัง จะหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูริติก (antidiuretic hormone) เพื่อควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นไปตามปกติ

1.2.3 ไฮโปทาลามัส จะส่งผ่านปลายประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nerve) ไปยังต่อมเมดัลลาแอดรีนอล ให้หลั่งฮอร์โมนแคทีโคลามีน (catecholamines) ประกอบไปด้วยอิพิเนฟริน (epinephrine) และนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย

2. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงนี้ขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล ถ้าเป็นในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าถึงขั้นระดับรุนแรงและระดับตื่นกลัวสุดขีดจะทำให้ระบบต่างๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแสดงออก (ชอลดา, 2536; Emmelkamp, Bouman & Scholing, 1996; Pollack, Smoller & Lee, 2004; Scholten, 2003; Wilkinson, 1992) ดังนี้

2.1 ระบบกล้ามเนื้อ มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้าสั่น กระตุก ปวดตามกล้ามเนื้อเมื่อยล้า หนื่อยง่าย เจ็บปวดเมื่อเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วน

2.2 ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น เจ็บหน้าอก เส้นเลือดบริเวณมือ เท้าหดตัวทำให้มือเท้าซีดและเย็น

2.3 ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจถี่และหอบเร็ว คล้ายจะเป็นลม เวียนศีรษะ อึดอัดบริเวณหน้าอก ถอนใจบ่อย

2.4 ระบบทางเดินอาหาร มีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายท้องเดิน ท้องผูก เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้มากขึ้น

2.5 ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ ปัสสาวะบ่อย ความสามารถทางเพศลดลง

2.6 ระบบผิวหนัง หน้าแดงหรือหน้าซีด รู้สึกร้อน มือเท้าขึ้นและเย็น เหงื่อออกมาก

2.7 ระบบประสาทส่วนกลาง คุณเฉื่อยง่าย สมาธิไม่ดี มึนงง การรับรู้บกพร่องนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท ความจำไม่ดี

3. การเปลี่ยนแปลงและผลต่อสภาวะสุขภาพ (อำเภอพรรณ, 2541)

3.1 แสดงอาการทางกายรุนแรงมากขึ้น เช่น พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจะแสดงอาการของความเจ็บปวด และใช้ยาแก้ปวดมากขึ้น

3.2 อัตราการเสียชีวิตมากขึ้น โดยมีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด ถ้ากระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล ร่างกายจะขับสารแคททีโคลามีน (catecholamines) ซึ่งจะไปกระตุ้นหัวใจให้มีจังหวะการเต้นเร็วมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานไม่ไหว อันเป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

3.3 การฟื้นฟูสภาพร่างกายใช้เวลานาน ถ้าผู้ป่วยปรับตัวหรือเผชิญกับการเจ็บป่วยได้เหมาะสม การฟื้นฟูสภาพร่างกายจะทำได้อย่างปกติ แต่ผู้ป่วยหมดหวัง หรือไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป กำลังใจที่จะพยายามช่วยตนเองให้ดีขึ้น มักใช้เวลานานมากขึ้น หรืออาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

3.4 การปฏิเสธและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งเป็นสภาพปัญหาที่พบได้มากทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการวินิจฉัยของแพทย์ โดยเฉพาะโรคที่รุนแรงน่ากลัว ภาพพจน์ไม่ดี เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการวินิจฉัย จึงไม่มาติดตามการรักษาตามกำหนด ซึ่งอาจทำให้โรคลุกลามหรือยากแก่การช่วยเหลือ

4. ผลของความวิตกกังวลต่อความสามารถในการสังเกตคือ การรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง ความสามารถในการสังเกตจะเพิ่มมากขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับระดับของความวิตกกังวล (ซอลดา, 2536; Wilson & Kneisl, 1996)

5. ผลของความวิตกกังวลต่อสมาธิและความจำ ถ้าเป็นในระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะทำให้สมาธิดีขึ้น แต่ถ้าเป็นระดับรุนแรงและรุนแรงมาก สมาธิอาจลดลง บุคคลในภาวะนี้จะกระสับกระส่ายและไม่อยู่นิ่ง ส่วนในด้านความจำนั้น ถ้าเป็นในระดับเล็กน้อยจะทำให้การจดจำดีขึ้นเนื่องจากความจำประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การลงทะเบียน (registration) ความทรงจำ (retention) และระลึกได้ (recall) เมื่อมีความวิตกกังวลเล็กน้อยประสาทรับรู้ทั้ง 5 ตื่นตัวจึงรับรู้ข้อมูลมากขึ้น การลงทะเบียน (registration) ความทรงจำ (retention) และระลึกได้ (recall) มาก ถ้าการรับรู้ต่ำ ความจำก็

เกิดขึ้นน้อย ในภาวะรุนแรง และรุนแรงมาก ความจำจึงเกิดขึ้นน้อยมาก เพราะเขารับรู้ไว้น้อย ถ้าบุคคลที่ต้นตระหนักตกใจสุดขีดแล้วเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะเล่าได้ไม่คืนักหรือเล่าไม่ได้เลย (ชอลดา, 2536; Wilson & Kneisl, 1996)

6. ผลของความวิตกกังวลต่อการเรียนรู้และการปรับตัว ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงระดับกลาง ถ้าบุคคลนั้นมีทักษะอยู่แล้ว ก็จะสามารถใช้ทักษะนั้นช่วยให้เกิดการเรียนรู้ วิเคราะห์พิจารณาได้ แต่ถ้าในระดับรุนแรงถึงรุนแรงมากไม่ว่าจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีโอกาสได้ใช้ทักษะนั้นเลยในช่วงที่อยู่ในภาวะตื่นกลัวสุดขีด (ชอลดา, 2536; Wilson & Kneisl, 1996)

7. ผลของความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อเกิดความวิตกกังวลพฤติกรรมแสดงออกส่วนมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติที่เห็นได้บ่อยๆ ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ กล่าวกันว่าความโกรธเป็นอนุพันธ์ของความวิตกกังวล การบ่นจู้จี้ สนใจในตนเองมาก พฤติกรรมแสดงออกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ (ชอลดา, 2536; Wilson & Kneisl, 1996)

7.1 พฤติกรรมแสดงออก (acting – out behavior) เป็นการแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย (overt behavior) พฤติกรรมตอบโต้ภาวะวิตกกังวลแบบเปิดเผยได้แก่ ความหงุดหงิด โมโหง่าย โกรธ พุดจาชวนทะเลาะ ทำทางกระสับกระส่ายอยู่ไม่นิ่ง แบบซ่อนเร้น (covert behavior) ได้แก่ความรู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตรที่เก็บซ่อนไว้และแสดงออกมาในรูปแบบอื่น

7.2 การแสดงออกทางกาย (somatizing) การลดภาวะวิตกกังวล โดยการเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย

7.3 ใช้ความเข็งเข็ง (freezing to the spot) ได้แก่การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมแสดงออกได้แก่ การถอนตัวจากเหตุการณ์ (withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นอาการเศร้า (depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ (regression)

7.4 การเรียนรู้จากความวิตกกังวล (using the anxiety in the service of learning) มีพฤติกรรมในรูปแบบพยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวล และทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ตนเองใช้เพื่อขจัดความวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัดไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์นี้

ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ความวิตกกังวลเป็นส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ งานวิจัยในอดีตเชื่อว่าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเกิดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น จากภาวะซึมเศร้า และอัลไซเมอร์ (Anxiety Disorders Association of America, 2004) เมื่อเร็วๆ นี้เชื่อว่าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมตามวัย หรือจากกระบวนการชรา (aging process) ปัจจัยทางจิตสังคม และภาวะสุขภาพ (มานิต และสุธีร์, 2542) จากรายงานการวิจัยที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่อยู่

ในชุมชนจะแสดงอาการของความวิตกกังวลร้อยละ 20 และสำหรับในเอเชีย การศึกษาในฮ่องกง พบความวิตกกังวลในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 26 (Elderly Health Service, 2003) ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเกิดขึ้น ดังนี้

1. ความเจ็บป่วยทางอายุรกรรมและการใช้ยา เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Elderly Health Service, 2003; The Merck Manual of Geriatrics, 2005; Zerbe, 2000) โดยผู้ป่วยจะแสดงออกเกี่ยวกับความคิดที่สับสน กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย หรือภาวะสุขภาพและการเงิน ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านจิตใจ อาการวิตกกังวลจะเป็นในขณะนั้น และโดยทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางด้านอายุรกรรม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจวายเลือดคั่ง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด) ระบบทางเดินหายใจ (หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง) และระบบต่อมไร้ท่อ (ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยหรือมากกว่าปกติ) การใช้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยากลุ่มต้านอาการซึมเศร้า กลุ่มเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) โดยอาการวิตกกังวลจะแสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ (Sheikh, 2003)

2. ภาวะหลงลืม (delirium) พบบ่อยว่าเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและความกระวนกระวายใจตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อม (The Merck Manual of Geriatrics, 2005)

3. ภาวะซึมเศร้า (depression) ส่งผลให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง แม้ว่าความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยจะเป็นเรื่องปกติและมีความรุนแรงน้อยกว่าสาเหตุอื่นๆ (The Merck Manual of Geriatrics, 2005)

4. ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุจากการพร่องการรับรู้ รวมทั้งการสูญเสียความจำ มีพฤติกรรมถดถอยหรือไม่เหมาะสม เช่น อาการหวาดหวั่น กระวนกระวาย กระสับกระส่าย การแยกตัวออกจากสังคม อาจเกิดจากการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมหรือผลข้างเคียงของยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการสื่อสาร (Sheikh, 2003; The Merck Manual of Geriatrics, 2005)

ในปัจจุบันผู้เชี่ยวชาญได้เริ่มยอมรับมากขึ้นว่าความวิตกกังวลในผู้สูงอายุแตกต่างกับวัยหนุ่มสาวอย่างชัดเจน มีเพียง 1 ใน 4 ของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเกิดจากภาวะซึมเศร้า (Anxiety Disorders Association of America, 2004) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเกิดความวิตกกังวล จากกระบวนการชราที่ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีพบว่ามีความทุกข์ทรมานกับอาการวิตกกังวล เนื่องจากโรคเรื้อรังร้อยละ 18.6 (Butle, Lewis & Sunderland, 1998) บางรายความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ เกิดจากวัยหนุ่มสาวที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล

และกลับมาแสดงอาการอีกครั้งเมื่อถึงวัยสูงอายุ (Anxiety Disorders Association of America, 2004; Harp, 2005)

ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้ความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในขอบเขตที่จำกัด รวมทั้งการเกิดความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังและ ผู้สูงอายุบางรายอาจเจ็บป่วยหลายโรคร่วมกัน ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่นๆ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็มีการของจิตใจ อารมณ์และสังคม ก้าวร้าว ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปฏิเสธการรักษา ต้องการออกจากโรงพยาบาล พฤติกรรมเรียกร้องความสนใจ มากเกินไปพฤติกรรมถดถอย เช่น ขาดเหตุผล หงุดหงิดเจ้าอารมณ์ (สุจิตรา, 2537) สอดคล้องกับองค์ การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) พบว่าผู้ป่วย 2 ใน 5 รายมีประสบการณ์ เกี่ยวกับความวิตกกังวล

การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยเสื่อมอยู่แล้ว ทำให้มีความจำกัดและมีปัญหาต่อผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เลน, คาร์รอล, ริง, บีเวอร์ และลิป (Lane, Carroll, Ring, Beever & Lip, 2001) พบว่า ระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง

ซึ่งการที่ต้องเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีปัจจัยหลายๆ อย่างในโรงพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แก่ผู้สูงอายุมีทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยดังกล่าว คือ

1. สิ่งแวดล้อมและสิ่งกระตุ้นต่างๆ ในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นสังคมที่แตกต่างจากสังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยพิเศษก็ตาม (ทัศนาศ, 2548; ประคอง, 2538) ปัจจัยต่างๆ มีดังนี้

1.1 สถานที่ สถานที่ที่โรงพยาบาลกับที่บ้านมีความแตกต่างกันมาก (Fricchione & Marcantonio, 2004) ไม่ว่าจะเป็นการจัดเตียง คนแปลกหน้าที่ต้องนอนใกล้ๆ กัน ซึ่งโดยทั่วไปคนเราต้องการสถานที่ในการทำกิจกรรม หรือกิจวัตรประจำวันที่เป็นส่วนตัว สะดวก แต่การอยู่ในโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (ทัศนาศ, 2548; ประคอง, 2538)

1.2 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร ระยะที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจะตกใจ สับสน ไม่คุ้นกับบุคคล สิ่งแวดล้อม (Fricchione & Marcantonio, 2004) แม้ว่าจะมีการสร้างสัมพันธภาพเป็นเพียงเล็กน้อย และในบางครั้งบุคลากรก็ไม่ได้แนะนำตัวให้ผู้ป่วยได้รับทราบ

และในบางครั้งมีการบังคับให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า ตรวจร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเป็นส่วนตัว (ทัศนนา, 2548; ประคอง, 2538)

1.3 ความเป็นสัดส่วน เนื่องจากสถานที่และกิจกรรมการรักษาพยาบาลบางอย่างมักทำอย่างเปิดเผย โดยในบางครั้งไม่คำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การที่ระบบในการให้บริการพยาบาลมีหมุนเวียนเวร กันทุก 8 ชั่วโมง เมื่อมีความเครียด วิตกกังวลผู้ป่วยจึงอยากระบายกับใครคนใดคนหนึ่ง แต่ไม่สามารถทำได้ (ทัศนนา, 2548; ประคอง, 2538)

1.4 บุคลากร โดยบุคลากรในทีมสุขภาพแสดงบทบาทของการเป็นบิดา มารดา เช่น การห้ามลูกจากเตียง การรับประทานอาหารเช้า ซึ่งผู้ป่วยต้องกระทำ หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามก็จะมีการตำหนิ โดยในบางครั้งไม่ได้อธิบายถึงเหตุผลในการที่มีการจำกัดดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ ประกอบงานที่ปฏิบัติมีความรู้สึกเคยชินกับความเจ็บปวด และอาการเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ความเจ็บปวดของทีมสุขภาพกับผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน เพราะการให้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบรรเทาได้ และความเจ็บปวดเป็นอารมณ์เศร้า โศกเสียใจ เกี่ยวข้องกับสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย (ทัศนนา, 2548; ประคอง, 2538)

2. การกระตุ้นหรือสิ่งเร้าทางประสาท ได้แก่การได้ยิน ได้เห็น รับรู้ สัมผัส รับรส และได้กลิ่น ประกอบด้วย 1) สิ่งเร้าที่มากเกินไป เช่น แสงไฟที่สว่างตลอดเวลา เสียงดังจากเครื่องมือ เสียงโทรศัพท์ เสียงพูดคุย ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลจะเพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังตลอด เป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้แบบแผนในการนอนหลับเปลี่ยนแปลง และ 2) การขาดสิ่งเร้า ในที่นี้คือการขาดข้อมูลข่าวสารจากญาติ ครอบครัว เพื่อนฝูง การรักษาพยาบาลไม่มีความแน่นอน ยังไม่ทราบผลของการรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้เกิดการคุกคามกับผู้ป่วย เกิดเป็นวิตกกังวลได้ (ทัศนนา, 2548; ประคอง, 2538)

3. ความเครียดจากการเจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติขึ้น ส่งผลให้เกิดวิตกกังวล เนื่องจากสมรรถภาพในการทำงานลดลง (Fricchione & Marcantonio, 2004) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีความรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่อยล้า การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สูญเสียความคิดการตัดสินใจเพื่อตนเอง กิจกรรมทางสังคมถูกจำกัด สุดท้ายต้องพึ่งพาผู้อื่น กระทบต่อแบบแผนในการดำรงชีวิต บทบาทในครอบครัวและสังคม เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะควบคุมร่างกายได้ (สุจิตรา, 2537)

4. ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม การที่ต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลทำให้รู้สึกเสมือนถูกแยกจากครอบครัว สังคม เพื่อนฝูง สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และยังส่งผลต่อการทำงาน (ทัศนนา, 2548; ประคอง, 2538)

เครื่องมือประเมินความวิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธี เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งประเมินจากการแสดงออกทางร่างกาย ประเมินจากพฤติกรรมที่แสดงออก และแบบประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองจากการรับรู้ และตอบคำถามตามความรู้สึกในขณะนั้นที่ใช้กันแพร่หลายมีดังนี้

1. แบบประเมินความวิตกกังวลทางคลินิก (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) ใช้ประเมินความวิตกกังวลทางคลินิกพัฒนามาจากการประเมินความกลัวจากการสังเกต และความถี่ในการเกิดความวิตกกังวล โดยใช้ในการวัดทั้งความวิตกกังวลแบบแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญ

2. แบบประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ 5 ข้อประเมินอารมณ์ 15 ข้อประเมินอาการที่แสดงออกถึงความวิตกกังวล แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่บ่งบอกความวิตกกังวลใจของบุคคล โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นานเป็นแบบสอบถามที่ง่าย สะดวก และได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามนี้โดยซุง (Zung, 1978 อ้างตาม สุจิตรา, 2537) และนำมาใช้เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลในงานวิจัยหลายเรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยจิตเวช ค่าคะแนนของความวิตกกังวลวัดออกมาเป็นดัชนีเอสเอส (SAS) มีระดับคะแนน ดังนี้

ต่ำกว่า 45	ระดับความวิตกกังวลปกติ
45 - 59	ระดับความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง
60 - 74	ระดับความวิตกกังวลมากถึงค่อนข้างมาก
75 หรือมากกว่า	ระดับความวิตกกังวลมากที่สุด

3. แบบประเมินความวิตกกังวล สเตท-เทรท (State – Trait Anxiety Inventory, STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al, 1970 cited by Moller, 2003) มีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน โดยส่วนแรกจะเป็นการประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราวขณะเผชิญกับสถานการณ์หนึ่งๆ มี 20 ข้อ และอีกส่วนเป็นการประเมินความวิตกกังวลแบบแฝง ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่ในเฉพาะบุคคล มี 20 ข้อเช่นเดียวกับส่วนแรก การแปลผลผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่า มีระดับความวิตกกังวลสูง ซึ่งประสบความสำเร็จใช้ในการประเมินเด็กวัยรุ่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ผู้ป่วยทางสูตินรีเวช โรคเรื้อรัง และในผู้สูงอายุ (Grimm, 1997)

4. แบบประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของซิกมอนด์และสแนท (Zigmond & Snaith, 1983 cited by Snaith, 2003) มีค่าความตรง 0.89 และค่าความเที่ยง 0.74 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (Hospital Anxiety and Depression Scale) ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) โดยประเมินอาการและความรู้สึกของผู้ป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 14 ข้อ การคิดคะแนน อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1, 3, 5, 7, 9, 11

และ 13) รวมกัน และภาวะซึมเศร้า คิดคะแนนข้อคู่ทั้งหมด (2, 4, 6, 8, 10, 12 และ 14) ผู้ป่วยที่มีอาการรวมของกลุ่มใดเกินกว่า 11 แสดงว่า อาจมีอาการผิดปกติทางจิตในกลุ่มอาการนั้น แต่ลักษณะข้อคำถามความวิตกกังวลมีทั้งแบบแฝง และขณะเผชิญ ซึ่งไม่แยกไว้ชัดเจน

การประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งเครื่องมือสำหรับวัดมีทั้งความวิตกกังวลแบบแฝง และความวิตกกังวลขณะเผชิญ แต่สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีดเบอร์เกอร์ และคณะ (state anxiety inventory) เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาเฉพาะความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในขณะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นชั่วคราวขณะเผชิญกับสถานการณ์ที่รู้สึกลัวคุกคามต่อตนเอง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุแบ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการใช้ยากลุ่มกล้ามเนื้อประสาท กล่าวคือ

1. เพศ เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางด้านสรีระวิทยาของบุคคล บุคลิกภาพ บทบาทในครอบครัวและสังคม พบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (ชนิชฐา, 2534; Kirkcaldy et al 2003; Scholten, 2003; Stewart, Taylor & Baker, 1997; Wilkinson, 1992) เนื่องจากเพศหญิงจะมีบุคลิกลักษณะส่วนบุคคลและอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าเพศชาย และนอกจากนี้ เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (Alati et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของการ์วิน และคณะ (Garvin et al, 2003) เรื่องเพศ ผลของการให้ข้อมูลและการควบคุมความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในระยะ 48 ชั่วโมงพบว่า เพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้ร้อยละ 17 ($R^2 \text{ change} = 0.17$) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ (2546) พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ซึ่งแตกต่างกับในบางการศึกษาที่พบว่าเพศชายมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศหญิง (Haug et al., 2004; Kvaas & Laake, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของค

วอล และคณะ (Kvaal et al., 2003) ความชุกของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชายมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลมากกว่าเพศหญิง

2. ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้เป็นสิ่งที่จำเป็น เกี่ยวข้องต่อการดำรงชีวิตในการแสวงหาเครื่องอุปโภค และบริโภคเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแก่มนุษย์ ซึ่งความเพียงพอของรายได้ และค่าใช้จ่ายเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต เมื่อใดก็ตามที่มีปัญหาความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่ายก็ย่อมส่งผลกระทบต่อความเครียดและวิตกกังวลอยู่แล้ว การที่ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือรายได้ส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเกษียณจากงานประจำทำให้ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ที่แน่นอน (Elderly Health Service, 2003) และในขณะที่วัยก่อนการที่มีภาวะเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายต่างๆ ก็เพิ่มตามมา เช่นเกี่ยวกับการศึกษาของอรนุช (2544) พบว่าถ้าผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำจะมีความต้องการพึ่งพาทางด้านจิตสังคม และเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูงโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต้องการพึ่งพาทางด้านจิตสังคม ดังการศึกษาที่ผ่านส่วนใหญ่มาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือไม่เพียงพอ (กาญจนี และคณะ, 2539; ใจไล, 2539; พยอม และอังษณา, 2540) แต่บางการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีผลหรือไม่มีความสัมพันธ์ความวิตกกังวล (ขนิษฐา, 2534; งาม, 2540)

3. การได้รับยากลุ่มกด่อมประสาท (tranquilizer) มีหลักฐานที่แสดงว่าความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับแคทีโคลามีน (catecholamines) โดยเฉพาะตำแหน่งโลคัส โครูเลียส (locus coeruleus) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ยาที่สามารถยับยั้งความวิตกกังวลเช่น บาร์บิทูเรท (barbiturate) และเบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepam) การสกัดกั้นของนอร์อีพิเนฟริน (norephrine) โดยกลุ่มยาด้านเบตา (beta-adrenoreceptor blocking agents) เช่น โพรพานอลอล (propranolol) มีส่วนทำให้ความวิตกกังวลลดลงเช่นกัน (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545)

ผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วยด้านร่างกายบ่อย เนื่องจากกระบวนการชราในผู้สูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการเสื่อมลง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องได้รับยารักษาโรคต่างๆ ซึ่งในผู้สูงอายุบางรายมักได้รับยารักษาโรคหลายโรคร่วมกัน กระบวนการเผาผลาญและขับยาออกจากร่างกายในผู้สูงอายุก็ลดลงกว่าวัยหนุ่มสาวอาจส่งผลให้มีปริมาณยาในกระแสเลือดสูงกว่าปกติได้ และในผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับนอนหลับ จึงมักได้รับยากลุ่มกด่อมประสาท หรือยานอนหลับ ที่มักใช้ในการรักษาบ่อยในผู้สูงอายุเมื่อไปพบแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มักมีปัญหาของโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด แพทย์จึงมักพิจารณาให้ยาในกลุ่มดังกล่าว เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนบรรเทาอาการของโรค (จันทนา และนิตยา, 2545) ได้แก่ ยาในกลุ่มทรานควิลไลเซอร์ (tranquilizer) หรือ กลุ่มไมเนอร์ทรานควิลไลเซอร์ (minor tranquilizer) เช่น เบนโซไดอะซีพีน (benzodiazepine) บาร์บิทูเรท (barbiturate) โพรพานีคอลล (propanediol) ไดเฟนิลลามีน (diphenylamine) แอนติไซโครติค (antipsychotic) แอนติดีเพรส

(antidepressant) และอะดรีเนอจิกบล็อกเกอร์ (adrenergic blocker) (ปราโมทซ์ และมาโนซ, 2540; Glue, Wilson, Coupland, Ball & Nutt, 1995; Mind Publications, 2005) และยาในกลุ่มนี้ยังเป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาความวิตกกังวล (Rik, 2005) ดังการศึกษาในประเทศเยอรมันการรักษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมก่อนผ่าตัดพบว่า หลังได้รับยาคาโวสปอรอล ฟอติ (kavosporal forte) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มทรานควิลเลอร์ (tranquilizer) 1 อาทิตย์มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล ความตื่นเต้น และความอ่อนเพลียได้ดี (Neuhaus et al, 2000)

สัมพันธภาพกับครอบครัว

ครอบครัวหมายถึง หน่วยย่อยที่เล็กที่สุดในสังคมประกอบด้วยคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อาจมีความสัมพันธ์กันทั้งโดยทางสายเลือด หรือ ทางกฎหมาย และอาจไม่มีความสัมพันธ์กันทั้งทางสายเลือดและทางกฎหมายก็ได้ ซึ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลในครอบครัวจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์สังคม เช่น พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย หลาน ลุง ป้า น้า และอา (เพ็ญจันทร์, 2542; รุจา, 2541; Whall, 1993)

ครอบครัวประกอบไปด้วยระบบย่อยต่างๆ ตามตำแหน่งหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ระบบย่อยต่างๆ เหล่านี้รวมกันเป็น โครงสร้างของครอบครัวและมีหน้าที่แตกต่างกันไป ซึ่งบทบาทเหล่านี้จะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระบบย่อย และก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วยครอบครัวเดียวจะมีอย่างน้อย 3 ระบบย่อย (เพ็ญจันทร์, 2542) คือ 1) ระบบย่อยของกลุ่มสมรสหรือสามีภรรยา 2) ระบบย่อยของบิดามารดาและบุตร และ 3) ระบบย่อยพี่น้อง มีลักษณะเป็นสัมพันธ์ของบุตรทุกคน

หน้าที่ของครอบครัว เป็นผลจากการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามโครงสร้าง ตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและสังคมมีอยู่ด้วยกัน 6 ประการ (เพ็ญจันทร์, 2542; Friedman, 1986 อ้างตามรุจา, 2541; Friedman, Bowden & Jones, 2003) ดังนี้

1. หน้าที่ด้านความรักเอาใจใส่ (affective function) ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญในการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจของสมาชิก การดูแลเอาใจใส่ หนุนน้อมน้ำใจ ให้ความรัก ความอบอุ่น ความช่วยเหลือ และยอมรับนับถือกันและกันเป็นหน้าที่หลักของครอบครัวเพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว

2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู (socialization function) ครอบครัวจะกำหนดสถานภาพของสมาชิกในครอบครัวเพื่อสร้างสมาชิกของสังคมให้มีประสิทธิภาพ เรียนรู้จากระบบการศึกษา สิ่งแวดล้อม สังคม เพื่อให้ดำรงเลี้ยงชีพตนเองได้ในอนาคต

3. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ (reproductive function) เพื่อสร้างสมาชิกใหม่ให้แก่สังคมเป็นแรงงานทดแทนสมาชิกเก่า

4. หน้าที่ในการเผชิญปัญหาของครอบครัว (family coping function) ครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีวิธี หรือแนวทางในการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ทุกครอบครัวจะต้องมีกลยุทธ์ของตนเองที่ใช้ในการรักษาคุณภาพของระบบครอบครัวในการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก

5. หน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (economic function) การเตรียมเงินที่เพียงพอและใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

6. หน้าที่ในการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานทางกายภาพสำหรับสมาชิก (provision of physical necessities) จัดเตรียมสิ่งที่จำเป็นสำหรับร่างกาย เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และการดูแลให้สมาชิกมีสุขภาพที่ดี

สัมพันธภาพกับครอบครัว ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีการรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และการมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Morrow & Wilson, 1961 อ้างตาม พวงศกา, 2538) โดยสัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิต และความเป็นปึกแผ่นของสังคม ซึ่งชีวิตในสังคมย่อมตั้งต้นมาจากครอบครัว ถ้าครอบครัวแตกแยก หรือครอบครัวขาดความรักใคร่ต่อกันผลที่ตามมาคือ เกิดโรคจิต โรคประสาท (ฝน, 2543)

การเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพที่ไม่ดีในวัยสูงอายุจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจทั้งนี้เนื่องจากรายได้ลดลง จากการเกษียณจากงาน ร่างกายที่เสื่อมและความสามารถทางสติปัญญาที่ลดลง เช่น สมองเสื่อม (Senile dementia) ทำให้ความมั่นคงทางจิตใจลดลงด้วย ผู้สูงอายุบางคนมีความวิตกกังวล ซึมเศร้าและมีพฤติกรรมผดผายกตัวลูกหลานทอดทิ้ง ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิต แม้บุคคลจะมีความเปราะบาง แต่ถ้าครอบครัวมีความแข็งแกร่งปัญหาความรุนแรงที่ตามมาจะลดลงได้ (อุมาพร, 2544)

การเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัว (วาริณี, 2543) ซึ่งการเจ็บป่วยที่ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลรอบข้าง หรือเป็นที่รังเกียจของสังคม ทำให้บุคคลรอบข้าง เช่น คู่สามี-ภรรยา บุตร เพื่อน มีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยค่อนข้างมาก ได้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ที่มีคู่สามีภรรยาที่เข้าใจในตัวผู้ป่วย สนใจและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงของอาการ และช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น (อำไพวรรณ, 2541) โดยทั่วไป

ผู้สูงอายุร้อยละ 100 ต้องการอยู่กับบุตรหลานในครอบครัว (บรรลุ, 2542) และพบว่าในผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดีจะมีระดับความวิตกกังวล ส่งผลให้บุคคลรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงที่สูงกว่า ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจาครอบครัวหรือจากเครือข่ายทางสังคมที่สูง ย่อมเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าจึงเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติน้อยกว่า ส่งผลให้รับรู้อาการผิดปกติที่รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มแรก (เพ็ญจันทร์, 2542; วิไลวรรณ และลิวรรณ, 2543) กล่าวคือ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี มีปัญหาหรือภาวะวิกฤตในชีวิตมาก เช่น เป็นหม้าย หย่าร้าง ตกงาน ฐานะยากจน อยู่คนเดียว มักมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดสูง (กาญจนา, 2544; Cheok et al., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล (2539) พบว่าสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ความพึงพอใจในชีวิต การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 85 ($R^2 = .85$)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวไม่ได้นำมาซึ่งปัญหาเสมอไป ผลที่เกิดขึ้นมีทั้งทางบวกและทางลบขึ้นอยู่กับความรุนแรงและสัมพันธ์ภาพ การปรับตัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือครอบครัว (อุมาพร, 2544) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวในช่วงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ลดระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษา (วาธินี, 2543; Aliyu, Adediran & Obisesan, 2003) ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว ต้องอยู่คนเดียว และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักเกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง (Yu, Lee, Woo & Thompson, 2004) ซึ่งแหล่งสนับสนุนกำลังใจที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง คือครอบครัว โดยเฉพาะลูก (นงลักษณ์, ประไพวรรณ และทัศนีย์, 2546) หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 95) คู่สมรส หรือบุคคลที่สำคัญในชีวิต (ร้อยละ 82.50) (มธุริน, 2543)

เครื่องมือประเมินสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว

1. แบบวัดสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวของพวงผกา (2538) (ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542) โดยได้ประยุกต์แนวคิดของเฟรดแมน และของมาร์โร และวิสัน (Friedman, 1981; Marrowa & Wison, 1961 อ้างตามพวงผกา, 2538) และได้ปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นข้อความที่แสดงความรู้สึก และคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวในด้านการมีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัว การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 12 ข้อ ทางลบ 3 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และ ใช่ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.87

2. แบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัวของสมพร (2541) ดัดแปลงจากของนงลักษณ์ (2535) (อ้างตามสมพร, 2541) ซึ่งนงลักษณ์ (2535) ได้ดัดแปลงมาจากของจรงค์ (2527) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงปฏิกริยาร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในด้านการร่วมกิจกรรม การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องราวต่างๆ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเห็นชอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความเคารพนับถือ การไม่เข้มงวดเกินไป การไม่ปกป้องคุ้มครองจนเกินไป ความกลมเกลียว และการให้กำลังใจ ปลอบใจ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นทางบวก โดยคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคะแนนรวมทั้งหมดมีค่าต่ำสุด 14 คะแนน คะแนนสูงสุด 56 คะแนน คะแนนสูงจะแสดงถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกว่าคะแนนต่ำ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ 0.82 แบบประเมินนี้ได้ผ่านการดัดแปลงมาหลายงานวิจัย และลักษณะข้อคำถามไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพกับครอบครัวของอุไรวรรณ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวในด้านการแสดงความเคารพ การแสดงการเอาใจใส่ดูแล การทำกิจกรรมร่วมกัน และการแสดงความผูกพันใกล้ชิดคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับมีจำนวน 16 ข้อคำถาม เป็นด้านบวก 11 ข้อ ได้ลบ 5 ข้อ แบ่งสัมพันธภาพกับครอบครัวออกเป็น 3 ระดับ คือ มีสัมพันธภาพกับครอบครัวดี ปานกลางไม่ดี ความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.82 และการวัดใช้แผ่นกระดาษวงกลม 5 วงให้ผู้สูงอายุชี้ และลักษณะการให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ไม่สะดวกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพกับครอบครัวของพวงศกา (2538) โดยได้ดัดแปลงลักษณะข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเกณฑ์ในการให้คะแนนไม่ยุ่งยากเกินไปสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติ หรือความแปรปรวนของหน่วยย่อยของร่างกาย จิต และสังคมของบุคคล การเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติอาจปรากฏได้ 3 ทาง (สุจิตรา, 2537) ได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งสามารถตรวจสอบได้โดยการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ
2. มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่างของอวัยวะเสื่อม ชำรุด เปลี่ยนไปจากลักษณะปกติ เช่น บวมโต หรือเหี่ยว ฝ่อลง

3. มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก อารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น ความเจ็บปวด ซึมลง กระตุก กระสับกระส่าย หมดสติ

ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับระยะของความเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น 5 ระยะ (รุจา, 2541; สุจิตรา, 2537; Suchman, 1965 cited by Spector, 2000) ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้น เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแต่อาจยังไม่เป็นที่สังเกต โดยระยะนี้บุคคลยังไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วย อาจไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและบุคคลมักจะแสวงหาวิธีช่วยเหลือบำบัดตนเอง

2. ระยะยอมรับว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเห็นได้ชัดเจน โดยบุคคลเริ่มตระหนักถึงความเจ็บป่วย ในระยะนี้บุคคลจะเริ่มแสวงหาการรักษาในขอบเขตที่กว้างขึ้น เช่น การปรึกษาผู้ใกล้ชิด ต้องการขวัญและกำลังใจ

3. ระยะแสวงหาการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ บุคคลเริ่มค้นหาแหล่งช่วยเหลือที่สำคัญ เช่น พบและปรึกษาแพทย์

4. ระยะยอมรับว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อบุคคลรับรู้ความเจ็บป่วยมาพบและปรึกษาแพทย์ ยอมรับการรักษา เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

5. ระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วย บุคคลยอมรับการรักษาได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติ หรือความเจ็บป่วยอาจจะรุนแรงมากจนบุคคลอาจมีความพิการหรือข้อจำกัดอันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยนั้นๆ

ผลกระทบของความเจ็บป่วย

1. การเจ็บป่วยเฉียบพลัน

1.1 การเข้ามาอยู่โรงพยาบาล ทำให้บุคคลต้องเข้ามาอยู่โรงพยาบาลโดยไม่รู้ตัว หรือเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน ทำให้บุคคลต้องกลายเป็นบุคคลที่พึ่งพาอาศัยคนอื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ช่วยตนเองได้น้อยหรือถูกจำกัด ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากที่เคยกระทำมาเป็นบทบาทผู้ป่วย (รับคำสั่งหรือปฏิบัติตามคำสั่งผู้อื่น) เปลี่ยนสถานที่คุ้นเคยมาเป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ต้องเปลี่ยนแปลงลักษณะกิจวัตรประจำวันไป การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในบุคคลเป็นอย่างยิ่ง (สุจิตรา, 2537)

1.2 การเข้ามาอยู่โรงพยาบาล ทำให้บุคคลต้องหยุดอาชีพการงานชั่วคราว ย่อมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในภาวะเศรษฐกิจของบุคคลและครอบครัวของเขา (วิไลวรรณ, 2545; สุจิตรา, 2537)

1.3 การเข้ามาอยู่โรงพยาบาล ทำให้บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทที่เคยกระทำ เช่น สามีหรือภรรยาหากเจ็บป่วยต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถดูแลครอบครัว เลี้ยงดูบุตรหลานได้ (สุจิตรา, 2537)

2. การเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.1 บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลรู้สึกช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่มีหนทางต่อสู้เพื่อตนเอง รู้สึกหมดหวังเศร้า สงสารตัวเอง รู้สึกสูญเสีย กลัว โกรธ สลับกันไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (จอม, 2541; สุจิตรา, 2537; Polsky, Doshi, Marcus & Oslin, 2005)

2.2 บุคคลต้องพึ่งพาผู้อื่น (Dependency) ความต้องการความช่วยเหลือพึ่งพาผู้อื่นมากหรือน้อยขึ้นกับความรุนแรงของโรค (วิไลวรรณ, 2545; สุจิตรา, 2537) การพึ่งพาผู้อื่น (สุจิตรา, 2537) แบ่งได้เป็น 1) ยอมรับความช่วยเหลือ ทำตามผู้อื่นอย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเอง และ 2) ยอมรับความช่วยเหลืออย่างไม่เหมาะสมกับความสามารถของตนเอง ไม่ทำอะไรเลย มีพฤติกรรมถดถอยกลับไปสู่วัยทารก หรือไม่พยายามช่วยเหลือตนเองเลย

2.3 บุคคลไม่ทำตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น มีพฤติกรรมลืมรับประทานยา ไม่สนใจคำแนะนำ ลืมมาตรวจตามนัด การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยเสื่อมอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้มีความจำกัดและมีปัญหาต่อผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น อาจทำให้มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่วัยทารกมากขึ้นและต้องการพึ่งพาจากผู้อื่นมากขึ้น (สุจิตรา, 2537)

เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบ อาการและอาการแสดงอาจไม่เฉพาะเจาะจงเหมือนกลุ่มอื่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย มีการฟื้นฟูช้า ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลานานมากขึ้น (พูลสุข, 2546) ผู้สูงอายุร้อยละ 85 ของผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และร้อยละ 50 มีโรคเรื้อรัง 2 โรคหรือมากกว่า (เกษม, กาญจนาน และจรจรจา, 2539; ประคอง, 2543) โรคที่พบบ่อย ร้อยละ 43.30 เป็นโรคกระดูกและข้อ (พนิตนันท์, สมบัติ และดวงฤดี, 2546) จากภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาพบผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 12.50 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 12.40 (ชื่นฤทัย, ชาย, กฤตยา และวาสนา, 2548) ในบางครั้งส่งผลให้การทำกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำถูกจำกัด เนื่องจากสถานที่ ระยะเวลา และความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยแต่ละชนิดมีผลต่อจิตใจของบุคคลแตกต่างกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเจ็บป่วยบางประการที่ทรมานสุขภาพพิจารณาว่ารุนแรงไม่สัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ควรเกิดขึ้น แต่ปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะโรคที่มีภาพพจน์น่ากลัว เช่น มะเร็ง เอชไอวี ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมาก

หรือการเจ็บป่วยที่มีอิทธิพล หรืออวัยวะที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย โดยเฉพาะภาพพจน์ต่อบทบาททางเพศ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมออก นอกจากนี้ระยะเวลาของการป่วยแบบเฉียบพลัน หรือ การเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง รวมถึงการพยากรณ์โรค มีผลต่อสภาพจิตใจของบุคคลแตกต่างกันได้ (เบญจวรรณ, 2527; อำไพวรรณ, 2541)

การที่บุคคลเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉียบพลันหรือไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมา การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการเข้าพักรักษาอยู่โรงพยาบาลก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งปฏิกิริยาดังกล่าวมีอิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรค หรือความเจ็บป่วย ทำให้โรคหรือความเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วยมากขึ้น (สุจิตรา, 2537) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากความคิดเห็นของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลรุนแรงขึ้น (Kowalczyk-Sroka & Marmurowska-Michalowska, 2005) การเจ็บป่วยเรื้อรัง การได้รับทราบการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของโรคทำให้ระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น (Li et al., 2003; Schrader et al, 2004; Cheok et al, 2003) และการศึกษาของมาร์ติน และคณะ (Martin et al., 2003) พบว่าความสัมพันธ์ของระดับความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในแผนกอายุรกรรม และความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลโดยผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก จะมีระดับคะแนนทั้งความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าสูง แต่ในทางกลับกันผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคน้อยจะมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของลิ และคณะ (Li et al., 2003) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความผาสุกทางจิตในผู้สูงอายุหญิง (Heidrich, 1993) พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = .20$)

เครื่องมือประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย

1. แบบประเมิน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ของสมพร (2541) เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรงจาก 0-100 (linear analog scale) โดยถ้าค่าคะแนนเป็น 0 แสดงว่าไม่มีอาการ และค่า 100 คะแนนแสดงว่ามีอาการรุนแรงมากที่สุด ไม่สะดวกในการวัดกับผู้สูงอายุ เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสับสนในการบอกระดับคะแนน

2. แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ของชนินญา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านม ครอบคลุมทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามการรับรู้ของผู้ป่วยขณะตอบแบบสอบถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งทางบวกและทางลบ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่มีเลยจนถึงมากที่สุด แบ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับต่ำ ปานกลางและสูง ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 แต่ไม่สะดวกในการประเมินกับผู้สูงอายุ เนื่องจากข้อคำถามมีปริมาณมากเกินไปและลักษณะคำถามเน้นไปทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณในผู้ป่วยมะเร็งด้านมากกว่า

ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือที่ได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 1 ข้อ เพื่อความสะดวกในการประเมินกับผู้สูงอายุโดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล โดยทั่วไปที่มีสุขภาพปกติสามารถกระทำได้ และเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานของแต่ละคน (basic activity of daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขาหรืออาบน้ำ และการลุกจากเตียงไปเก้าอี้ (สุทธิชัย, 2544; Wiener et al., 1990; Smith, 1994) การขาดความสามารถด้านร่างกาย (physical disability) ในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากการมีโรคประจำตัวเรื้อรัง (วิไลวรรณ, 2545) หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Smith, 1994) และจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆในร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ (นิตยา, 2545; ประคอง, 2543; วิไลวรรณ, 2545) และการพร่องกิจวัตรประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุคือ การเคลื่อนย้าย (Nagano, 2002) การศึกษาที่ผ่านมามีรายงานว่าร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุไทยต้องการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด (สุทธิชัย และคณะ, 2542) ทำให้เป็นภาระแก่ลูกหลานในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องพึ่งพาลูกหลานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (ประคอง, 2543; ปรีชา และคณะ, 2541) และความหวังใจของบุตรหลานที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูงอายุพักจึงเป็นการขัดขวางการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ (Cremens & Langan, 2004) การเข้ามาพักในสถานพยาบาลในระยะสั้นของผู้สูงอายุจากโรคทางอายุรกรรม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Asberg, 1986) ความชุกของการพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในระยะเวลา 10 ปี (Lenze et al., 2005; Zhang, Zhu & Chen, 1998) และจากการศึกษาของชูด และคณะ (Schultz et al., 2004) พบว่าในภาวะที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney, & Barthel, 1965) ประกอบด้วยคำถาม 10 ด้าน มีคะแนน 100 คะแนน ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย (2544) โดยได้ปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทยที่เป็นเกษตรกรรมไม่ใช่สังคมอุตสาหกรรม มี 20 คะแนน ซึ่งจะสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติใน 24- 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ได้มีการศึกษาหลายงานวิจัย เช่น สมพร (2541) และชัดเจน (2543) ได้ค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับทั้งสองการศึกษา คือ 0.83

2. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแคทซ์ (Katz et al., 1970 cited by Bondevik & Skogstad, 1998) ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกหัก ประกอบด้วย 8 กิจกรรมได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวร่างกาย การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ การประเมินเป็นการสังเกตความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ละด้านว่าสามารถช่วยตนเองได้ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นถ้าคะแนนต่ำ แสดงว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าผู้ที่มีคะแนนสูง โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็น 1 2 และ 3 คะแนนค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 16 คะแนน (Katz et al., 1963 cited by Hills, 2002)

3. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living Index, ADL) ของเทเลอ และฟรานซิส (Taylor & Francis, 1979 cited by Burns, Lawlor, Craig & Coen, 2004) เป็นการประเมินกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน จำนวน 17 ข้อคำถาม เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 2 และ 3 คะแนนต่ำสุด 17 คะแนนและคะแนนสูงสุด 51 คะแนน (Sheikh, Smith, Meade, Goidenberg, Brennan & Kinsella, 1979 cited by Burns et al., 2004)

4. แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบริสตอล (Bristol Activities of Daily Living Scale) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (dementia) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ข้อ และกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ 10 ข้อ เกณฑ์ในการให้คะแนน 0 1 2 และ 3 ในรายที่ไม่รู้สึกตัวให้ 0 (Buck, Ashworth, Wilcock, & Siegfried, 1996 cited by Burns et al, 2004)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งได้มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเหมือนแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของแคทซ์ แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ของเทเลอ และฟรานซิส และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบริสทอล ที่ใช้ในการประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาพร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเฉพาะ โรคหรือกลุ่มดังกล่าวข้างต้นและแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) และแบบประเมินนี้ได้มีการนำมาใช้ประเมินในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบกับมีการแบ่งเกณฑ์คะแนนไว้อย่างชัดเจน

จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุนั้นเมื่อเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเข้าสู่วัยเสื่อมและมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้สูงอายุมากมาย เมื่อใดที่มีความผิดปกติของร่างกายไม่ว่าจะเป็นด้านใดก็ตามย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมมีลักษณะเฉพาะเพราะฉะนั้นการแสดงออกของผู้สูงอายุแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน หากบุคคลใดไม่สามารถที่จะปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ดี จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลตามมา จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุทางศัลยกรรม แต่การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมยังมีน้อย และส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ประสบการณ์ในอดีต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในตัวแปรเกี่ยวกับ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการได้รับยากลุ่มยากดภูมิประสาท หรือยานอนหลับ ซึ่งพบว่าผลงานวิจัยยังขาดความชัดเจน และผลการศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมนั้นอาจมีข้อจำกัดต่อการนำไปใช้ในผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นโรคเฉียบพลัน หรือต้องรับการผ่าตัด แต่ในผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่จะป่วยเป็นโรคเรื้อรังจึงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนตัวแปรสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว โดยสรุปจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต และความวิตกกังวลซึ่งสามารถทำนายได้ในระดับทั้งต่ำและสูง การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิต และความวิตกกังวลสูง ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นยังมีการศึกษากับความวิตกกังวลน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่จะพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรมดังกล่าว เพื่อใช้ในการประเมินความวิตกกังวลและเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลต่อไป