

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ สังคมสิ่งแวดล้อมอย่างมากและรวดเร็ว กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นผลมาจากการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกาย ลดลง (บรรลู่, 2542) ทำให้สูญเสียสมดุลในร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน และภูมิคุ้มกันต่างๆ จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน มีพยาธิสภาพหลายระบบและมีการฟื้นฟูหายช้า จึงทำให้ต้องนอนพักในโรงพยาบาลนานกว่าวัยอื่นๆ (พูลสุข, 2546; ยูพาพิน, กรรณิการ์, สมใจ, วัลลา และจิราพร, 2547; Pickering & Thompson, 1998) ในกลุ่มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปพบอัตราการเจ็บป่วยโดยรวมร้อยละ 44.2 โดยเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย การเจ็บป่วยหรืออาการของโรคเกือบทุกโรคสูงขึ้นตามอายุ (นพวรรณ, เกื้อ และรุ่งรัตน์, 2541) การเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุดังกล่าวมีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (อรพรรณ, 2545)

จากสถิติผู้สูงอายุปี 2543 มีอัตราการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ 5.96 ต่อพันราย โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการนอนโรงพยาบาลสูงที่สุดในทุกกลุ่มอายุร้อยละ 12.57 (อัตรา 255.9 ต่อพัน) และหากพิจารณารายงานการเข้าพักรักษาตัวของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2541 ซึ่งพบว่าเพิ่มขึ้นจากปี 2540 ร้อยละ 5.5 (จันทร์เพ็ญ, 2543) อัตราการครองเตียงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีการครองเตียงในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และได้รับการประมาณการว่าจะมีการเพิ่มของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่าของการเพิ่มในประชากรอายุน้อย (Jitapunkul et al, 1996 อ้างตาม สุทธิชัย, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นภาคใต้มีอัตราการครองเตียงสูงกว่าในภาคอื่นๆ ร้อยละ 32.5 โดยร้อยละ 18.7 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียว และที่เหลือเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง ระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1 สัปดาห์ถึงมากกว่า 6 เดือนในรอบปี จึงส่งผลให้ค่าใช้จ่าย และการใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพสูงกว่าวัยอื่นๆ (สุทธิชัย, 2543)

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายประการ เช่น การถูกแยกจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย การประเมินสภาพการณ์เจ็บป่วยของตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลได้กล่าวคือ

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุถูกแยกจากครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย โดยครั้งแรกผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความแปลกของสถานที่ สถานการณ์ที่ยุ่งยาก (Zuk & Zawora, 2003) และการต้องพักในที่ที่มีเสียงรบกวนบ่อยๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจ สับสนและวิตกกังวลได้ ซึ่งจากการศึกษาของเบทเลท (Bartlett, 1993 cited by Bartlett, 1998) พบว่าในผู้สูงอายุบางรายจะถูกทอดทิ้งขณะพักรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีคู่สมรสและลูกหลานไม่มีเวลาในการดูแล ทำให้ผู้สูงอายุไม่สบายใจซึ่งครอบครัวถือได้ว่าเป็นแหล่งเกื้อหนุนที่มีความสำคัญของบุคคลโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ การดูแล การสนับสนุนและสัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวจะทำให้การเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี (Pickering & Thompson, 1998) ในผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี อยู่คนเดียว มักมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง (เพ็ญจันทร์, 2542)

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหากผู้ป่วยสูงอายุประเมินว่ารุนแรงทำให้มีพฤติกรรมการสนองรุนแรงทางด้านร่างกาย จิตใจหากเกินขอบเขต ปฏิกริยาดังกล่าวมีอิทธิพลในทางลบต่อพยาธิสภาพของโรค หรือความเจ็บป่วย (สุจิตรา, 2537; Li, Zheng, Teng & Shen, 2003) และสัมพันธ์กับการรับรู้ของผู้ป่วย (อำไพวรรณ, 2541; Martin, Soler, Picart & Casanovas, 2003) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของโรคไม่คงที่ และการที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นบทบาทผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพามบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการดำรงชีวิตส่วนบุคคล ผลจากการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและการรักษา ส่งผลให้ความสามารถในการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุลดลงต้องพึ่งพามบุคคลอื่นและครอบครัว (อรพรรณ, 2545; Schultz, Hoth & Buckwalter, 2004) มีรายงานว่าร้อยละ 6.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ไม่มีอิสระในการดูแลสุขลักษณะตนเองอย่างน้อย 1 กิจกรรม และร้อยละ 2.1 ของผู้สูงอายุไทยต้องการดูแลช่วยเหลือใกล้ชิด (สุทธิชัย, ชัยยศ, วิพุธ และไพบูลย์, 2542) ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่ลูกหลานไม่สบายใจและเกิดความวิตกกังวลตามมา (ปรีชา และคณะ, 2541)

ความวิตกกังวลเป็นอาการที่เกิดขึ้นขณะเผชิญปัญหาต่างๆ ของบุคคลในกรณีที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่า มีความไม่แน่นอน ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความหวาดหวั่น ตึงเครียด โดยแสดงอาการทางอารมณ์ (affective symptoms) และอาการทางกาย (somatic symptoms) ลักษณะของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในขณะที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นแบบเผชิญ กล่าวคือจะมีลักษณะความวิตกกังวลแบบชั่วคราวเวลาใดเวลาหนึ่ง (กนกรัตน์, 2540) มีรายงานพบว่าร้อยละ 3

ของผู้สูงอายุที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ จะเป็นโรคความวิตกกังวล ขณะที่อีกร้อยละ 13 แม้ไม่ถึงกับเป็นโรคแต่ก็ถูกประเมินว่ามีอาการของความวิตกกังวล (พิเชฐ, 2542) ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิต (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545; เยาวลักษณ์ และลัดดา, 2541; Natvig, 2003) ในขณะที่เดียวกันถ้าความวิตกกังวลเกิดขึ้นบ่อยและมีความรุนแรง ก่อให้เกิดปัญหาและประสิทธิภาพในตัวบุคคลลดลง ประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545; เยาวลักษณ์ และลัดดา, 2541) หากความวิตกกังวลมีระดับรุนแรง จะส่งผลให้แบบแผนต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป เช่น นอนหลับยากกว่าปกติ รู้สึกเบื่ออาหาร และส่งผลต่อโรคทางกายที่เป็นอยู่ ทั้งความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีรวิทยาและพยาธิสภาพของโรค เช่น ในผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หรือโรคแผลในกระเพาะอาหารก็ยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการของโรครุนแรง เพิ่มระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (สมภพ, 2544) โดยเฉพาะโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดใหญ่มีปริมาณ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดใภาคใต้ (19 โรงพยาบาล) มีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (มากกว่า 60 เตียง) และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (30 เตียง) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2548) และเป็นจังหวัดที่มีประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดในภาคใต้ รองลงมาคือจังหวัดสงขลา และสุราษฎร์ธานี คิดเป็นร้อยละ 21.90, 16.72 และ 11.15 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ และมีการเข้ารับบริการสุขภาพตามโรงพยาบาลดังกล่าว จึงส่งผลให้สภาพทั่วไปของผู้ป่วยสามัญมีความแออัด ประกอบกับมีกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมและเฝ้าไข้ของญาติ หรือในกรณีที่อาการของโรคมีอาการรุนแรงเกินกำลังความสามารถของแพทย์ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิก็มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับ จากสภาพดังกล่าวซึ่งอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมาจากฐานข้อมูลต่างๆ ระหว่างปี 1990 - 2005 พบว่าการศึกษาความวิตกกังวลในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยทางศัลยกรรม การศึกษาในผู้สูงอายุนั้นยังมีน้อย ดังเช่นการศึกษาของทัศนีย์ (2542) เรื่องผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้ในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม วิไลวรรณ และลิวรรณ (2543) เกี่ยวกับความวิตกกังวล แรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการของบุคคลวัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน จุฬาลักษณ์ (2546) เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ความรุนแรงของการบาดเจ็บ และความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ตามการรับรู้ของผู้บาดเจ็บและพยาบาล และจากการศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (ขนิษฐา, 2534) การศึกษาของลี เลอซี (2540) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และการ

สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยศัลยกรรม และการศึกษาของต่างประเทศในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ความชุกของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Kvaal, Macijauskiene, Engedal & Laake, 2001) และความวิตกกังวลและความผาสุกของผู้ป่วยสูงอายุหลังออกจากโรงพยาบาล (Kvaal & Laake, 2003) ซึ่งส่วนใหญ่พบมีความวิตกกังวลในระดับสูง

การประเมินความวิตกกังวล และหาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นความจำเป็นเพราะช่วยให้เห็นแนวทางในการป้องกันและบรรเทาความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดผลดีในการฟื้นหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการนอนในโรงพยาบาล (Husaini & et al., 2000; Zerbe, 2000) และลดอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (วาธินี, 2543; Fulop, Strain, Vita, Lyons & Hammer, 1987) ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหาอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยส่วนบุคคลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับใด
2. สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยส่วนบุคคล สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาครอบคลุมถึงปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์โดยทั่วไปที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สงบ ไม่สบายใจ กลัว ไม่แน่ใจ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) ของสปีดเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al.,1966) ซึ่งความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นเป็นอารมณ์อย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคล ในสถานการณ์ที่ประเมินว่าไม่ปลอดภัยทำให้เกิดความตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่นเกี่ยวกับสิ่งที่จะมาคุกคามต่อร่างกาย หรือจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมีหลายปัจจัยด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ และการได้รับยาในกลุ่มกลุ่มประสาท

เพศ เป็นตัวบ่งบอกบุคลิกลักษณะพื้นฐานของบุคคล เพศหญิงจะมีลักษณะอารมณ์อ่อนไหวมากกว่าเพศชาย (ขนิษฐา, 2534; Kirkcaldy, Siefen & Furnham, 2003; Scholten, 2003) สำหรับรายได้เป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันระดับความวิตกกังวลจะต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (กาญจณี, จิราพร, กนกพร, วาสนา และรุ่งนภา, 2539; พยอม และอังษณา, 2540) และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกันจึงได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิดโดยเฉพาะยาในกลุ่มกลุ่มประสาทซึ่งยาในกลุ่มนี้จะช่วยลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ส่งผลระดับความวิตกกังวลเปลี่ยนแปลงในทางลดลงได้ หากได้รับนานมากกว่า 1 อาทิตย์ (Neuhaus, Ghaemi, Schmidt & Lehmann, 2000) สำหรับสัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีสัมพันธภาพกับความวิตกกังวลกล่าวคือ

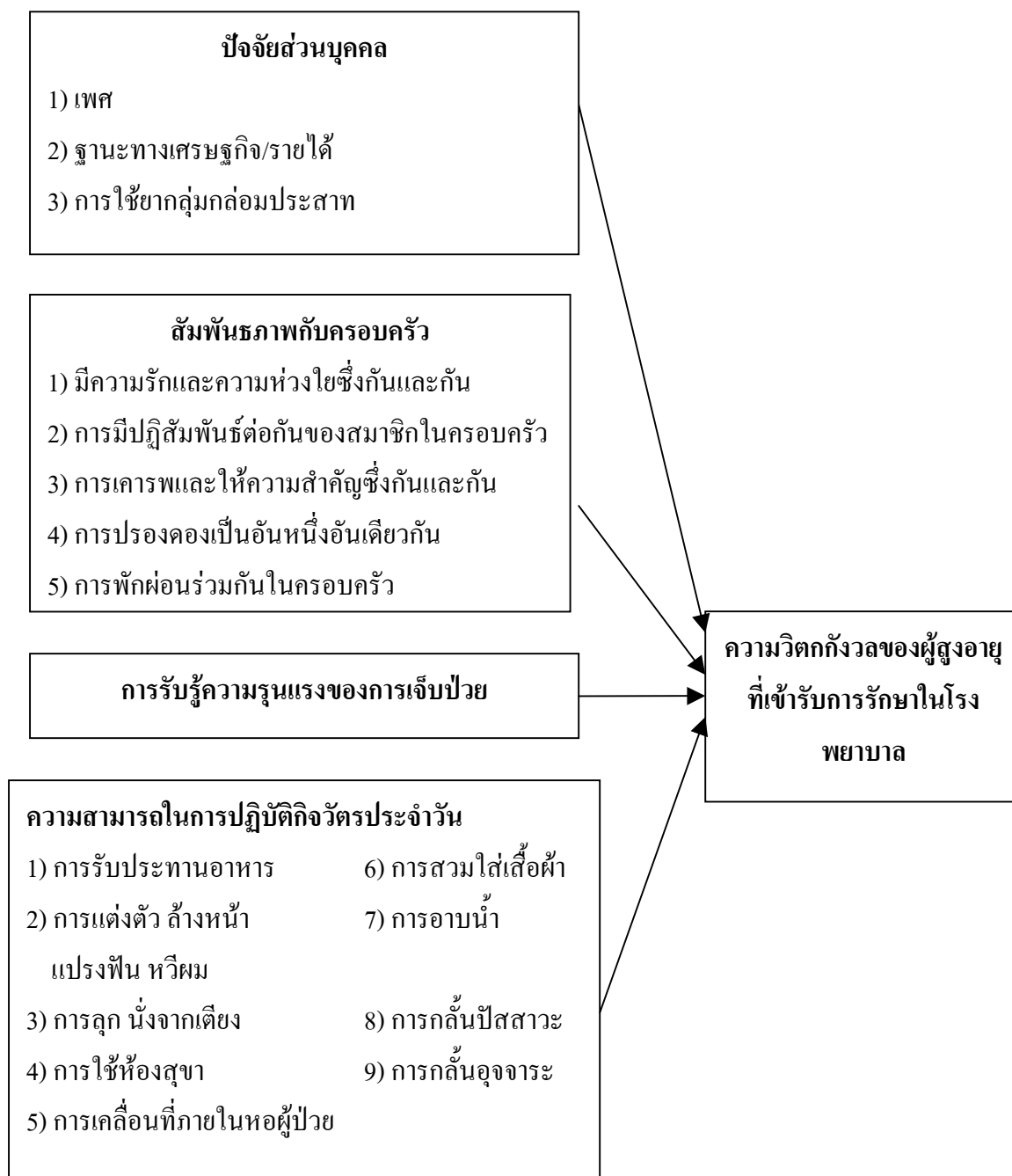
สัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นหน้าที่อย่างหนึ่งของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความรัก ความเอาใจใส่ ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจแก่สมาชิก และการรับรู้ว่ามีคนคอยดูแลช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะลำบาก (Friedman, 1986 อ้างตาม รุจา, 2541) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับครอบครัวของเฟรดแมน ของมาร์โร และวิสัน (Friedman, 1981; Marrowa & Wison, 1961 อ้างตามพวงผกา, 2538) ซึ่งครอบคลุม 1) การมีความรักและความห่วงใย 2) การมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกกับครอบครัว 3) การเคารพและให้ความสำคัญซึ่งกันและกัน 4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และ 5) การพักผ่อนร่วมกันกับครอบครัว เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการ

เจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจย่อมมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ถ้าขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวก็ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (กาญจณี และคณะ, 2539; ดีเลอซี, 2540, Cheok et al., 2003)

การเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ปกติของหน่วยย่อยของร่างกาย จิต และสังคมของบุคคลจากการมีสุขภาพดีไปสู่ด้านตรงกันข้าม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคลรับสัมผัสและแปลผลสิ่งเร้าที่ผ่านจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ว่าโรคหรืออาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่นั้นมีความทุกข์ทรมาน ยุ่งยากในการรักษาหรือไม่ ถ้าการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้นเท่าใดย่อมส่งผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (กนกรัตน์, 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (เบญจวรรณ, 2527; ผ่องศรี และรุ่งนภา, 2540; Li et al., 2003; Martin et al., 2003; Schrader, Cheok, Hordaere & Guiver, 2004)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน พื้นฐานของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของมาโฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) ครอบคลุมกิจกรรมประจำวัน 10 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การแต่งตัว ล้างหน้า หวีผม โกนหนวด แปรงฟัน 3) การลุก นั่งจากเตียง 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในหอผู้ป่วย 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การอาบน้ำ 8) การกลืนปัสสาวะ และ 9) การกลืนอุจจาระ แต่กิจกรรมด้านที่ 10 คือกิจกรรมขึ้นลงบันไดนั้นไม่สะดวกที่จะวัดในผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นการประเมินความสามารถที่ผู้สูงอายุสามารถจะปฏิบัติได้จริง ผู้วิจัยจึงใช้ประเมินเพียง 9 ด้าน ซึ่งการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเป็นภาระแก่ลูกหลานต้องพึ่งพาคือคนอื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงความมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (กาญจณี และคณะ, 2539; ประคอง, 2543; Schult & et al., 2004)

กล่าวโดยสรุป การศึกษานี้เป็นการศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และทดสอบอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการใช้ยา กลุ่มกล้ามเนื้อประสาท) สัมพันธ์ภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความวิตกกังวล ดังภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

สัมพันธภาพกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสมการถดถอยพหุคูณ

นิยามศัพท์

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการได้รับยากลุ่มกลุ่มประสาทประเมนได้จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกไม่สงบ กังวล ไม่สบายใจไม่แน่ใจของผู้ป่วยขณะพักรักษาในหอผู้ป่วย สามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1970) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา, สายฤดี และมาลี (2526 อ้างตาม ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในขณะที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน 9 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การแต่งตัว ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การลุกนั่งจากเตียง 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในหอผู้ป่วย 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การอาบน้ำ 8) การกลืนปัสสาวะ และ 9) การกลืนอุจจาระ ประเมินโดยดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ของมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสุทธิชัย (2544)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยของตนเองว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยเครื่องมือวัดการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

สัมพันธภาพกับครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความห่วงใย การให้ความเคารพจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ สามี ภรรยา ลูก หลาน พี่ น้อง และญาติที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งใช้แนวคิดของของแฟรดแมน มาร์โร และวิสัน (Friedman, 1981; Marrow & Wilson, 1961 อ้างตาม พวงผกา, 2538) ประเมินโดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของพวงผกา (2538)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการวัดความวิตกกังวลนั้น วัดเฉพาะความวิตกกังวลที่เป็นผลจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความสำคัญของการทำวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้พยาบาลได้ทราบ และตระหนักถึงระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล และสามารถวางแผนให้การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้เหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการทำการวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และเฉียบพลัน