

ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคไตหีน



นางสาววาสนา ฟุ้งฟู

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2448-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO ANXIETY OF OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA



Miss Wasana Fungfoo

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

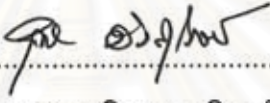
Academic Year 2005

ISBN 974-14-2448-5

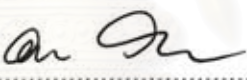
หัวข้อวิทยานิพนธ์                      ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ  
โรคต้อหิน  
โดย    นางสาววาสนา พุ่งฟู  
สาขาวิชา                                    พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา                          ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาลัดย์


---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยuthin อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาลัดย์)

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม)

วาทนา ฟุ่งฟู: ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน  
(SELECTED FACTORS RELATED TO ANXIETY OF OLDER PERSONS WITH  
GLAUCOMA) อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์,  
130 หน้า. ISBN 974-14-2448-5

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคต้อหินจำนวน 160 คน ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกต้อหิน โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบสอบถามความวิตกกังวล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและแบบสอบถามความวิตกกังวล มาตรวจสอบความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .863 .865 และ .983 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency Coefficient) ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi - Square Test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.65$ )
2. รายได้ จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.186, -.277, -.245, \text{ และ } -.273$  ตามลำดับ)
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.586$ )
4. ระดับการศึกษาและความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $c = .25, \text{ และ } .23$  ตามลำดับ)
5. เพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....วาทนา ฟุ่งฟู.....  
ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4777611036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ANXIETY/ OLDER PERSONS/ GLAUCOMA

WASANA FUNGFOO: SELECTED FACTORS RELATED TO ANXIETY OF OLDER PERSONS WITH GLAUCOMA. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CAPT.

SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 130 pp. ISBN: 974-14-2448-5

The purposes of this descriptive research were to study the anxiety of older persons with glaucoma and to investigate the relationships between age, sex, level of education, income, visual acuity, length of illness, numbers of other chronic illnesses, activity of daily living, social support, self esteem and anxiety of older persons with glaucoma. Subject consisted of 160 older persons with glaucoma at glaucoma clinic in Rachavithee Hospital, Ramathibodi Hospital and the King Mongkutklao Hospital, and were selected by using multi-stage sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, Barthel ADL Index, social support, self esteem and anxiety questionnaires which were tested for content validity and reliability. The reliabilities of social support, self esteem, and anxiety questionnaires were .863, .865 and .983 respectively. Data were analysed by using SPSS for Windows Version 13, including frequency, mean, standard deviation, Contingency Coefficient, Chi - Square Test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Major findings were as follows:

1. Anxiety of the older persons with glaucoma was at medium level ( $\bar{X} = 2.65$ ).
2. Income, number of other chronic illness, activity of daily living and social support were significantly negative correlated with anxiety of the older persons with glaucoma, at low level of .05 ( $r = -.186, -.277, -.245, -.273$ , respectively).
3. Self esteem was significantly negative correlated with anxiety of the older persons with glaucoma, at medium level of .05 ( $r = -.586$ ).
4. Level of education and visual acuity were significantly correlated with anxiety of the older persons with glaucoma, at level of .05 ( $c = .05$ , and .03, respectively).
5. Age, sex and length of illness were not correlated with anxiety of the older persons with glaucoma.

Field of study .....Nursing Science.....Student's signature.....*Wasana fungfoo*.....  
 Academic year.....2005.....Advisor's signature.....*Siriphan Sasat*.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาทั้งในและนอกเวลาราชการ ในการให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ด้วยความรัก และห่วงใยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย กราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก จักษุ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณผู้สูงอายุโรคต้อหินทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ สามีหญิง โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยมีโอกาสได้ศึกษาต่อ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจักษุ-โสตฯ สามีหญิงทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ ขอขอบคุณ คุณเอก นรินทร์ หลวงพิทักษ์ ที่คอยห่วงใย ดูแล ให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่องและคอยเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ตลอดจนพี่ ๆ ที่คอยให้กำลังใจ รวมทั้งเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยเป็นห่วงและคอยให้ความช่วยเหลือในการศึกษาครั้งนี้ ด้วยน้ำใจไมตรีจากบุคคลมากมายวิทยานิพนธ์เล่มนี้จึงสำเร็จลงได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
<b>บทที่</b>	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหิน.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	20
ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคต่อหิน.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	29
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง.....	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน.....	35
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีความวิตกกังวล.....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหินและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ.....	47
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55

3	วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ).....	
	เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	57
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	61
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	79
	สรุปผลการวิจัย.....	82
	อภิปรายผลการวิจัย.....	84
	ข้อเสนอแนะ.....	94
	รายการอ้างอิง.....	96
	ภาคผนวก.....	105
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	106
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	108
	ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	115
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	119
	ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	126
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130

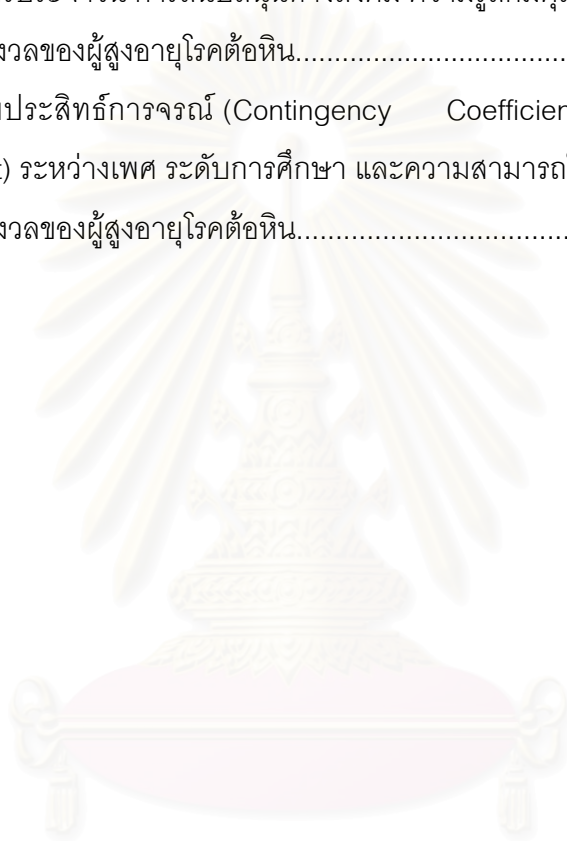


## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล.....	57
2 การปรับปรุงแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ.....	61
3 การปรับปรุงแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ.....	62
4 การปรับปรุงแบบสอบถามความวิตกกังวลหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ.....	62
5 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม.....	63
6 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ.....	69
7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน จำแนกเป็น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	70
8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน จำแนกเป็นความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	71
9 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน.....	72
10 จำนวน และร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ.....	73
11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินจำแนกรายด้าน.....	75
12 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ ด้านการประเมินตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ.....	76

## ตาราง

13	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ.....	77
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	78
15	ค่าความสัมพันธ์การจรณ์ (Contingency Coefficient) ไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็น กับ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน.....	79



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตาเป็นอวัยวะรับสัมผัสที่สำคัญมากที่สุดอวัยวะหนึ่งเพราะทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น โรคที่เกิดขึ้นกับตาอันเนื่องมาจากโครงสร้างต่าง ๆ ของดวงตาเสื่อมลงและโรคในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผลทำให้เกิดการมองเห็นลดลงเร็วกว่าปกติจึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เพราะหากมีอาการตามัวลงหรือตาบอดไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถประกอบภาระกิจได้ด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ความสามารถ มักแยกตัวออกจากสังคม เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีคุณค่าในตนเอง (Houdet, 2003) รู้สึกตนเองไม่มีประโยชน์ อาจเกิดอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ แทรกซ้อนตามมาได้อีก เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศ (วจิต ตูจินดาและคณะ, 2540: 13-14)

ภาวะตาบอดเป็นความพิการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะตาบอดในผู้สูงอายุคือ ต้อกระจกร้อยละ 41.7 และรองลงมาคือ ต้อหินร้อยละ 8.3 (Bulletin of the Health Organization, 2004) สำหรับในประเทศไทยได้มีการสำรวจสภาวะตาบอดและสายตาศึกษาพบว่าประชากรสูงอายุมีภาวะตาบอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 4.7 ตาบอด 1 ข้างร้อยละ 44 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีอัตราการตาบอดร้อยละ 9.35 ส่วนผู้ที่มีอายุ 65-69 ปี มีอัตราการตาบอดร้อยละ 15 และโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะตาบอด คือ ต้อกระจกและต้อหินตามลำดับเช่นกัน (จักษุสาธาณสุข, 2545) ส่วนในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าผู้ป่วยซึ่งตาบอดนั้นต้อหินเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด คือร้อยละ 25 ในทุกกลุ่มอายุ และร้อยละ 65.6 ในคนตาบอดที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป (Kunavisarut et al., 1981) ซึ่งสอดคล้องกับประชากรต่างจังหวัดที่พบว่าต้อหินเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดที่สำคัญที่สุด พบถึงร้อยละ 36.3 ของผู้ตาบอดทั้งหมด (Konsomboon, 1981) โดยอัตราความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคต้อหินในผู้สูงอายุไทยนั้นพบได้ร้อยละ 6.12 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2545) จากสถิติจะเห็นว่าถึงแม้ต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะตาบอด แต่โรคต้อกระจกก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ โดยการผ่าตัดเอาเลนส์ตาที่ขุ่นออกใส่

เลนส์แก้วตาเทียม ผู้ป่วยจะสามารถกลับมามองเห็นเป็นปกติได้ แต่โรคต้อหินซึ่งเป็นสาเหตุอันดับ 2 ที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดในผู้สูงอายุทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จัดเป็นภาวะตาบอดที่ถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เพราะโรคต้อหินเป็นภาวะที่ความดันในลูกตาสูงกว่าปกติ (สูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท) อันเป็นผลมาจากการอุดตันการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงภายในลูกตา ผู้ป่วยจะรู้สึกว้าวายตาจะค่อย ๆ มัวลงอย่างช้า ๆ อาจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อระยะเวลาผ่านไป เป็นปี เป็นเดือน จนอาจทำให้สูญเสียความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาไปอย่างถาวร จนเกิดภาวะตาบอดได้ (สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542: 2)

โรคต้อหินเป็นโรคที่เกิดจากการมีความดันในลูกตา (Intraocular pressure) สูง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของขั้วประสาทตา (Optic disc) ร่วมกับการเกิดการสูญเสียลานสายตา (Visual Field) เมื่อพบว่าเป็นโรคต้อหิน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากจักษุแพทย์อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อตรวจวัดความดันลูกตา พร้อมกับการประเมินความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาเป็นระยะ เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้แยลงจนถึงขั้นตาบอด (นิภา วัธนเวคิน, 2543: 224) ผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินจะได้รับการรักษาโดยการหยอดตาและการรับประทานยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมความดันภายในลูกตาให้อยู่ในระดับปกติ แต่การหยอดตาและการรับประทานยานั้นจะไม่ช่วยให้ความสามารถในการการมองเห็นที่สูญเสียไปแล้วดีขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ยาหยอดตาอย่างต่อเนื่องให้ถูกต้องทั้งชนิดและเวลา ไม่ควรหยุดยาเอง นอกจากนั้นการหยอดตาและการรับประทานยายังมีผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น แสบตา ตาแดง คลื่นไส้ อาเจียนและมีอาการเบื่ออาหาร เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันภายในลูกตาได้ด้วยการใช้ยา แพทย์จะพิจารณาทำผ่าตัดเพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้น (นิภา วัธนเวคิน, 2543: 227)

จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรปกติ โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) จากการศึกษาของ Uenishi et al. (2003) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหินเรื้อรังในประเทศญี่ปุ่นพบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยรายงานว่ามีความวิตกกังวล รวมทั้งจากการศึกษาของ Odberg et. al. (2001) ถึงผลกระทบของผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อหินพบว่ามีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 47 และจากการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหินจำนวน 126 รายที่มารับการรักษาที่คลินิกต้อหินหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก ภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดตาร้อยละ 83.3 และร้อยละ 36.4 ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล รองลงมา คือ วิตกกังวลเกี่ยวกับสายตาร้อยละ 31.1 (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2536) นอก

จากนี้ จากการศึกษาของ Volicer and Bohannon (1975) ยังพบว่าเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียดไม่สบายใจ วิตกกังวลมากที่สุดส่วนหนึ่ง ได้แก่ การที่อวัยวะรับความรู้สึกเสียหายที่ไป คือ ตาบอด และหูหนวก Duffy (1997) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบของความสามารถในการมองเห็นที่ลดลงในผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเลือนราง รายงานว่า จากการที่การมองเห็นลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยวิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียความเป็นอิสระ เกิดภาวะถดถอย และแยกตัวจากสังคมในที่สุด (Chivers, 2003)

McConnell (1988: 530) กล่าวว่าความวิตกกังวลนั้นเป็นความรู้สึกและปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เป็นอาการทางจิตที่ตอบสนองต่อความกลัวซึ่งอาจไม่ทราบสาเหตุและมักพบว่าเป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยโรคและความเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุความวิตกกังวลอาจมีผลทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ ครอบครองการนอน รู้สึกว่าไม่มีใครช่วยเหลือ หมดหวัง ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพากับครอบครัวและผู้ดูแลตามมา ความรู้สึกเหล่านี้จะมากขึ้นหากผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังด้วยซ้ำที่ผู้ดูแลการทำหน้าที่ของสมองด้านความคิด ความจำ และทักษะการแก้ปัญหาที่จะลดลง

Bostrom and Schwecke (in Keltner et al., 1995: 424) กล่าวว่าภาวะความวิตกกังวลเกิดจากการถูกคุกคาม การสูญเสียและการได้รับอันตราย ความวิตกกังวลจะขึ้นอยู่กับการรับรู้ความต้องการ อัตมโนทัศน์ ความรู้ ทักษะและบุคลิกของแต่ละบุคคลและการที่บุคคลจะรู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดจากการถูกคุกคามด้านสุขภาพ สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลที่เป็นที่รัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกอิสระในการดำรงชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนนั้นประกอบไปด้วยหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรค จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้บุคคลแสดงความวิตกกังวลออกมาในระดับที่ต่างกัน เช่น เพศชายมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศหญิง (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) รายได้และระดับการศึกษาสามารถจำแนกปัญหาสุขภาพจิตได้ (อารีย์ ฟองเพชร, 2540) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพา ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (สุดาวลัย สายสีบ, 2536) จะมีความวิตกกังวลมากกว่า เป็นต้น

ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคต่อหีนเป็นสิ่งที่พยาบาลผู้สูงอายุควรตระหนักและทำการประเมิน เพราะความวิตกกังวลมีผลต่อตัวผู้ป่วยมาก หากอยู่ในระดับที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยเป็นตัวกระตุ้นที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเรียนรู้ ดูแลสุขภาพได้ดีมากขึ้น หากปล่อยให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตึงเครียด

ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาการแสดงเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันภายในตาเพิ่มสูงขึ้น หากปล่อยทิ้งไว้จะส่งผลให้จอประสาทตาขาดเลือดมาเลี้ยง เกิดการทำลายจอประสาทตา ส่งผลให้โรครุนแรงมากขึ้น อาจเกิดภาวะตาบอดถาวรได้โดยง่าย ผลที่ตามมาจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีอัตราเสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น (รจิต ตูจินดา และคณะ, 2540)

นอกจากนั้นความวิตกกังวลยังส่งผลกับผู้สูงอายุในหลาย ๆ ด้านได้แก่ ประสิทธิภาพการนอนหลับ (McConnell, 1988) ความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่เป็นไปอย่างจำกัด (Functional limitation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชนิดที่ต้องใช้อุปกรณ์ร่วมด้วยลดลงด้วย เมื่อเกิดความสามารถในด้านต่าง ๆ จำกัดก็ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาส่งผลต่อบุคคลในครอบครัวตามมา (Brenes et al., 2005) ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายเพิ่มมากขึ้น ภาวะสุขภาพแย่ง เกิดการแยกตัวออกจากสังคม มีความรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) และหากปล่อยทิ้งไว้จนถึงขั้นระดับรุนแรง อาจทำให้ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดภาวะความวิตกกังวลที่ผิดปกติต้องได้รับการรักษา รับประทานยา และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์ หรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Luckman and Soronsen, 1993) โดยจากการศึกษาพบว่าชายสูงอายุที่มีภาวะความวิตกกังวลผิดปกตินั้นจะมีอัตราการตายที่สูงกว่าบุคคลปกติ (VanHout, 2004)

Orem (Orem et al., 2001) กล่าวว่าภาวะสุขภาพจะต้องประกอบไปด้วยสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตสังคม ที่เกี่ยวเนื่องกัน ซึ่งจะแยกจากกันไม่ได้ ถ้าเกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายก็จะส่งผลต่อจิตใจ และในทำนองเดียวกันหากมีความเจ็บป่วยด้านจิตใจก็จะยอมส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลทั่วไปและประชากรวัยอื่น แต่สาเหตุที่แท้จริงที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีผู้ศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเพิ่มเติม เพื่อความชัดเจนขององค์ความรู้ที่จะเกิดประโยชน์ในการที่จะศึกษาวิจัยถึงการบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพกับผู้สูงอายุโรคต่อหีน เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้โดยไม่มีภาวะพึ่งพาและมีคุณภาพชีวิตที่สูงสุด

## คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับใด
2. อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินหรือไม่และมีความสัมพันธ์ในระดับใด

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

Bostrom and Schwecke (In Keltner et al., 1995: 423) กล่าวว่าความวิตกกังวล คือ การรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคาม การสูญเสีย และอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการ อัตมโนทัศน์ แหล่งสนับสนุน ความรู้ ภัยและประสบการณ์ และได้กล่าวถึงกระบวนการของการเกิดความวิตกกังวลไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับภาวะคุกคามจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นเมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้นก็จะเกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมีและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาก่อให้เกิดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาซึ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้หรืออาจทำให้เกิดการสูญเสียภาวะสมดุลเกิดการปรับตัวที่ล้มเหลว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ประกอบไปด้วย 8 ปัจจัย ได้แก่ 1) การถูกคุกคาม ภาวะสุขภาพ 2) การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเอง 4) การสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี 5) สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม 6) การสูญเสียบุคคลที่รัก 7) การสูญเสียความเป็นอิสระ และ 8) การถูกคุกคามเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้

แนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) เป็นกรอบในการคัดสรรตัวแปรที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนมากที่สุดและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการให้การบำบัดทางพยาบาลกับผู้ป่วยมากที่สุดมาทำการศึกษา จากการพิจารณาได้ปัจจัยคัดสรรมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหีน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการมองเห็น (จากตัวแปรการถูกคุกคามภาวะสุขภาพ) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (จากตัวแปรการสูญเสียความเป็นอิสระและการสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเอง) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จากตัวแปรการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) และการสนับสนุนทางสังคม (จากตัวแปรสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม) และผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องออกไปได้แก่ การสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี การสูญเสียบุคคลที่รักและการถูกคุกคามเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต ซึ่งพบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหีน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ยังพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคต่อหีนอีกคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งรายละเอียดแนวเหตุผลของปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษามีดังนี้ คือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป

1.1 อายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พัฒนาการ การเจริญเติบโต และวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล (Phipps et al., 1980) ซึ่งส่งผลถึงความแตกต่างในการมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้นย่อมสามารถเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินสถานการณ์ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหีนเรื้อรังกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี

1.2 เพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล ตามปัจจัยทางพันธุกรรมเพศชายและหญิงนอกจากจะแตกต่างกันในด้านโครงสร้างของร่างกายแล้วยังมีความแตกต่างกันในด้านจิตใจด้วย (ศิริวรรณ วชิรวงศ์, 2536) จากการศึกษาของ มาลินี วงศ์สิทธิ์ (2529) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Wykle and Musil, cited in



Smyer, 1993) เพราะส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนมากเป็นหม้ายขาดคู่คิด ผู้ปรัการศึกษาด้านปัญหาต่างรวมทั้งปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าเพศหญิงมีระดับความวิตกกังวลที่สูงกว่า และจากการศึกษาของสิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง จากกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมสูงกว่าประชากรปกติ โดยเพศหญิงจะมีปัญหาด้านจิตใจที่รุนแรงกว่าเพศชาย นอกจากนั้นเพศหญิงก็ยังมีความเสี่ยงกับการเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

1.3 การศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโดยทั่วไปการศึกษาเป็นองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ หรือชั้นทางสังคมแตกต่างกันออกไป การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างใน อรทัย สนใจยุทธ, 2539) พบว่าบุคคลในสังคมส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการคิดจำแนก ประเมิน ไตร่ตรองใช้เหตุผลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองได้ดีกว่า จึงอาจส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ (อารีย์ ฟองเพชร, 2540) จากการศึกษาของ สงศรี จัยสิน และคณะ (2528) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley et al. (1983) ที่ทำการศึกษารูปแบบการรับรู้ของภาวะความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องคือ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

1.4 รายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเศรษฐกิจมีรายได้ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงานที่เคยทำ การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าวทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมไปด้วย มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากสภาวะทางเศรษฐกิจที่ลดลงส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิตในสังคม การ

พักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัด ทำให้การออกกำลังกายส่งผลลดเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ จากการศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง (อารีย์ พงษ์เพชร, 2540)

2. ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการมองเห็นเป็นตัวแปรการถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ความดันตาที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ชัดประสาทตาถูกทำลาย ส่งผลให้มีความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาแคบลง ผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่าจะมีความวิตกกังวลในระดับที่สูงกว่า ซึ่งจากการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่าหรือมีความพิการทางสายตา 2 ข้างมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการทางสายตาข้างเดียว

3. ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหินเป็นตัวแปรการถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ความเจ็บป่วยทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุโดยส่งผลให้เกิดการแสดงอาการทางจิตมากขึ้น (Wykle and Musil, cited in Smyer, 1993) จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาของความเจ็บป่วยมีความเกี่ยวข้องกับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Phipps et al., 1980) และการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถเป็นตัวทำนายภาวะการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Sherbourne and Hays, 1990, cited in Barron et al., 1994) นอกจากนี้ McFarland and Wisli (Cited in Shives, 1998) ยังกล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้นมาจากภาวะการเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า

4. จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน เป็นตัวแปรการถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) โรคต้อหินเป็นโรคเรื้อรังซึ่งไม่รู้ว่าสาเหตุที่แท้จริงคืออะไร แต่จากการศึกษาพบว่าโรคต้อหินมักพบในผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานเพราะหากผู้ป่วยเป็นเบาหวานเวลานานจะมีเส้นเลือดเกิดขึ้นใหม่บนผิวของม่านตาแผ่กว้างอุดตาระงับที่มุมตาซึ่งเป็นทางออกของน้ำในช่องหน้าลูกตาทำให้น้ำเอเควียสไหลออกไม่ได้ความดันลูกตาจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนตาบอดในที่สุด (นิภา วัฒนเวคิน, 2543: 228) โรคของต่อมไทรอยด์ ผู้ที่นอนกรนมากจนหยุดหายใจ ความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีสายตาสั้น (สกาเวรัตน์ คุณาวิศรุต, 2548: 91; Coleman, 1999) จากการศึกษามาตรการคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุพบว่าโรคเบาหวานและ Vascular disease เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคนี้เช่นกัน (รจิต ตูจินดา และคณะ,

2545) นอกจากนี้ Metah et al. (2003) ได้ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การไถ่ยิบนบกพร่อง มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีปัญหาการนอนไม่หลับนั้นจะมีอาการแสดงของความวิตกกังวลมากกว่าประชากรวัยสูงอายุที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวแปรการสูญเสียความเป็นอิสระตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังมักมีความสามารถในการมองเห็น และลายสายตาแคบลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงก่อให้เกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิต (Coleman, 1999) ดังนั้นผู้ที่มีภาวะฟุ้งพามักจะมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้มาก จากการศึกษาของ Odberg et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคต่อหินที่มีความสามารถในการมองเห็นลดลง มีผลกระทบต่อการใช้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ การอ่านหนังสือ การเดินขึ้นลงบันได การดูทีวี การขับรถมากที่สุดตามลำดับ ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Brenes et al. (2005) ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการแสดงของความวิตกกังวลจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การยกของและการทำความสะอาดบ้านด้วย

6. การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรการสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ซึ่ง การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านต่าง ๆ ของตนเอง จะมีผลส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Barron et al., 1994) โดยธรรมชาติบุคคลทุกวัยจะมีความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความสามารถในการพึ่งตนเองจึงลดน้อยลง ดังนั้นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับคำว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้แก้ปัญหาได้ตรงจุด หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสเกิดผลต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยรวมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยส่วนรวมและรายด้านคือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร เงินทอง สิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530: 5,47) ส่วนสุดาวลัย สายสืบ (2536) ได้ทำการศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหา

สุขภาพจิต พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้สูงและสามารถบอกความแตกต่างของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้

7. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลพิจารณาค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเองโดยประเมินตนเองว่ามีความหมายและสามารถประสบความสำเร็จในการพึ่งตนเอง (Phipps et al., 1980) เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุลูกหลานจะแยกครอบครัวออกไป การต้องเกษียณออกจากงาน รวมทั้งการสูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลที่เคยใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัว หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้อาจจะทำให้เกิดเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นได้ (สุดาวลัย สายสีบ, 2536: 25) จากการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (สุดาวลัย สายสีบ, 2536)

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้นสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง
2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จากโรคต่อหีน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ดังนี้ คือ
  - 2.1 อายุและจำนวนโรคเรื้อรังอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน
  - 2.2 รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน
  - 2.3 เพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation research)

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ได้รับการรักษาโดยการหยอดตาหรือรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันตาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) หรือลานสายตา (Visual field)

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ได้รับการรักษาโดยการหยอดตาหรือรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันตาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) หรือลานสายตา (Visual field) ซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) คือ ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความวิตกกังวลผิดปกติ การรับรู้เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินดีร่วมมือในการทำวิจัย โดยเลือกมาจำนวน 160 คนโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

## ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. เพศ
2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. รายได้
5. ความสามารถในการมองเห็น
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน
7. จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ
8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
9. การสนับสนุนทางสังคม

10. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
11. ความวิตกกังวล

### คำจำกัดความ

**ปัจจัยคัดสรร** หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโรคต้อหินแต่ละบุคคลที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาและคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

**ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่

**อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุโรคต้อหินนับตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง

**การศึกษา** หมายถึง วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้รับตั้งแต่นั้นจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

**รายได้** หมายถึง จำนวนเงินที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับเป็นประจำทุกเดือนอาจจะเป็นเงินเดือนหลังเกษียณ เงินที่ได้จากกิจการของตนเอง จากบุตรหลานหรือบุคคลสำคัญ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน แบ่งเป็น เพียงพอ ไม่เพียงพอ และเหลือใช้

**ความสามารถในการมองเห็น** หมายถึง ระดับการมองเห็นของตาข้างที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุโรคต้อหินที่ได้จากการวัดโดยใช้ Snellen chart ซึ่งแบ่งระดับความสามารถการมองเห็น (World Health Organization Classification of Vision , 1977; cited in Silverstone et al, 2000: 7) ได้ดังนี้ คือ

สายตাপกติ	ความสามารถในการมองเห็นเท่ากับ 20/25 หรือดีกว่า
สายตาใกล้เคียงปกติ	ความสามารถในการมองเห็นเท่ากับ 20/30 ถึง 20/60
สายตาเลือนราง	ความสามารถในการมองเห็นเท่ากับ 20/70 ถึง 20/400
ตาบอด	ความสามารถในการมองเห็นเท่ากับ 20/500 หรือแย่กว่า

**ระยะเวลาการเจ็บป่วย** หมายถึง จำนวนเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคต้อหินเรื้อรังเป็นปีของผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

**จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน** หมายถึง โรคประจำตัวอื่นของผู้สูงอายุที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเป็นโรคต้อหิน ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะสายตาสั้นและภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ แบ่งเป็น 1 โรค, 2 โรค และ 3 โรคขึ้นไป ซึ่งสามารถประเมินได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

**ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** หมายถึง การกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่ทำได้จริงในปัจจุบันในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด การใช้ห้องสุขา การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ในบ้านหรือห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะและอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนรวมที่สูงหมายถึง การช่วยเหลือตนเองได้มาก มีภาวะพึ่งพาต่ำ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคต้อหินต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลที่ใกล้ชิด ใน 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) คือ

1. ด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับความรัก ความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ การให้คำปรึกษา การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่ใกล้ชิด
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอนั้นๆ ซึ่งแนวทางในการดูแลสุขภาพ ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริง บอกแหล่งข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
3. ด้านทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง เวลา แรงงาน และสิ่งแวดล้อมจากบุคคลที่ใกล้ชิด
4. ด้านการประเมินค่า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคต้อหินได้รับข้อมูล ได้รับการเห็นคุณค่า เห็นด้วยในการกระทำที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพและได้รับข้อมูลเพื่อใช้ประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันจากบุคคลในครอบครัว

ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากสังคม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจาก มธุรส จันทรแสงสี (2540) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) มีทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนมากหมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง การพิจารณาตัดสินค่าของตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหินตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเอง โดยประเมินตนเองว่ามีความหมายและสามารถประสบความสำเร็จในการพึ่งตนเองและพอใจในตนเอง ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบสอบถาม

ที่พัฒนามาจาก Sasat et al. (2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับมาจากแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg โดยประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนมากหมายถึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

**ความวิตกกังวล** หมายถึง ภาวะที่รู้สึกไม่สบายใจ ไม่มั่นคงปลอดภัย หวาดหวั่น หวาดกลัว ต่อสิ่งที่มาคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ ในขณะที่ตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุในขณะที่เป็นโรคต่อหีน มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ ประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลซึ่งพัฒนามาจาก ลดา สรณารักษ์ และคณะ (2538) ที่ได้แปลจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และได้นำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลสูง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับความวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุโรคต่อหีนเพื่อนำไปสร้างแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมโดยมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคต่อหีนต่อไป
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสามารถนำไปปรับใช้เป็นส่วนประกอบในการจัดบริการด้านสุขภาพรวมทั้งช่วยในการวางรูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการเพื่อป้องกันภาวะความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น ตลอดจน เป็นแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากหนังสือ เอกสาร วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดและศึกษาตามหัวข้อดังนี้ คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน
2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
3. ความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคต้อหิน
4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน
8. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความวิตกกังวล
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อหินและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ  
ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อหิน

##### 1.1 ความหมาย

ต้อหิน หมายถึง กลุ่มของโรคตาที่มีความผิดปกติคือ ความดันภายในลูกตาสูงกว่าช่วงประสาทตาและจอประสาทตา (Optic nerve head and retina) จนทำให้เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงได้ตามปกติ ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อจอประสาทตาเป็นผลทำให้เกิดความสูญเสียประสิทธิภาพของลานสายตา (Visual field) และสมรรถภาพการมองเห็นในที่สุด (อัทยา อยู่สวัสดิ์, 2530) เกิดอาการตามัวตาบอดได้ ปกติภายในลูกตาจะมีการสร้างของเหลวหลายอย่าง ของเหลวที่สำคัญอันหนึ่งอยู่ตรงช่องว่างระหว่างกระจกตากับแก้วตาเรียกว่าช่องลูกตาหน้า (anterior chamber) ของเหลวชนิดนี้มีลักษณะใส เรียกว่า น้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ซึ่งจะไหลเวียนจากด้านหลังของม่านตา (iris) ผ่านรูม่านตา (pupil) เข้าไปในช่องลูกตาหน้า แล้วระบายออกนอกลูกตาโดยผ่านมุมแคบ ๆ ระหว่างม่านตากับกระจกตาดำ เข้าไปในตะแกรงระบายเล็ก ๆ ที่มีชื่อว่า

ท่อเลมส์ (Schlemm 's canal) เข้าสู่หลอดเลือดดำที่อยู่นอกลูกตาถ้าหากการระบายของน้ำเลี้ยงลูกตาดังกล่าว เกิดจากติดขัดด้วยสาเหตุใดก็ตาม ก็จะทำให้มีการคั่งของน้ำเลี้ยงลูกตา และทำให้ความดันภายในลูกตาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (มากกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท) จนในที่สุดจะทำลายประสาทตา เป็นผลให้เกิดโรคต้อหิน ต้อหินเป็นโรคที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และถือว่าเป็นโรคตาที่ร้ายแรงชนิดหนึ่ง พบมากในคนสูงอายุ

## 1.2 ชนิดของต้อหิน แบ่งตามสาเหตุได้ดังนี้

1.2.1 ต้อหินปฐมภูมิ (Primary glaucoma) หมายถึง โรคต้อหินซึ่งไม่มีโรคตาหรือโรคทางร่างกายเป็นสาเหตุทำให้ความดันลูกตาเพิ่มขึ้น แบ่งเป็น

1) ต้อหินชนิดมุมเปิด (Primary open angle glaucoma) อาจเรียกว่า Chronic glaucoma , Simple glaucoma หรือ Wide – angle glaucoma ก็ได้ จัดเป็นต้อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งมีความดันลูกตาสูงขึ้นในขณะที่มีมุมของช่องม่านตาเปิด มักเป็นในตาทั้งสองข้าง พบได้ร้อยละ 90-95 ของผู้ที่เป็นต้อหิน พบได้เท่า ๆ กันทั้งเพศชายและหญิง ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม อุบัติการณ์ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ประมาณว่า ร้อยละ 0.4-0.7 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี และร้อยละ 2-3 ของผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเป็นโรคต้อหินชนิดนี้ พบมากขึ้นถึง 3 เท่าในคนผิวดำและมีความรุนแรงมากกว่า (สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์, 2542)

2) ต้อหินปฐมภูมิชนิดมุมปิด (Primary angle closure glaucoma) เป็นต้อหินซึ่งมีความดันลูกตาสูงขึ้นในขณะที่มีมุมของช่องหน้าม่านตา (anterior chamber angle) ปิด โดยอาจปิดเป็นบางส่วน (chronic type) หรือปิดทั้งหมด (acute type) ต้อหินชนิดนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย อายุยิ่งมากจะพบโรคนี้มากขึ้น มักเป็นทั้งสองตา แต่จะมาพบแพทย์ด้วยการเป็นตาเดียวก่อน

ต้อหินชนิดมุมปิด แบ่งตามอาการได้ 2 ชนิด คือ

2.1) ต้อหินชนิดเฉียบพลัน (Acute angle closure glaucoma) ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาพบแพทย์โดยเร็วที่สุดเพื่อมิให้ประสาทตาถูกทำลายไปมาก มิฉะนั้นอาจทำให้ตาบอดได้ภายในไม่กี่วันและเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาคือ เกิดการยึดติดของช่องหน้าลูกตา (Anterior Synechiae) จากการอักเสบของลูกตาผลคือ เกิดความผิดปกติของ Trabecular mechnwork ต้อหินเฉียบพลันนี้เป็นภาวะฉุกเฉินแพทย์จะต้องรีบแก้ไขลดภาวะความดันภายในตาสูง โดยให้ยาหดม่านตา ยาลดความดันภายในลูกตาทั้งชนิดยาหยอด ยารับประทาน และยาเข้าทางหลอดเลือดดำการรักษาด้วยเลเซอร์หรือการผ่าตัดเพื่อทำทางระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา

2.2) ต้อหินมุมปิดชนิดเรื้อรัง (Chronic angle closure glaucoma) สาเหตุชักนำเช่นเดียวกับชนิดเฉียบพลัน แต่อาการไม่รุนแรงเท่า ผู้สูงอายุจะรู้สึกตาพร่ามัวไม่มาก เวลามอง

เห็นไฟจะเป็นสีรุ้งรอบดวงไฟ รู้สึกปวดตา ปวดศีรษะข้างเดียว รุมนานตาขยาย ไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง ความดันลูกตาไม่สูงมาก อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว ประมาณ 1-2 ชั่วโมง เมื่อพักผ่อนนอนหลับ ผ่อนคลายความเครียด อาการก็จะหายไป เพราะการกระทำดังกล่าวทำให้รุมนานตาหดไม่ไปอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ความดันภายในตาจึงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจอาการที่เกิดขึ้นนี้ อาการจะเป็น ๆ หาย ๆ หลายสัปดาห์อาการอาจเกิดขึ้นเรื่อย ๆ เรียกว่า Subacute angle closure glaucoma ซึ่งอาการที่เรื้อรังดังกล่าวจะทำให้เกิดการยึดติดกันของช่องหน้าม่านตา ความดันตาที่สูงอยู่นาน ๆ จะไปกดทำลายจอประสาทตา ทำให้การมองเห็นสูญเสียลงอย่างถาวร ลานสายตาดูถูกทำลาย ต้อหินเรื้อรังชนิดนี้มักเป็นทั้ง 2 ตา

1.2.2 ต้อหินทุติยภูมิ (Secondary glaucoma) คือภาวะที่ผู้สูงอายุมีความดันลูกตาที่สูงโดยไม่ทราบสาเหตุ จากการที่เจ็บป่วยด้วยโรคตา โรคอื่น ๆ หรือมีสาเหตุปัจจัยใด ๆ ที่ทำให้เกิดการอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา ต้อหินทุติยภูมิเป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะต่าง ๆ ดังนี้

1) จากการที่ได้รับสารที่มีฮอร์โมนจำพวก Corticosteroid ยาหยอดตาดังกล่าวหยุดแล้วจะทำให้ตาสลาย บรรเทาอาการคัน ระคายเคืองตาได้ดี ผู้สูงอายุที่มักซื้อยารักษาเองก่อนได้รับการรักษาจากจักษุแพทย์ จะทำให้เกิดต้อหินชนิดนี้ได้

2) เกิดจากความเสื่อมของเยื่อภายในลูกตา (Exfoliation syndrome) หลุดออกมาเป็นแผ่นหรือเกล็ด คล้ายรังแค ลอยไปติดกับผิวของขอบรูมนานตาตามผิวหน้าของรูมนานตาทำให้ความดันภายในตาสูงขึ้นพบได้ในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป

3) จากการฟกช้ำหรือการเกิดอุบัติเหตุของลูกตา ทำให้มีความชอกช้ำของเนื้อเยื่อที่ตา หรือมีเลือดออกไปอุดทางระบายน้ำหล่อเลี้ยงลูกตา

4) เกิดภายหลังการเป็นต้อกระจกที่ปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ จนมีการรวมของเลนส์ทำให้มุมม่านตาแคบลงเกิดการไหลเวียนที่ผิดปกติของน้ำในลูกตา

5) เกิดในคนที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมได้ไม่ดี มีการงอกใหม่ของเส้นเลือดบนผิวม่านตา จนแผ่ไปอุดกั้นการระบายของน้ำที่หล่อเลี้ยงลูกตา ความดันตาจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ

6) จากการอักเสบของม่านตา (Uveitis) มีการยึดติดกันของช่องหน้าลูกตา

1.2.3 ต้อหินตั้งแต่กำเนิด (Developmental glaucoma) ได้แก่ ต้อหินซึ่งเกิดจากการพัฒนาการที่ผิดปกติ แบ่งเป็น

1) Primary congenital glaucoma เป็นต้อหินซึ่งเกิดจากพัฒนาการของมุมตา (development angle) ที่ผิดปกติ หรืออาจมีความผิดปกติของตาหรือร่างกายส่วนอื่น ๆ ร่วมด้วย

เช่น ความผิดปกติของตะแกรงระบาย (trabecular meshwork) ม่านตา หรือ กระจกตา เป็นต้น ส่วนใหญ่เชื่อว่าถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักเป็นทั้ง 2 ตา

2) Developmental glaucoma with associated anomalies เป็น ต้อหิน ที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพของลูกตา ที่ทำให้ความดันลูกตาสูงกว่าปกติ หรือมีความผิดปกติในระบบร่างกาย (systemic disorder) การรักษาสาเหตุของการเกิดต้อหิน ซึ่งจะแตกต่างกันไป เช่น ต้อหินจากม่านตาอักเสบ (chronic uveitis) ผลการอักเสบจะทำให้ น้ำเอเควียสขุ่น มีการสร้างมากขึ้น ม่านตาติดกับแก้วตา (posterior synechia) และ exudate ไปอุดที่ตะแกรงระบายน้ำเอเควียส (trabecular meshwork) ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น การรักษาทำได้โดยการให้ยาลดความดันลูกตา และรักษาม่านตาอักเสบด้วย หรือต้อหินจากแก้วตา (lens induced glaucoma) พบได้ในต่อกระจกกระยะแรก แก้วตาจะบวมทำให้ช่องหน้าม่านตาตื้นและมุมตาแคบ ความดันลูกตาสูงขึ้น การรักษาโดยทำผ่าตัดเอาแก้วตาออก (lens extraction) เป็นต้น

### 1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและผลกระทบจากโรค

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าบุคคลทั่วไป คือ

1.3.1 อายุ พบว่ายิ่งอายุมากความลึกของช่องหน้าม่านตา (Anterior chamber) จะลดลงแก้วตามีโอกาสสัมผัสกับม่านตามากมีโอกาที่ขอบม่านตาจะไปปิดมุมตาได้ทำให้มีโอกาสเป็นมากขึ้นมีรายงานว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเป็นโรคเพิ่มขึ้น 2 เท่า และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต้อหินมากขึ้นกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีถึง 7 เท่า (สุชาติดา ภัทรมงคฤทธิ, 2542)

1.3.2 เชื้อชาติ พบในมองโกลอยด์มากกว่าคอแคเซียน และคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว

1.3.3 เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

1.3.4 สายตายาวและสายตาสั้น มีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ที่มีสายตปกติ เนื่องจากผู้ที่มีสายตาผิดปกติมีขนาดและรูปร่างของขั้วประสาทตาที่ผิดปกติ

1.3.5 ประวัติบุคคลในครอบครัว หากมีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้โอกาสที่จะเป็นค่อนข้างสูงกว่าปกติเพราะสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

1.3.6 มีประวัติการกระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ มีก้อนเนื้องอกในลูกตา มีอุบัติเหตุต่อลูกตา เป็นโรคเบาหวาน โรคของต่อมไร้ท่อและโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง

1.3.7 ผู้ที่มีประวัติการใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์หรือคอร์ติโคสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

## 1.4 แนวทางการรักษาในปัจจุบัน

1.4.1 การรักษาโดยการให้ยา ยาหยอดตาที่นิยมใช้ได้แก่ Pilocarpine, Timolol, Glauco oph ในขั้นแรกของการรักษาเริ่มด้วย Pilocarpine 2% ทุก 6 ชั่วโมง ยานี้จะออกฤทธิ์หดรูม่านตาทำให้ม่านตาเปิดช่วยให้การไหลเวียนออกของน้ำในช่องหน้าม่านตาดีขึ้นและออกฤทธิ์อยู่ได้ 4-8 ชั่วโมง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยก็คือ ปวดศีรษะ นอกจากนี้อาจเพิ่ม Timolol 0.5 % หยอดเช้า เย็น ในรายที่ผู้ป่วยให้ยา Pilocarpine แล้วมีอาการตามัวมากเนื่องจากรูม่านตาหดและมีภาวะต้อกระจกอยู่ ยานี้จะลดการสร้างน้ำเลี้ยงตาออกฤทธิ์นาน 12 ชั่วโมงแต่ยาอาจมีผลข้างเคียงคือ เกิดอาการแพ้บริเวณเปลือกตา กระจกตาดำชาและแห้ง อาจทำให้เกิดอาการเหนียวหอบ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ และอาการมึนงง

การรักษาอาจให้ยาขับประทานควบคู่ไปด้วย ยาที่นิยมใช้ก็คือ Diamox ซึ่งเป็นยากลุ่ม Carbonic anhydrase inhibitor ลดการสร้างน้ำหล่อเลี้ยงตาโดยตรง ขนาดที่ให้ในผู้ใหญ่คือ 1 เม็ด (250 มิลลิกรัม) 4 ครั้งต่อวัน แต่ยานี้จะมีอาการข้างเคียงค่อนข้างมาก คือ มีอาการชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ไม่สบายท้อง ท้องเดิน การรับรสเสีย เกิดภาวะเป็นกรดในร่างกาย สูญเสียโปแตสเซียม เกิดโลหิตจางแบบ Aplastic anemia ในผู้ป่วยที่แพ้ยากลุ่มซัลฟาห้ามใช้ยากลุ่มนี้เพราะยามีส่วนผสมของซัลฟาปนอยู่

1.4.2 กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะควบคุมความดันตาได้ด้วยปริมาณยาที่สูงที่สุดหรือไม่สามารถทนต่อการให้ยาได้จะพิจารณาทำการรักษาด้วยเลเซอร์แบบอาร์กอน (Argon laser trabeculoplasty) ซึ่งเป็นการใช้เลเซอร์ยิงไปบริเวณส่วนกึ่งกลางค่อนไปทางข้างหน้าของ trabecular meshwork จะช่วยในการระบายน้ำเลี้ยงตาดีขึ้น ทำให้ความดันตาลดลงอยู่ได้นานอย่างน้อย 6-12 เดือนหลังจากนั้นถ้ายังไม่สามารถควบคุมความดันตาได้อีกจะพิจารณาใช้การผ่าตัด Trabeculectomy หรือการทำผ่าตัดอื่น เช่น การใส่ท่อสังเคราะห์เข้าช่องม่านตา (tube surgery) การจี้ Ciliary body ด้วยความเย็น (Cyclo cryotherapy) เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างทางเดินน้ำใหม่ โดยเป็นการระบายน้ำในช่องหน้าม่านตาผ่านกระบอกตาเข้าสู่ใต้เยื่อบุตา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคต้อหินหมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติคือ ความดันภายในตาสูง ทำให้เกิดการทำลายข้อประสาทตาเป็นผลให้ประสิทธิภาพของลานสายตาและความสามารถในการมองเห็นแย่งลงในที่สุด แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ต้อหินปฐมภูมิ และ ต้อหินทุติยภูมิ ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกทำการศึกษาในผู้ป่วยต้อหินปฐมภูมิจนชนิดเรื้อรังมาทำการศึกษา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมีความวิตกกังวลมากกว่าประชากรปกติ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

### 2.1 ความหมายของความวิตกกังวล

มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมายดังนี้

Zung (Zung, 1971: 371) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าความวิตกกังวลหมายถึง การแสดงอารมณ์ได้แก่ ความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีระดับที่รุนแรงจะทำให้มีความรู้สึกกลัวจนสุดขีดได้

Peplau (Peplau, 1963 อ้างในฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) หนึ่งในนักทฤษฎีพยาบาล กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตในรูปของพลังงานที่ไม่สามารถกำหนดหรือสังเกตได้โดยตรง

Spielberger (1976) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจเป็นทุกข์ หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้นเพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคง ปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นการประเมินหรือคาดคะเนของบุคคลแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคล ต่อเหตุการณ์ซึ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า

Freud (1936, cites by Keltner N,L., 1995: 428 ) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่มีลักษณะหวาดหวั่น ตึงเครียดและยุ่งยากไม่เป็นสุขที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน Id ที่ไม่สามารถตอบสนองต่อ Superego ได้ทำให้เกิดปฏิกิริยาสู้หรือหนี (Fight or Flight) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์คุกคามนั้นและความวิตกกังวลเป็นเสมือนศูนย์กลางของพัฒนาการทางบุคลิกภาพ

Bostrom and Schwecke (In Keltner et al., 1995: 424) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นการรับรู้ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการคุกคาม การสูญเสียและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ของแต่ละบุคคลก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการอัตมโนทัศน์ แหล่งสนับสนุน ความรู้ ภัยและประสบการณ์

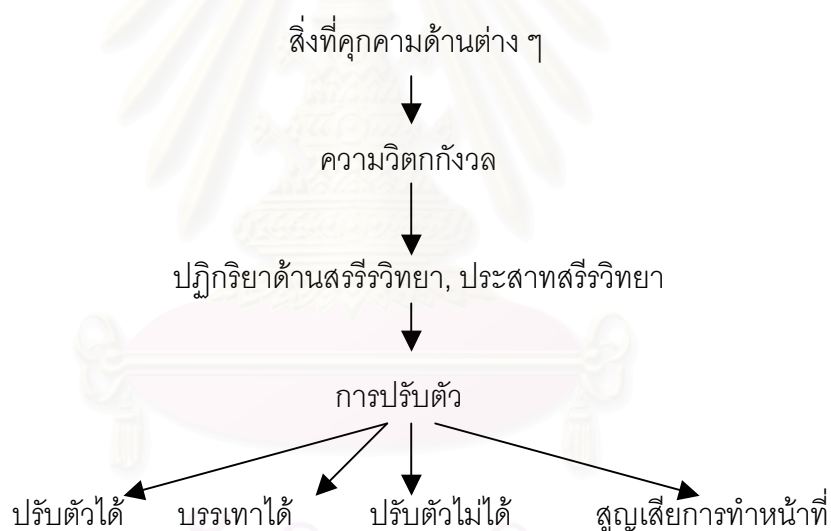
อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541: 140) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาพอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีความหวาดหวั่นอาจแสดงอาการออกมาทางร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรได้แน่นอน

กล่าวโดยสรุป ความวิตกกังวล คือ สภาวะอารมณ์ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากเกิดขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคามตกอยู่ในอันตรายและไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดความหวาด

หวั่น ตึงเครียด ไม่เป็นสุขและ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโดยการแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์

## 2.2 สาเหตุของความวิตกกังวล

Bostrom and Schwecke (in Keltner et al., 1995: 424) ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งที่คุณคัมบุคคลในหลาย ๆ ด้าน ดังนี้คือ 1) การถูกคุกคามภาวะสุขภาพ 2) การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเอง 4) การสูญเสียเกียรติและศักดิ์ศรี 5) สูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม 6) การสูญเสียบุคคลที่รัก 7) การสูญเสียความเป็นอิสระ และ 8) การถูกคุกคามเกี่ยวกับเป้าหมายในชีวิต เมื่อมีสิ่งที่คุณคัมเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลและเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาและประสาทสรีรวิทยา ทำให้บุคคลเกิดการปรับตัวซึ่งประกอบด้วยหลายระดับ คือ ปรับตัวได้ บรรเทาได้ ปรับตัวไม่ได้ หรือก่อให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ ซึ่งอาจแสดงเป็นขั้นตอนได้ดังนี้



นอกจากนั้นสาเหตุของความวิตกกังวลอาจแบ่งได้ตามสิ่งที่คุณคัมต่อบุคคลซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิดดังนี้ (ปาหนัน บุญหลง, 2528)

1) สิ่งที่คุณคัมด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่รบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต หรือมีผลให้ความสามารถของบุคคลลดลงตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการสู่วัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เหล่านี้เป็นสิ่งที่คุณคัมด้านร่างกายที่ทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น

2) สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งในผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความสูญเสียไม่ว่าจะเป็นเพื่อนฝูง คู่ชีวิต สถานภาพทางสังคม การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทันซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Verwoerdit, 1981 อ้างใน วชิราภรณ์ สุมนวงศ์, 2536: 24)

### 2.3 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger (1976) ได้จำแนกความวิตกกังวลตามลักษณะที่แสดงออกเช่นเดียวกัน โดยแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.3.1 ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญโดยเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำกว่า นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่สูงกว่าจะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำกว่า

2.3.2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างยิ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดในขณะนั้น โดยเมื่อมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่จะทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว้าวุ่น เครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแบบแฝง และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

### 2.4 ระดับของความวิตกกังวล (Level of Anxiety)

ระดับของความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกัน โดยมีผลดีและผลเสียตามระดับของความรุนแรง ซึ่งอาจแบ่งระดับของความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (Bostrom and Schwecke In Keltner et al., 1995: 426)

2.4.1 ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety level) เป็นความวิตกกังวลที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิ ความจำ ในการเรียนรู้ กระตุ้นให้เจริญเติบโตและทำให้บุคคลเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำให้ประสาท



สัมผัสรับรู้กว้างขึ้น ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะเอาชนะปัญหา สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติ จึงอาจพบการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรมได้บ้างเล็กน้อย เช่น กล้ามเนื้อโครงร่างตึงตัวขึ้น รูปร่างตาหดตัว สัญญาณชีพเพิ่มขึ้น หงุดหงิด เป็นต้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะหายไปอย่างรวดเร็ว โดยสามารถจะควบคุมจัดการตนเองได้ หรืออาจต้องการการสนับสนุนเพียงเล็กน้อยก็สามารถควบคุมสถานการณ์ได้

2.4.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้แคบลง บุคคลมักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน หรือรับสัมผัสต่าง ๆ แคบลง ถึงแม้การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาจะยังคงเหมือนเดิมแต่ประสิทธิภาพในการนึกคิดตัดสินใจไม่อยู่ในระดับที่สูงที่สุด แต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือ จะสามารถทำให้การรับรู้ดีขึ้นได้ การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่พบได้คือ ปวดศีรษะ ปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร ถ่ายปัสสาวะบ่อย เสียงสั่น กระวนกระวาย สีหน้าแสดงถึงความวิตกกังวล แต่อย่างไรก็ตามความวิตกกังวลในระดับนี้จะก่อให้เกิดการสร้างสรรค์แก่ชีวิต เช่น เดียวกับความวิตกกังวลในระดับต่ำเพราะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนมีความปรารถนา

2.4.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้การรับรู้ของบุคคลแคบมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนจากสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรับรู้ความละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดได้ จะสามารถรับรู้ได้เพียงบางส่วนไม่สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ บางรายอาจมีอาการงุนงง สับสน ควบคุมตนเองไม่ได้ ไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย พุดมากหรือพุดเร็ว เนื้อตัวและเสียงสั่น พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นลักษณะการโต้ตอบอย่างอัตโนมัติ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล อาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง นอนไม่หลับ สัญญาณชีพเพิ่มมากขึ้น ท้องเดิน หรือท้องผูก มีอารมณ์หงุดหงิด โหม่งง่าย เปลี่ยนแปลงง่าย

2.4.4 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic level) เป็นความวิตกกังวลแบบสุดขีด ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สูญเสียการรับรู้ต่อเหตุการณ์และการตื่นตัวแทบจะไม่มีเลย มีความคิดและรับสัมผัสที่ผิดปกติ ทำให้มีอาการหลงหรือมีประสาทหลอนเกิดขึ้นได้ แสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ไม่เคยกระทำ เช่น ร้องตะโกน กรีดร้องต่อสู้อ ทำร้าย แยกตัว มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เป็นระบบรูปร่างตาขยาย นอนไม่หลับ พุดไม่รู้เรื่อง อารมณ์หวาดกลัว โกรธ ก้าวร้าวอย่างรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น (Violence) ถ้าความวิตกกังวลระดับนี้ยังคงมีอยู่เป็นระยะเวลานาน

จะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้า อาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนคิดทำร้ายตนเอง และอาจถึงกับเสียชีวิตได้

## 2.5 ผลที่เกิดขึ้นตามมา (Consequences of anxiety)

ในขณะที่บุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองความวิตกกังวลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (สุวณีย์ เกียรติแก้ว, 2545: 171-175) ได้แก่

### 2.5.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1) การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา โดยแรงกระตุ้นจากสิ่งเร้าจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางคือ สมองและไขสันหลัง Thalamus และ Hypothalamus ไปยัง Cerebrum cortex ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและกระตุ้นใน Pituitary gland หลั่งฮอร์โมน Adrenocorticotrophic Hormone เพื่อช่วยให้ร่างกายต้านทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะถูกกระตุ้นจาก Cerebrum ให้ส่งแรงกระตุ้นต่อไปยัง Adrenal medulla ให้หลั่งสาร Epinephrine ซึ่งมีผลต่อร่างกายให้มีการตอบสนองในทางที่จะสู้หรือถอยหนี

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ในภาวะวิตกกังวลจะกระตุ้นให้มีการหลั่ง Epinephrine, Norepinephrine และฮอร์โมน Adrenocortical Hormone ออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย มีการขับสารพวกน้ำตาลออกมามากขึ้นและมีผลต่อกล้ามเนื้อ และการสร้างเสริมลักษณะเพศชาย

3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย และปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าสูงมากถึงระดับรุนแรงและรุนแรงมากที่สุด จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน จากการศึกษาของซุง (Zung, 1971 : 371-372, วิจารณ์ วิชัยยะ, 2523 : 20-33) ได้สรุปอาการสำคัญของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ คือ

3.1) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว ปวดกล้ามเนื้อ เมื่อยล้า โดยเฉพาะบริเวณต้นคอ บั้นเอว และศีรษะ ไม่มีแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนเกิดความเจ็บป่วย

3.2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่ม เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดบริเวณมือและเท้าหดตัวทำให้มือเท้าซีดเย็น รู้สึกร้อนที่ใบหน้า

3.3) ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่ม หายใจถี่ และลึกผิดปกติ มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ อึดอัดบริเวณหน้าอก ถอนหายใจบ่อย

3.4) ระบบทางเดินอาหาร มีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เบื่ออาหาร บางรายรับประทานมาก

3.5) ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ถ่ายปัสสาวะบ่อย ความสามารถทางเพศลดลง ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ

3.6) ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดงหรือซีด ู้สึกร้อน มือหรือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก

3.7) ระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการง่วงซึมง่าย สมาธิไม่ดี ความคิดมีนงง การรับรู้บกพร่อง นอนไม่หลับ หรือนอนไม่หลับสนิท ความจำลดลง

2.5.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความวิตกกังวลจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจ อารมณ์จะเปลี่ยนเร็ว ใจต่อสิ่งกระตุ้น ตื่นตัวดี มีความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว ตื่นตระหนก ตกใจ มีความตึงเครียด ไม่สบายใจ ไม่เป็นสุขไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจว่าจะแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็วทำให้ขาดสติ ในการพิจารณาไตร่ตรองสภาวะที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด

2.5.3 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม บุคคลมักจะแสดงออกแบบอัตโนมัติ ที่พบบ่อย ๆ คือ หงุดหงิด โมโหง่าย และโกรธ ซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกนี้สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1) มีการแสดงออกของพฤติกรรม (Acting out behavior) บุคคลจะแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย พุดจาชวนทะเลาะ กระสับกระส่าย

2) มีอาการทางกาย (Somatizing) เป็นการลดภาวะวิตกกังวล โดยเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ เช่น โรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะจากความเครียด หอบหืด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

3) มีอาการชะงักงัน อยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) พฤติกรรมการแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นอาการเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

4) มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจ ถึงสาเหตุของความวิตกกังวล (Using the anxiety in the service of learning) และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้ เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลหาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัดไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์ เช่น เมื่อไม่ได้อ่านหนังสือก่อนเข้าสอบ จะทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ ไม่สบายใจภายหลังสอบ ในครั้งต่อมาถ้าบุคคลนั้นไม่ต้องการมีประสบการณ์อย่างนั้นอีก ก็จะหาทางป้องกันโดยอ่านหนังสือก่อนสอบ

2.5.4 การเปลี่ยนแปลงด้านการสังเกต สมาธิ ความจำ และการเรียนรู้ จะมีการเปลี่ยนแปลงตามระดับความวิตกกังวล กล่าวคือความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยและปานกลางจะทำให้การ

รับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น สมาธิ ความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลระดับสูงและสูงมากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะไปในทางที่เลวลง เช่น ขาดความตั้งใจ หลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด สับสน ความคิดหยุดชะงัก เป็นต้น

## 2.6 การวัดระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันไปหลายประการ การวัดความวิตกกังวลจึงสรุปได้ 3 วิธีดังนี้

2.6.1 การวัดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต การขยายรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร (Mechanical Pulse Detective Plethysmography and Pulse) เป็นต้น การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบากเนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคลที่มีความวิตกกังวล นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2.6.2 การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยให้ตอบตามความรู้สึกของตนเองแล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ที่นิยมมากได้แก่

1) แบบสอบถามความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory ของ Speilberger ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวจะประกอบด้วย 2 ตอน คือแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) มี 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 10 ข้อและข้อความทางลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคะแนนรวมจะมีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน โดยคะแนนน้อยหมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนมากหมายถึง มีความวิตกกังวลสูง และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อประกอบด้วยข้อความทางบวก 13 ข้อ และข้อความทางลบ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คิดคะแนนเช่นเดียวกับแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (พิชญากา พิชะยะ, 2547: 32) สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำมาใช้หลายท่าน เช่น ศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2527) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยศัลยกรรมที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อน และเลาะหลอดเลือดคอในอุ้งอ้นทะ ทศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ก็ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้ในโรงพยาบาลในแผนกอายุรกรรม และสุกันยา ฉัตรสุวรรณ (2536) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยต่อกระดูกเช่นกัน

2) แบบสอบถามความวิตกกังวล Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung Anxiety Status Inventory นี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบสอบถามคือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตาม Zung รายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้ (พัฒนกร ทองคำ, 2547: 31)

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลโดยเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ของ Gaberson (1991) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของตนเอง มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร บนเส้นตรงนี้ จะมีการกำหนดความวิตกกังวล ตั้งแต่ไม่มีความวิตกกังวล ไปจนถึงการมีความวิตกกังวลมากที่สุด ตำแหน่งซ้ายมือสุดจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งขวามือสุดจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด สำหรับการประเมินความวิตกกังวลนั้น ผู้ถูกประเมินจะต้องทำเครื่องหมายลงบนมาตรวัด ตามความรู้สึกที่มีอยู่ขณะนั้น ให้คะแนนตามการวัดความยาว จากจุดที่ไม่มีความวิตกกังวลไปจนถึงที่ผู้ป่วยทำเครื่องหมายไว้ ผู้ที่มีคะแนนมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่มีคะแนนน้อย

2.6.3 การสังเกตจากพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการสังเกตถึงความแปรผันในด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหว การพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายการรับรู้ จากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกจากอารมณ์ภายใน เช่น การขาดสมาธิ หงุดหงิด นอนไม่หลับ การวัดจะใช้เครื่องมือที่สร้างขึ้นให้เหมาะสมตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (พิชญภา พิษะยะ, 2547: 45-46)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะอารมณ์ที่เป็นสัญญาณเตือนว่ามีการกระตุ้นที่มากขึ้น รู้สึกเหมือนถูกคุกคาม ไม่มั่นคงปลอดภัย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกคัดสรรตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) โดยได้เลือกวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยซึ่งเป็นความวิตกกังวลในบริบทของผู้สูงอายุโรคต่อหินสามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของ Spielberger ซึ่งลดดา สรณารักษ์ และคณะ (2538) ได้แปลและนำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลสูง

### 3. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคดื้อหิน

เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตึงเครียดไม่สบายใจ วิตกกังวลที่สุดส่วนหนึ่งก็คือ การที่อวัยวะรับความรู้สึกเสียหน้าที่ไป (Volicer and Bohannon, 1975) มีผู้ป่วยสูงอายุโรคดื้อหินเรื้อรังในประเทศญี่ปุ่นได้รายงานว่าตนเองมีความวิตกกังวลร้อยละ 60 (Uenishi et al., 2003) ส่วน Odberg et al. (2001) ได้ทำการศึกษาเช่นกันพบว่า ผลกระทบของผู้ป่วยที่เป็นโรคดื้อหินนั้นพบว่ามีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 47 และจากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคดื้อหินเรื้อรังจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบคือ มีความวิตกกังวล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรที่มีอายุน้อย (สิริพัชร์ รัตแพทย์, 2535)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกิดความเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายจิตใจและด้านสังคม ด้านร่างกายนั้นได้แก่ การทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายลดลง ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ทางด้านจิตใจและด้านสังคมเกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องเกษียณออกจากงานมาอยู่กับบ้าน จากบทบาทของผู้นำครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสถานภาพทางการเงิน เมื่อไม่ได้ทำงานการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง การออกงานในสังคมลดลง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับคุณค่าในตนเอง เกิดความหวาดหวั่นรู้สึกว่าถูกหลานให้ความเคารพน้อยลง ไม่มีบทบาทและความสำคัญในสังคมและประเทศชาติ เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต

ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ย่อมมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เจ็บป่วยจากทฤษฎีของความวิตกกังวลได้กล่าวไว้ว่า เพราะการเจ็บป่วยทางร่างกายนั้นทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิต ส่งผลให้ความสามารถของบุคคลลดลง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคดื้อหินเรื้อรัง มีความวิตกกังวลเช่นกันเนื่องมาจากสาเหตุหลาย ๆ ด้าน คือ (พัฒนาจากสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1) โรคที่คุกคามด้านร่างกาย เมื่อเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงก็ย่อมส่งผลให้เกิดความไม่สมดุล ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลงและลานสายตาแคบลงเรื่อย ๆ การดำรงชีวิตประจำวันมีความยากลำบาก อันเนื่องมาจากการมองเห็นที่ลดลง สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่คุกคามด้านร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคดื้อหินเกิดความวิตกกังวล และรบกวนต่อความพึงพอใจและความต้องการพื้นฐาน

2) สิ่งที่คุกคามความเป็นตนเอง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ การสูญเสียไม่ว่าจะเป็นเพื่อนฝูง คู่ชีวิต สถานภาพทางสังคม หรือเมื่อเป็นโรคที่เรื้อรังความสามารถในการ

มองเห็นลดลง ต้องมีภาวะพึ่งพา วิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต และภาวะตาบอด ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อสิ่งเหล่านี้ได้อย่างยากลำบาก

3) ถูกคุกคามจากสถานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องหยอดตา รับประทานยา อาจต้องได้รับการผ่าตัด และมาตรวจตามนัด เพื่อควบคุมความดันตา ซึ่งมีผลกระทบต่อสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย

4) ถูกคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ จากการที่มีการสูญเสียความสามารถในการมองเห็น อาจจะทำให้ตาบอด ช่วยตนเองได้น้อยเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีขึ้นกับตนเอง

5) ถูกคุกคามจากการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพและการติดต่อกับบุคคลอื่น เมื่อมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ทำให้การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนมีน้อยลง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล

6) ถูกคุกคามจากความอ้างว้างโดดเดี่ยว จากการที่ความสามารถในการมองเห็นลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพและการติดต่อกับบุคคลอื่น แยกตัวเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหิน มีความวิตกกังวลในหลายๆ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ความเป็นตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจ อัตมโนทัศน์ การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพ และความอ้างว้างโดดเดี่ยว ความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลโดยตรงต่อตัวของผู้สูงอายุ หากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุอาจปรับตัวได้ แต่หากความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมีอยู่ในระดับสูง หรือมีอยู่เป็นระยะเวลาช้านานก็อาจส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายเพิ่มขึ้นจากเดิม กรณีของผู้สูงอายุโรคต้อหินหากปล่อยให้ความวิตกกังวลมีมากขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีผลทำให้ความดันภายในตาสูงขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะตาบอดได้เร็วขึ้น

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

##### 4.1) ความหมายของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันคือ การกระทำกิจกรรมส่วนบุคคลของบุคคล เพื่อการดำรงชีวิตที่ทำได้จริง

ความสามารถในเชิงปฏิบัติแบ่งเป็น 2 ระดับใหญ่ ๆ คือ

4.1.1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ตัวอย่างเช่น การรับประทานอาหาร การล้างหน้าดูแลความสะอาดหน้าตาตนเอง การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ และ การอาบน้ำ เป็นต้น

4.1.2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีอุปกรณ์สิ่งของต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง (Instrumental activity of daily living) ตัวอย่างได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่ง การประกอบอาหาร การคิดเงินทอนเงิน ทำบัญชีเงินค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2547)

#### 4.2) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สามารถประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถทำหรือได้ทำกิจกรรมตามที่กำหนดหรือไม่ เครื่องมือที่นิยมใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

4.2.1) The Katz Index of ADL เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเอง และการรับประทานอาหาร

4.2.2) Barthel Index สร้างโดย Barthel and Mahoney เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย และการขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น

4.2.3) แบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นแบบสอบถามสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Barthel Index เพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย ประกอบด้วยกิจกรรมเช่นเดียวกับ Barthel Index ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันไดหนึ่งขั้น การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 ดัชนีจุฬาเอดีแอล (Chula ADL Index : CAI) เป็นแบบสอบถามกิจกรรมเชิงปฏิบัติเพื่อการดำรงชีวิตที่ซับซ้อนขึ้น สร้างขึ้นให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคมของคนไทย



โดยเฉพาะ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดิน หรือการเคลื่อนที่ออกจากบ้าน การทำหรือการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้านหรือซักผ้า การทอนเงินหรือการแลกเงิน และการใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว

ผู้สูงอายุโรคต้อหินจะถูกคุกคามจากภาวะการสูญเสียการมองเห็นและลายสายตา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่เป็นอิสระ การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุโรคต้อหินจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะนำปรับวางแผนการพยาบาลให้ผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ ดัชนีบาร์เทล เอดีแอล เป็นแบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมิติทุกด้าน และเหมาะสมกับลักษณะวัฒนธรรมและสังคมไทย จึงเหมาะสมมากกว่าแบบสอบถามอื่น ๆ

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

มนุษย์ประกอบด้วยสิ่งภายใน ได้แก่ ร่างกายและจิตใจในขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นส่วนประกอบภายนอก คนและสิ่งแวดล้อมต้องมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันตลอดเวลา ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ได้รับความช่วยเหลือในการแบ่งเบาภาระหน้าที่ ตลอดจนได้รับวัตถุประสงค์ของที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์ ซึ่งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่าง ๆ ซึ่งกันและกัน ดังนั้นมนุษย์จึงมีความต้องการสนับสนุนทางสังคมอยู่เสมอ แต่จะต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต

### 5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึ่งพอใจ ต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมที่ประกอบด้วย ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อ่อนแอกว่า การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน การพึ่งพากันและกัน การให้คำแนะนำ

Barrera (1981 อ้างใน กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542: 51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำ ข้อมูล ข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

House (1981 อ้างใน กฤติกาพร ไยโนนตาด, 2542 : 51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

House (1981) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้การยกย่องเห็นคุณค่า ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะทิศทาง และการใช้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่
- 3) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม
- 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งในการอยู่ร่วมสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นอยู่ร่วมในสังคม

## 5.2 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ทำให้มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีความหลากหลายแล้วแต่แนวคิดที่แตกต่างกัน ดังนี้

5.2.1 Personal Resource Questionnaire : PRQ สร้างโดย Brandt and Weinert (1981) เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) และมีการพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถามนี้เป็น PRQ-82 และ PRQ-85 แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ และความพึงพอใจที่ได้รับจากการช่วยเหลือ ส่วนที่สองเป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมตามชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการผูกพันใกล้ชิด ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วน

หนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ควมมีคุณค่าในตนเอง ด้านการมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น และการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น

5.2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างโดย House (1981) ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้านประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ด้านละ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมที่สูงหมายถึง การได้รับสนับสนุนทางสังคมมาก

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด อาจเป็นสิ่งของ แรงงาน การแนะนำและให้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุโรคติดต่อที่ต้องเผชิญกับภาวะการมองเห็นที่ลดลง การดำเนินชีวิตที่มีความยากลำบากมากขึ้น ต้องได้รับการหยอหดตา รับประทานยาและตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่ใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความจำเป็นยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดย House (1981) เนื่องจากมีการประเมินการช่วยเหลือสนับสนุนที่กะทัดรัดครอบคลุม และเหมาะสมต่อผู้ป่วยสูงอายุซึ่ง มธุรส จันทรแสงสี (2540) ได้นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สิ่งหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนมีเหมือนกันคือ ความต้องการขั้นพื้นฐานของชีวิต แม้ว่าระดับของความต้องการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคนความต้องการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความต้องการของบุคคลบุคคลที่ต้องการเป็นผู้เข้มแข็ง ต้องการได้รับความสำเร็จ ความมั่นใจที่จะเผชิญโลกและมีชีวิตอิสระเสรีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ เป็นปรากฏการณ์ของการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงอายุขัยของมนุษย์ โดยเริ่มตั้งแต่เป็นเด็กทารกหลังจากเกิดได้ไม่นาน เริ่มจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง กระบวนการพัฒนาของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และมีผลกระทบมากตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ กล่าวคือวัยรุ่นเป็นวัยวิกฤตที่มนุษย์มีความสับสนทางจิตมากที่สุด เพราะเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งบทบาทและการปรับตัวในสังคม เพื่อสร้างความเป็นเอกลักษณ์สำหรับวัยกลางคน และเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของร่างกายบางส่วน การเกษียณอายุจากการทำงานหรือเตรียมเกษียณอายุ

การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย สิ่งเหล่านี้มีผลให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในขณะที่วัยนี้ต้องการความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และต้องการความเคารพนับถือจากคนอื่น จึงอาจเกิดความรู้สึกไร้ค่า หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลงได้ (Taylor, 1982 อ้างในกฤติกาพร โยโนนตาด, 2542: 46)

### 6.1 ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือ การพิจารณาตัดสินค่าของตนของผู้สูงอายุโรคต้องหันตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเองโดยประเมินตนเองว่ามีความหมายและสามารถประสบความสำเร็จในการพึ่งตนเองและพอใจในตนเอง

### 6.2 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง การวัดความรู้สึกพึงพอใจในตนเองของบุคคลจึงกระทำได้ยาก แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้สร้างแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้หลายแบบ เช่น

#### 6.2.1 แบบสอบถาม Rosenberg self-esteem scale

แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่นิยมใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งได้รับการพัฒนาและปรับปรุงจนมีลักษณะกระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ เข้าใจง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แบบสอบถามนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ คะแนนสูงหมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง เมื่อเริ่มใช้ Rosenberg ได้นำไปใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97 ต่อมาได้มีผู้นำไปวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มอื่น เช่น วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปรากฏว่ามีความเหมาะสม เช่นกัน (กฤติกาพร โยโนนตาด, 2542: 48)

#### 6.2.2 แบบสอบถาม Self-esteem Inventory

Coopersmith ได้สร้างแบบสอบถามนี้โดยใช้รูปแบบของการรายงานตนเอง เขาได้สร้างแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3 ฉบับ คือ ฉบับนักเรียน (School form) ฉบับสั้น (School short form) และฉบับผู้ใหญ่ (Adult Form) ซึ่งเหมาะสมกับบุคคลที่มีอายุ 16 ปี ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ โดยมีข้อความทางบวก 8 ข้อ ข้อความทางลบ 17 ข้อ คะแนนที่สูงหมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สูง (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพราะเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงมากกว่าวัยอื่น หากผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงอาจเกิดภาวะสุขภาพจิตในทางลบ ก่อให้เกิดความวิตก

กังวลหวาดกลัว หากไม่สามารถปรับตัวได้จะเกิดเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต่อหินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg ซึ่ง Sasat et al. (2002) ได้แปลและแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามของ Rosenberg โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และผู้วิจัยนำมาปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคต่อหิน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ 1, 3, 7, 8, 10 และข้อความทางลบ จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 5, 6, 9 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยที่คะแนนที่ยิ่งสูงมาก หมายถึงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

## 7. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินตามกรอบแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (In Keltner et al., 1995) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับแนวคิดนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรและนำมาศึกษาได้แก่ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหินเรื้อรัง จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรคต่อหินอีกได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา และรายได้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้คือ

### 7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นคุณลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ปัจจัยด้านนี้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลส่งผลให้แต่ละบุคคลมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกันไป

#### 7.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พัฒนาการ การเจริญเติบโต และวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล (Phipps et al., 1980) ซึ่งส่งผลถึงความแตกต่างในการมองปัญหา การใช้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะที่สูงขึ้นย่อมสามารถเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประเมินสถานการณ์ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินเรื้อรังกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ

มากกว่า 60 ปี มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร (2525) ที่ทำการศึกษาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Barkan and Wilensky (1981) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชากรปกติพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย

#### 7.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

เพศเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล ตามปัจจัยทางพันธุกรรม เพศชายและหญิงนอกจากจะแตกต่างกันในด้านโครงสร้างของร่างกายแล้วยังมีความแตกต่างกันในด้านจิตใจด้วย (ศิริวรรณ วชิรวงศ์, 2536) จากการศึกษาของ มาลินี วงศ์สิทธิ์ (2529) พบว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Wykle and Musil cited in Smyer, 1993) เพราะส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ยของเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนมากเป็นหม้ายขาดคู่คิดผู้ปรึกษาด้านปัญหาต่างรวมทั้งปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkamp et al. (2004) ที่ศึกษาถึงความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อกระจกพบว่า เพศหญิง มีระดับความวิตกกังวลที่สูงกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) ที่ศึกษาถึงสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเพศหญิงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร (2525) ที่ทำการศึกษาปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งพบว่ามีความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยเพศหญิง มีปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย แต่จากการศึกษาของสิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ที่ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังจากกลุ่มตัวอย่าง 90 ราย ที่มารับการรักษาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจ และสังคมสูงกว่าประชากรปกติ โดยเพศชายมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศหญิง และเพศหญิงจะมีปัญหาด้านจิตใจที่รุนแรงกว่าเพศชาย นอกจากนี้เพศหญิงก็ยังมีความเสี่ยงกับการเกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย

#### 7.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

โดยทั่วไปการศึกษาเป็นองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้นุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ หรือชั้นทางสังคมแตกต่างกันออกไป

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา (Lazarus and Folkman, 1984 อ้างใน อรทัย สนใจุทธ, 2539) พบว่าบุคคลในสังคมส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามักมีความสามารถในการคิดจำแนก ประเมินไตร่ตรองใช้เหตุผลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า เพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ ความคิดแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองได้ดีกว่า จึงอาจส่งผลให้ผู้ที่มีการศึกษามีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ (อารีย์ ฟองเพชร, 2540) จากการศึกษาของ สงศรี จัยสิน และคณะ (2528) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley et al. (1983) ที่ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องคือ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

#### 7.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินชีวิต เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคลผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง (อารีย์ ฟองเพชร, 2540) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงานที่เคยทำ การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจดังกล่าว ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นซึ่งมีผลทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมไปด้วย มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากสภาวะทางเศรษฐกิจที่ลดลง ส่งผลให้เกิดความลำบากในการดำรงชีวิตในสังคม การพักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัด ทำให้การออกงานสังคมลดลงเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอจากการศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุนำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันจะมีความวิตกกังวลที่คล้ายกัน

#### 7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการมองเห็นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน ความดันตาที่สูงขึ้นจะทำให้ข้อประสาทตาถูกทำลาย ส่งผลให้มีความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาแคบลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ขาดโอกาสที่จะได้รับความสำเร็จในการดำรงชีวิต เกิดความรู้สึกด้อยค่า ต้องพึ่งพาผู้

อื่น ดังนั้น ผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่าจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลในระดับที่สูงกว่าส่งผลให้ผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำกว่ารู้สึกว่ามีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นดีกว่า (Uenishi et al., 2003) ซึ่งจากการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่าหรือมีความพิการทางสายตา 2 ข้างมีความรู้สึกวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการทางสายตาข้างเดียว

### 7.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเจ็บป่วยกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ความเจ็บป่วยทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางจิตในผู้ป่วยสูงอายุโดยส่งผลให้เกิดการแสดงอาการทางจิตมากขึ้น (Wykle and Musil cited in Smyer, 1993) จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาของความเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องกับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Phipps et al., 1980) และการเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถเป็นตัวทำนายภาวะการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Sherbourne and Hays, 1990 cited in Barron et al., 1994) นอกจากนี้ McFarland and Wisli (Cited In Shives, 1998) ยังกล่าวไว้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้นมาจากภาวะการเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Barkan and Wilensky (1981) ที่ทำการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาความเจ็บป่วยและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ที่พบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วยไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคต้อหิน

### 7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังอื่นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกายจะส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องมีการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต การรักษาจะช่วยให้อาการทุเลาลงหรือช่วยให้การดำเนินต่อไปของโรคเกิดช้าลง ชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องเผชิญอยู่กับความไม่แน่นอนในอนาคตว่าจะเกิดอะไรขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรังนี้จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอาจเป็นโรคต้อหินในระยะเวลาต่อมาได้ เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเวลานานจะมีเส้นเลือดเกิดขึ้นใหม่บนผิวของม่านตาแผ่กว้างอุดตาระงับที่มุมตาซึ่งเป็นทางออกของน้ำในช่องหน้าลูกตาทำให้น้ำเอเควียส์ไหลออกไม่ได้ความดัน



ลูกตาจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนตาบอดได้ในที่สุด (นิภา วัธนเวคิน, 2543: 228) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เป็นโรคของต่อมไทรอยด์ ผู้ที่นอนกรนมากจนหยุดหายใจ ความดันโลหิตสูง และผู้ที่มีสายตาสั้นก็มีโอกาสเป็นโรคต้อหินได้เช่นกัน (สกาวัฒน์ คุณาวิศรุต, 2548: 91 และ Coleman, 1999) จากการศึกษามาตรการคัดกรองและความชุกของโรคต้อหินในผู้สูงอายุพบว่าโรคเบาหวาน และ Vascular disease เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคนี้เช่นกัน (วจิต ตูจิงดา และคณะ, 2545) นอกจากนี้ Metah et al. (2003) ได้ทำการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การได้ยินบกพร่อง มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีปัญหาการนอนไม่หลับนั้นจะมีอาการแสดงของความวิตกกังวลมากกว่าประชากรวัยสูงอายุที่ไม่มีปัญหาดังกล่าว

### 7.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมักมีความสามารถในการมองเห็น และลายสายตาแคบลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงก่อให้เกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิต (Coleman, 1999) ดังนั้นผู้ที่มีภาวะฟุ้งพามักจะมีความรู้สึกวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้มากกว่า จากการศึกษาของ Odberg et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคต้อหินที่มีความสามารถในการมองเห็นลดลง มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน คือ การอ่านหนังสือ การเดินขึ้นลงบันได การดูทีวี การขับรถมากที่สุดตามลำดับ ซึ่งอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้ของ Brenes et al. (2005) ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการแสดงของความวิตกกังวล อาการดังกล่าวจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การยกของและการทำความสะอาดบ้านด้วย

### 7.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านต่าง ๆ ของตนเอง ซึ่งจะมีผลส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Barron et al., 1994) โดยธรรมชาติบุคคลทุกวัยจะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มีมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความสามารถในการพึ่งตนเองจึงลดน้อยลง ดังนั้นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุสอดคล้องกับคำว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ แก้ปัญหาได้ตรงจุด หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ได้

มากขึ้น โดยรวมการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดี (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530: 5, 47)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน คือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เงินทอง สิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) ส่วนสุดาวัลย์ สายสืบ (2536) ที่ทำการศึกษาดัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสูง และสามารถบอกความแตกต่างของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้

### 7.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลพิจารณาคุณค่าของตนเองตามความรู้สึกและทัศนคติที่มีต่อตนเองโดยประเมินตนเองว่ามีความหมายและสามารถประสบความสำเร็จในการพึ่งตนเอง (Phipps et al., 1980) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะเกี่ยวข้องกับการเป็นอิสระ ไม่พึ่งพาใคร มีความเชื่อมั่นในตนเองมาก มีภาวะจิตใจที่มั่นคงมีวุฒิทางอารมณ์สูง มีความวิตกกังวลน้อย รับรู้ได้ถึงความสำเร็จ ส่วนบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะมีความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล หวาดกลัว ท้อแท้และเก็บตัว ไม่ชอบแสดงตน ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ ผลที่เกิดตามมาคือ สุขภาพเสื่อมลง เปื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวังรู้สึกโกรธตัวเองจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด นอกจากนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพจิต จะแสดงออกทางบุคลิกภาพโดยที่บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีบุคลิกภาพและสุขภาพจิตในทางบวก ในทางตรงกันข้าม เมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำก็จะมักบุคลิกภาพและสุขภาพจิตในทางลบ (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539: 54)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเปลี่ยนแปลงมากในวัยสูงอายุ เพราะเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุถูกหลานจะแยกครอบครัวออกไป การต้องเกษียณออกจากงาน รวมทั้งการสูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองทำให้เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัว หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดเป็นภาวะเจ็บป่วยทางจิตขึ้นได้ (สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536: 25) จากการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสูง

จากการคัดสรรตัวแปรตามกรอบแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) และจากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ได้ปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนคือ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) รายได้ 5) ความสามารถในการมองเห็น 6) ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหีน 7) จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ 8) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 9) การสนับสนุนทางสังคม และ 10) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่า เพศหญิงน่าจะมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ความสามารถในการมองเห็นและระดับการศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น และอายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ส่วนรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหีน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

## 8. บทบาทของพยาบาลและแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหีนที่มีความวิตกกังวล

สำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหีนต้องการการดูแลรักษา และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรู้จักดูแลตนเองเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคเลวลงจนถึงตาบอด และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหีนจึงควรเป็นการส่งเสริมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนสามารถดูแลตนเองได้โดยที่ให้ความวิตกกังวลน้อยที่สุดสามารถทำได้โดยใช้ระบบการพยาบาลที่อาจนำมาใช้เพื่อเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ ได้แก่ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งพยาบาลจะทำหน้าที่ทั้งผู้ให้คำแนะนำ ผู้สอน เป็นที่ปรึกษา ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและเข้าใจถึงคุณค่าของการดูแลตนเอง (นิภา วัฒนเวคิน, 2543 : 224-228) โดยบทบาทของพยาบาลมีดังนี้

### 8.1) บทบาทการให้ความรู้

การให้ความรู้ทั้งในเรื่องโรคและการรักษาควรเริ่มตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อหีน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคต่อหีนซึ่งอาจทำให้ตาบอด แต่สามารถป้องกันได้โดยการรักษาและการดูแลตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ทั้งนี้ควรให้ผู้ป่วยได้รับทราบว่าการรักษาต่อหีนนั้นจะเป็นเพียงการควบคุม อาการของโรคไม่ให้เลวลง แต่ไม่อาจทำให้พยาธิสภาพที่สูญเสียไปนั้นกลับคืนสู่สภาพปกติได้

เนื้อหาการสอนผู้ป่วยโรคต้อหินมีดังนี้

8.1.1) การหยอดตา สำหรับวิธีการหยอดตาที่มีประสิทธิภาพอาจใช้ Fraufelder's technique โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้จับดิ่งหนังตาล่างออกมาข้างหน้าจนเกิดกระพุ้งตาที่ขอบล่าง (cul-de-sac) ผู้ป่วยเหลือบตามองขึ้นด้านบน บีบยาหยอดตาลงในกระพุ้งตา โดยไม่ให้ปลายขวดยาหยอดตาสัมผัสตมูกตา ทิ้งไว้สักครู่แล้วจึงหลับตาลง พร้อมกับยกหนังตาล่างที่จับตั้งอยู่นั้นขึ้นเล็กน้อย เพื่อช่วยปิดตา ใช้นิ้วชี้กดหัวตา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของยาสูงสุด ถ้ามียาหยอดตาหลายชนิดที่ต้องหยอดเวลาเดียวกัน ต้องเน้นไม่ให้ผู้ป่วยหยอดตาพร้อมกัน ยาแต่ละชนิดต้องหยอดห่างกันอย่างน้อย 5-10 นาที และหยอดเพียงครั้งละ 1 หยด เพื่อไม่ให้ความเข้มข้นของยามากเกินไป หลังการหยอดตา ให้หลับตาและกดหัวตาประมาณ 5 นาที เพื่อเพิ่มการดูดซึมของยาหยอดตาเข้าสู่ช่องหน้าลูกตา และลดการดูดซึมเข้าทางกระแสเลือด ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยบางคน

8.1.2) การรับประทานยา ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยารับประทานเพื่อลดความดันลูกตา ควรแนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยขับแคลเซียมที่จะตกตะกอนในไตซึ่งอาจก่อให้เกิดนิ่ว แต่ควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำครั้งละมาก ๆ เพราะอาจทำให้ความดันลูกตาเพิ่มสูงขึ้นได้

8.1.3) การดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรแนะนำให้ผู้ป่วยปรับการดำเนินชีวิต ไม่เร่งรีบ ไม่เครียด หรือฉุนเฉียว และการที่ผู้ป่วยต้อหินมักมีลานสายตาแคบลง จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยว่า เวลาจะมองอะไรควรหันศีรษะไปในทางที่จะมองทุกครั้ง และควรเดินอย่างระมัดระวัง มีการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น โดยสถานที่ภายในบ้าน เครื่องใช้ควรจัดให้เป็นระเบียบ เพิ่มสี ความเข้ม และมีแสงสว่างเพียงพอ เพราะผู้ป่วยโรคต้อหินจะมองเห็นในที่สลัวยาก เนื่องจากรูม่านตาหดเล็กลงจากการใช้ยารักษาต้อหินบางชนิด

8.1.4) การออกกำลังกาย ในรายผู้ป่วยต้อหินที่เกิดจากเยื่อภายในลูกตาเสื่อม ควรจำกัดการออกกำลังกาย เช่น ห้ามเล่นโยคะ ห้ามก้มเงยบ่อย ๆ ไม่ยกของหนัก เพราะอาจเกิดการเสียดสีระหว่างเปลือกแก้วตากับม่านตาทำให้เยื่อตาที่อยู่บนผิวของเปลือกหุ้มแก้วตาหลุดลอยมาอุดตามทางระบายน้ำเอควียสได้

8.1.5) อาหาร ควรรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไขมัน อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลให้น้อยลง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีผลต่อเส้นเลือดบริเวณตาส่วน วิตาตามินเอ มีความสำคัญมากในการบำรุงตา การขาดวิตามินเอมีผลต่อลานสายตานั้นควรหลีกเลี่ยงการดื่มของมึนเมา ชา หรือกาแฟ (อารี สุจินต์สกุล, 2542: 8)

8.1.6) การขยับถ่าย ผู้สูงอายุควรมีการฝึกการขยับถ่ายให้เป็นปกติ หากเกิดอาการท้องผูก อาจทำให้ต้องเบ่งถ่าย ทำให้เกิดภาวะความดันภายในตาสูงขึ้นส่งผลต่อการมองเห็นอาจทำให้ตาบอดได้ (อารี สุจิตินัสกุล, 2542: 8)

8.1.7) อารมณ์ ผู้สูงอายุที่มักมีอารมณ์อ่อนไหว วิดกกังวลได้ง่าย จะส่งผลให้ความดันตาสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง (อารี สุจิตินัสกุล, 2542: 8)

## 8.2) บทบาทการสนับสนุน

จากภาวะโรคต้อหินซึ่งต้องการการดูแลรักษาเป็นเวลานาน การกระตุ้นส่งเสริมสนับสนุน และเอื้ออำนวยประโยชน์ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ และคงความพยายามในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้น อาจเป็นคำพูด หรือ กิริยาท่าทางของพยาบาล หรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย เช่น การรับฟังปัญหาของผู้ป่วย อย่างสนใจ สอบถามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วย การให้กำลังใจ การชมเชย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบำบัดที่เคยปฏิบัติ เช่น การนั่งสมาธิ การนวดเพื่อผ่อนคลาย เป็นต้น ซึ่งต้องเลือกให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย

สำหรับผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมักพบว่ามีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือจากการที่มีโรคอื่นร่วมอยู่ด้วย ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติมีมากขึ้น และอาจสลับซับซ้อนมากขึ้น จึงควรช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนบุคคลในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย อันจะช่วยเพิ่มความรู้สึกถึงควมมีคุณค่าของตนเอง จากบุคคลที่ตนรักและคาดหวังให้กับผู้ป่วย

ในกรณีที่การรักษาไม่ได้ผล มีการสูญเสียการมองเห็นทั้งหมด อาจก่อให้เกิดปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาถูกทอดทิ้ง เป็นต้น การสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ตลอดจนการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่าได้

นอกจากนี้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับบุคคลอื่น หรือการมีกลุ่มช่วยเหลือกันจะเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และยังสามารถลดอาการของโรคต้อหินได้ เพราะได้มีการศึกษาพบว่า การแยกตัว ความซึมเศร้า กังวล อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันลูกตาสูงขึ้น

แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยต้อหินให้เกิดความเข้าใจ ร่วมมือในการรักษา และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเองลดความวิตกกังวล อันจะช่วยป้องกันภาวะตาบอด อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยต้อหินมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

### 8.3) บทบาทในการป้องกัน

นอกจากบทบาทการให้ความรู้ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคต้อหินมีการดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งมีสุขภาพที่ดีแล้ว การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคต้อหิน ยังเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ควรตระหนักถึง ดังนี้ คือ

8.3.1 ควรตรวจร่างกายประจำปี และควรได้รับการตรวจวัดความดันตาโดยจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติต้อหินในครอบครัว ผู้ที่มีสายตาสั้นมาก ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคต่อมธัยรอยด์ และผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (สกวรัตน์ คุณาวิศรุต, 2544)

8.3.2 ไม่ควรซื้อยาหยอดตาใช้เอง เพราะหากใช้ยาที่ผสมสเตียรอยด์เป็นเวลานานอาจทำให้ความดันตาสูงขึ้นหรือหากนำยาบางชนิดที่ทำให้รูม่านตาขยายไปใช้ อาจทำให้เกิดต้อหินชนิดมุมเปิดเฉียบพลันขึ้นได้

8.3.3 หลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุบริเวณดวงตา เพราะอาจทำให้เกิดเลือดออกในช่องหน้าลูกตาซึ่งเลือดจะไปเพิ่มปริมาณภายในลูกตาและอุดทางระบายน้ำหรือในกรณีที่ไม่มีการเลือดออกเมื่อทิ้งไว้เป็นเวลานานอาจทำให้ความดันตาสูงขึ้น ดังนั้นถ้ามีประวัติการกระแทก หรือการถูกตีแฉกบริเวณตาควรพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจตาเป็นระยะ

8.3.4 ผู้ป่วยเบาหวาน ควรได้รับการตรวจรักษาจากจักษุแพทย์และมีการควบคุมโรคที่ดี เพราะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานเป็นเวลานาน จะมีเส้นเลือดเกิดขึ้นใหม่บนบริเวณผิวม่านตาแผ่กว้าง อุดตะแกรงที่มุมตาซึ่งเป็นทางออกของน้ำในช่องหน้าลูกตาทำให้น้ำเอเควียส ไหลออกไม่ได้ ความดันลูกตาจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนตาบอดในที่สุด

8.3.5 เมื่อมีอาการปวดตา ปวดศีรษะ ตาแดง สายตามัวลงเร็ว ควรรีบไปพบจักษุแพทย์

ผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีการมองเห็นที่ลดลง บางคนมองเห็นในระยะใกล้ บางคนลานสายตาแคบลงมีภาวะสายตาสั้นหรือมีภาวะตาบอด มักมีภาวะความวิตกกังวลกลัวตาบอด รู้สึกเศร้าที่ต้องสูญเสียการมองเห็นพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดควรมีความเข้าใจ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยและควรมีบทบาททั้ง 3 ด้านคือ บทบาทการให้ความรู้ การสนับสนุนและบทบาทการป้องกัน ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด

ความวิตกกังวล นับเป็นอารมณ์พื้นฐานและเป็นส่วนหนึ่งของอารมณ์อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดทั้งประโยชน์และโทษ ความวิตกกังวลในระดับต่ำเป็นตัวกระตุ้นที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ช่วยให้มีความตั้งใจและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วง ในขณะที่ความวิตกกังวลระดับรุนแรงจะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น และประสิทธิภาพในตัวบุคคลลง สภาพอารมณ์ที่หวั่นไหวตึงเครียดติดขัดเหล่านี้ ทำให้บุคคลพยายามปรับตัวหลายลักษณะทั้งปกติและผิดปกติ ซึ่งอาจรุนแรงต่อเนื้อกลายเป็นโรคจิต ประสาท ดังนั้นความเข้าใจในชีวิต ระดับและรูปแบบการแสดงออก

ของความวิตกกังวล จะช่วยเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน ควบคุมความวิตกกังวล และสามารถให้การช่วยเหลือเพื่อลดระดับความวิตกกังวลเมื่อเกิดความรุนแรงขึ้นได้

สุวณีย์ เกี่ยววักแก้ว (2544) และอุบล นิวัติชัย (2528) ได้เสนอแนวทางที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

- 1) ตระหนักว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะความวิตกกังวล โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยปกติ สงบดี กลับมีอาการรบกวนวุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง พุดมากขึ้น เป็นต้น หากผู้ป่วยมีอาการข้างต้นพยาบาลควรตระหนักว่าผู้ป่วยเริ่มมีภาวะความวิตกกังวล
- 2) ศึกษาว่าก่อนมีพฤติกรรมเหล่านี้ มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง และเหตุการณ์เหล่านั้นมีความหมายอย่างไรกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ อาจกลัวว่าตนกำลังถูกทิ้ง จะมีภาวะความวิตกกังวลมากกว่าปกติ
- 3) แสดงท่าทียอมรับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย ไม่ตำหนิพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพียงใดก็ตาม ท่าทีที่สงบของพยาบาล การรับฟังอย่างตั้งใจของพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยได้มาก และเป็นการบอกกล่าวผู้ป่วยว่าพฤติกรรมแสดงออกของผู้ป่วยนั้นพยาบาลมีความเข้าใจ ยอมรับ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ
- 4) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองกำลังอยู่ในภาวะความวิตกกังวล โดยที่พยาบาลจะต้องแสดงท่าทียอมรับผู้ป่วยก่อน พยาบาลที่มีความเข้าใจผู้ป่วยเท่านั้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและสถานการณ์ได้มากขึ้น เป็นการให้ประสบการณ์ที่ดีกับผู้ป่วย
- 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะความวิตกกังวล กระตุ้นให้เผชิญกับภาวะที่มาคุกคามตนเอง ที่ทำให้เกิดภาวะความวิตกกังวล
- 6) ในขณะที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญกับภาวะคุกคาม พยาบาลช่วยลดภาวะความวิตกกังวลอื่นที่ไม่จำเป็นลง
- 7) ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพลังงานส่วนเกินที่เกิดจากภาวะความวิตกกังวลให้เป็นไปในทางที่สร้างสรรค์ เพราะในภาวะวิตกกังวลจะมีพลังงานเกิดขึ้นมาก ทำให้ไม่อยู่นิ่ง ถ้าปล่อยให้เฉยๆ ก็จะมีหงุดหงิดโมโหชวนทะเลาะ การกระทำต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยต้องใช้แรงงานอาจช่วยลดพลังงานลงได้ และหาทางให้ผู้ผู้ป่วยได้เล่าระบายความแค้น
- 8) ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความวิตกกังวลโดยวิธีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้
  - 8.1) เปิดโอกาสให้บุคคลนั้นได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่าง ๆ

8.2) แนะนำการลดความวิตกกังวลโดยวิธีอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และยังเป็นสิ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้นด้วย

8.3) ใช้วิธีการทำสมาธิซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้บุคคลมีความสงบสุขและลดความวิตกกังวลได้ และยังช่วยให้ร่างกายมีการทำงานที่ดีขึ้น ดังการศึกษาของ นที เกื้อกุลกิจการ (2531) ได้ทำการศึกษาผลของอานาปานสติต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย พบว่าภายหลังจากการฝึกอานาปานสติ 16 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก

8.4) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวล จากการศึกษา พบว่ากล้ามเนื้อและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ความวิตกกังวลจะไม่สามารถอยู่ได้ ถ้ากล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายอย่างแท้จริง

8.5) การสัมผัส (Therapeutic touch) เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังที่ ทศนีเย์ เชื่อมทอง (2542) ได้ทำการศึกษา ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแกร็บไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัสจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่า เพราะการสัมผัสเป็นการแสดงถึงการอนุญาตและการกระตุ้นให้ผู้ถูกสัมผัสได้ระบายความรู้สึกอัดอั้น เพื่อช่วยให้บรรเทาและเข้าใจปัญหานั้น

9) การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเป็นการชี้แนะและประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วย การให้ข้อมูลเป็นการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยได้ทราบเข้าใจและประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีขึ้นจึงสามารถลดความวิตกกังวลได้ ดังที่ อรทัย สนใจยุทธ (2539) ได้ทำการศึกษา ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความวิตกกังวลภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ น้อยกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10) การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาเพื่อให้บุคคลเข้าใจอารมณ์ความวิตกกังวล และพฤติกรรมของตนจะได้อย่างควบคุมอาการหรือแก้ไขความวิตกกังวลนั้นได้ การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยานี้เน้นให้ผู้ที่มีความวิตกกังวลได้เข้าใจความวิตกกังวลและพฤติกรรมของตน มีหลักสำคัญคือการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับการปรึกษา ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจและยอมรับผู้ให้คำปรึกษา เป็นผลให้กล้าพูดระบายความรู้สึก

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อหิ้นมีความวิตกกังวลมากกว่าประชากรปกติ พยาบาลมีบทบาทในหลาย ๆ ด้านที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ได้แก่



บทบาทการให้ความรู้ การสนับสนุนและบทบาทการป้องกันโรค นอกจากนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นแล้วพยาบาลยังมีบทบาทที่สำคัญที่สุด คือการให้การพยาบาลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดอันตรายขึ้นกับผู้ป่วย

## 9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหินและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

### 9.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อหิน

เพ็ญศรี สำราญเวทย์ (2533) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต่อหินในผู้ป่วยที่เป็นต่อหินมุมปิดปฐมภูมิที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากจักษุแพทย์ จำนวน 100 คน จากภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคต่อหินมุมปิดปฐมภูมิที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้แก่ การมีประวัติเป็นโรคต่อหินในครอบครัว ประวัติการดื่มสุรา การดื่มกาแฟ การดื่มชา และการมีความเครียด ส่วนสถานที่ทำงานพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรค

ชวลี โสมิตทาภิวัฒน์ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิด Self care ของ Orem กับกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ และคณะ (Ever et al., 1985) และประเมินภาวะสุขภาพที่สร้างโดย Denyes (1980) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองและคะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างสูง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้

สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ได้ทำการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถาม กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมสูงกว่าประชากรปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชาย มีความวิตกกังวลมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และผู้ป่วยที่มีความพิการทางสายตา 2 ข้างมีความรู้สึกซึมเศร้าและความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีความพิการทางสายตาข้างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุจินดา ริมศรีทองและคณะ (2536) ได้ทำการศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต่อหिनที่มารับการรักษาที่คลินิกต่อหिनหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุโรงพยาบาลรามาริบัติ กับกลุ่มตัวอย่าง 126 รายโดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่อหिनอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 43.7 ระดับไม่ดีจำนวนร้อยละ 30.2 ระดับดีมีเพียงร้อยละ 26.1 ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและหยอดยาพบว่ามีความสม่ำเสมอร้อยละ 83.3 เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลร้อยละ 36.4 และรองลงมาคือ กลัวตาบอดร้อยละ 31.1 มีผู้ป่วยใช้ยาไม่สม่ำเสมอร้อยละ 16.7 ซึ่งมีสาเหตุจากการลืมมากที่สุดร้อยละ 32.4 รองลงมาคือ งานยุ่งร้อยละ 17.8 นอกจากนั้นจากการต้องใช้ยาหลายชนิด สิ้นเปลืองเวลาในการหยอดตา และใช้แล้วเสปตามีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 8.8

สุชาติดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหिनเรื้อรังรวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ทางบวกที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสัมพันธภาพและอิทธิพลด้านสถานการณ์ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหिनเรื้อรังโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดีและสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อหिनเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหिनเรื้อรังที่มีปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นประจำด้วย

นภาพร พรหมคำขาว (2541) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหिनชนิดเรื้อรัง โดยใช้กรอบแนวคิดของเบคเกอร์กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะตาบอด การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ชนิษฐา คุณส่วง (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหिनปฐมภูมิมุมเปิด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง 51 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการ

สนับสนุนจากพยาบาลและญาติ ครั้งละ 45-60 นาทีรวม 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือนแล้วใช้แบบสอบถามเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ธีรา พงษ์พานิช (2543) ได้ทำการศึกษาคู่มือตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคต่อหินโรงพยาบาลราชวิถี กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมีการดูแลตนเองในระดับดี การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาสถานภาพสมรสและอาชีพ สามารถร่วมกันทำนุบำรุงการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหิน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สินี ยมาภัย (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคต่อหินมุมเปิดชนิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวอย่าง 198 รายโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่อหินมุมเปิดชนิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุ คือ การที่มีประวัติการเป็นต่อหินในครอบครัว การมีประวัติชื่อยาหยอดตาใช้เอง เคยประกอบอาชีพเกษตรกรรมและกรรมกร การดื่มกาแฟและการมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง

สุกัญญา ศรีสง่า (2547) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดปฐมภูมิกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจตาโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 170 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจำนวน 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากเจ้าหน้าที่ เก็บข้อมูล 3 ครั้งคือ ระยะเวลาก่อนทดลอง ระยะเวลาติดตามผลครั้งที่ 1 (1-3 เดือน) และครั้งที่ 2 (3 เดือน) ผลการศึกษพบว่าในระยะเวลาติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านปัจจัยต่างๆ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีโอกาสที่จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Rendell (2000) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคต่อหิน จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ในโรงพยาบาลประเทศอังกฤษ โดยเปรียบเทียบวิธีการให้ความรู้โดยมีการปฏิสัมพันธ์กับการสอนในผู้ป่วยโรคต่อหินมุมปิด แล้ววัดความรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังจากได้รับการสอนเพิ่มขึ้น แต่การสอนโดยใช้ปฏิสัมพันธ์นั้นไม่แตกต่าง

Odberg et al. (2001) ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากโรคต่อหินต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในประเทศนอร์เวย์ จากกลุ่มตัวอย่าง 589 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่จัดส่งให้ถึงบ้าน ผลการ

วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 กล่าวว่า การเรียนรู้ลดลงหลังจากที่ป่วยเป็นโรคต่อหีน ส่วน 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า จะต้ออดและร้อยละ 14 ของกลุ่มตัวอย่างมีการมองเห็นที่ไม่ดี ซึ่งอัตราส่วนจะมากตามอายุ 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ยาหยอดตาได้รับผลข้างเคียงจากยาในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนั้น 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับความรู้ในเรื่องโรค สาเหตุ และอาการของโรค ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะรายงานถึงความไม่พอใจในชีวิตมากกว่าคนที่อายุมากกว่า และเพศหญิงจะรู้สึกว่ไม่พึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศชาย

Unishi et al. (2003) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนในประเทศญี่ปุ่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการมองเห็นดีกว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการมองเห็นลดลงอย่างมากและการสูญเสียความหวังของชีวิตในอนาคตเป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Balo et al.(2004) ได้ทำการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต่อหีนในเขตนอกเมือง Togo ของฝรั่งเศส จากกลุ่มตัวอย่าง 767 คน โดยใช้แบบสอบถามชนิดปลายเปิด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรค และทราบว่าอาจต้ออดได้ ร้อยละ 61.5 มีผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 56.1 ที่ไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของแพทย์ที่อยู่นอกเมือง

## 9.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ

สุกันยา ฉัตรสุวรรณ (2528) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อหีนระยะจก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคต่อหีนระยะทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุวิทยาสามัญของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย กลุ่มทดลอง 30 รายกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนปกติ หลังจากนั้นเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของกุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้วิจัยร่วมกับผลผสมแบบสอบถามความวิตกกังวลของซุง (Zung) ที่มีชื่อว่า The Self Rating Anxiety Scale และแบบสอบถามความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ ที่มีชื่อว่า The State -Trait Anxiety Inventory A-State Scale ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อหีนระยะจกหลังได้รับการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่มต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลก่อนได้รับการสอนและต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วชิราภรณ์ สุมนวงศ์ (2536) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 136 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวลของ Zung ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอยู่ในระดับต่ำ และความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ลดา สรณารักษ์ (2538) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลขอนแก่น กับกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย โดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.82 มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนอายุอาชีพ สาเหตุของการเกิดโรค แสงสว่าง ความกลัวการผ่าตัด ความกลัวการเจ็บปวด และการไม่สามารถออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลดา สรณารักษ์ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์และวิธีการเปิดเทปต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 ราย โดยใช้แบบสอบถามวัดระดับความวิตกกังวลของ Spielberger ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยวิธีการใช้กลุ่มสัมพันธ์ มีค่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้สุขศึกษาโดยการฟังเทปและวิธีการกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถสรุปได้ว่าวิธีการสอนสุขศึกษาด้วยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์สามารถทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้และได้ผลดีกว่าวิธีการเปิดเทปให้ผู้ป่วยฟัง

ทัศนีย์ เชื้อมทอง (2542) ได้ทำการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรมและเปรียบเทียบผลของการสัมผัส เพื่อการดูแลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 180 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 2 กลุ่มและกลุ่มทดลอง 4 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการ สัมผัสเพื่อการดูแล 2 กลุ่ม และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพูดคุยโดยที่ไม่มีสัมผัส 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุแรกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก และพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัสเพื่อดูแลมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่มี

การวัดความวิตกกังวลก่อนให้การทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลมีผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับ ความวิตกกังวลมากกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการพูดคุยและผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลและไม่ได้รับการพูดคุยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่ได้รับการพูดคุยผลต่างของค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลและไม่ได้รับการพูดคุยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับในกลุ่มที่ไม่มีการวัดความวิตกกังวลก่อนให้การทดลองพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลมีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการพูดคุยและผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแลและไม่ได้รับการพูดคุยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่ได้รับการพูดคุยมีค่าเฉลี่ยของระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสัมผัสเพื่อการดูแล และไม่ได้รับการพูดคุย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 เช่นเดียวกัน

สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ์ (2544) ได้ทำการศึกษาอำนาจในการทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี จากเพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุคคล ที่มีความหมายในชีวิตที่เสียชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความว่าเหว่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปฏิบัติกิจทางศาสนา และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรีไม่น้อยกว่า 2 ปี นับถึงวันที่เก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 196 คน ผลการวิจัยพบว่า ความว่าเหว่ การให้และรับการอภัยจากผู้อื่น การปฏิบัติกิจทางศาสนาและการรับรู้ความหมายและเป้าหมายในชีวิตสามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 29.9 โดยการให้และรับการอภัยกับผู้อื่นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออำนาจในการทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้สูงอายุสูงสุด

แสวง ปัญญาดี (2544) ได้ทำการศึกษาผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต่อกระดูกต่อกระดูก ความวิตกกังวล และพฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับชุดข้อมูลมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Himmelfarb et al. (1984) ได้ทำการศึกษาอุบัติเหตุการฉีกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนของเมือง Kentucky จำนวน 2,051 ราย พบว่า อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา สุขภาพกาย และโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง

Mehta et al. (2003) ได้ทำการศึกษาอุบัติเหตุการฉีกและความสัมพันธ์ของอาการแสดงของ

ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนซึ่งมีสุขภาพดี กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,041 ราย โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับอาการแสดงของความวิตกกังวลในช่วง 1 อาทิตย์ที่ผ่านมา ซึ่งดัดแปลงมาจาก Hopkins Symptom Checklists ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 43 มีความวิตกกังวลร่วมกับภาวะซึมเศร้าด้วย และอาการแสดงของความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีปัญหาการเลี้ยงดูที่ไม่ดี การได้ยินบทพร้อง มีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีปัญหาอนอนไม่หลับ และผู้ที่ไม่ม่บุคคลให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านอารมณ์

Nijkam et al. (2004) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อกระดูกในประเทศเนเธอร์แลนด์ กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน โดยใช้แบบสอบถาม The State Trait Anxiety Inventory (STAI) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลจะอยู่ในระดับสูงที่สุดในช่วงก่อนผ่าตัด และจะลดลงหลังจากได้เข้ารับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่จะเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ เพศ รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และผู้ที่มีความวิตกกังวลชนิดแฝงสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความวิตกกังวลสูงกว่าประชากรปกติและยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินโดยใช้กรอบแนวคิดของ Bostrom and Schwecke (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงได้คัดสรรตัวแปรเพิ่มเติมจากกรอบแนวคิดของ Bostrom and Schwecke คือ ปัจจัยส่วนบุคคลมาศึกษาเพิ่มเติม ซึ่งปัจจัยคัดสรรทั้งหมดแสดงได้ดังกรอบแนวคิด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย





## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประเภทศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ได้รับการรักษาโดยการหยอดตาหรือรับประทานยา โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) และลานสายตา (Visual field)

##### กลุ่มตัวอย่าง

##### 1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ได้รับการรักษาโดยการหยอดตาหรือรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันตาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) และลานสายตา (Visual field) ซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1.1 ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความวิตกกังวลผิดปกติ
- 1.2 การรับรู้เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ
- 1.3 สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- 1.4 ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย

##### 2. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike ( อ้างอิงในบุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547: 209) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ คือ

$N = 10K + 50$  ( $N$  = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง,  $K$  = จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา)

ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ก็คือ  $10(11) + 50 = 160$  คน

### 3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ คือ

3.1 สุ่มโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคลินิกโรคต่อหินทั้งหมดซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการและโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

#### 3.2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่สังกัด ดังนี้

3.2.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า สุ่มมา 1 ใน 2 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลศิริราช สุ่มมา 1 ใน 2 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลรามาริบัติ

3.2.3 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลราชวิถี สุ่มมา 1 ใน 2 โรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ได้โรงพยาบาลราชวิถี

ผลจากการสุ่มได้โรงพยาบาลทั้งหมด 3 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติและโรงพยาบาลราชวิถี

3.3 สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคต่อหินที่มารับการตรวจที่คลินิกต่อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุในแต่ละโรงพยาบาลที่ได้รับการสุ่มตามสัดส่วนประชากรที่มารับการตรวจจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เข้ามารับการตรวจที่คลินิกต่อหินในเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ของแต่ละโรงพยาบาลและนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนเท่ากัน ได้จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)	วันที่เก็บ ข้อมูล
ราชวิถี	240	46	73	16, 20, 23, 27 กุมภาพันธ์ 2549
รามธิบดี	160	31	50	3, 10, 17, 24 มีนาคม 2549
พระมงกุฎเกล้า	120	23	37	6, 13, 20 มีนาคม 2549
รวม	520	100	160	

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยกำหนดเลือกผู้ป่วยคนเว้นคน โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2549 จนกระทั่งครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งจำนวนรวมทั้งหมด คือ 160 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและ แบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งมีโครงสร้างเป็น 2 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ แบบสอบถามความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาความเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วย

**ตอนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวล ดังนี้

**2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ สุทธิชัย

จิตะพันธ์กุลและคณะได้แปลขึ้น และได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 85-86) มาใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อซึ่งมีรายการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้จริงในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า แปรงฟัน การหิวผม การโกนหนวด การใช้ห้องสุขา การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นปัสสาวะ และอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติเองได้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับการพึ่งพาและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งแบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุไทย พบว่ามีความเชื่อมั่นสูง การแปลผลคะแนนมาก หมายถึงมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูง แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้คือ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-8 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับ

ต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9-11 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับ

ปานกลาง

คะแนนรวม 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับสูง

## 2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่

สร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ House (1981) โดยมธุรส จันทร์แสงสี (2540) ซึ่งได้นำไปใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครและผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 โดยที่แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-8

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-10

การสนับสนุนด้านทรัพยากร 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-14

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ คือ

มาก หมายถึง ให้ 4 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมี

ความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ให้ 3 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ให้ 2 คะแนน ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นน้อย

ไม่ได้รับ หมายถึง ให้ 1 คะแนน ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 14-56 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

มาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก จะมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 43-56 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01-4.00)

ปานกลาง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง จะมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 29-42 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01-3.00)

น้อย หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะมีค่าคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.00)

**2.3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** โดยผู้วิจัยปรับปรุงจาก Sasat, et al. (2002) ที่แปลและแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามของ Rosenberg (1965) โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 7, 8, 10 และข้อความทางลบ จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 5, 6, 9 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยที่

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือเกือบตลอด

มาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนั้นมากหรือบ่อยครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนั้นเกิดขึ้นบางครั้งแต่ไม่บ่อย

เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนั้นเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนาน ๆ

ครั้ง

ไม่มี หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย

ข้อความทางบวกนั้นคำตอบมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คำตอบไม่มี มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อความทางลบ คำตอบมากที่สุดจะมีค่า 1 คะแนน คำตอบไม่มี มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน โดยที่คะแนนที่ยิ่งมากหมายถึงมีความรู้สึกมีคุณค่า

ในตนเองสูง ซึ่งแบ่งระดับได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-23 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.33) หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 24-36 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.34-3.67) หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 37-50 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.68-5.00) หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง

**2.4 แบบสอบถามความวิตกกังวล** เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberg ที่ ลดา สรณารักษ์ และ ชุศรี วัชรสุขโพธิ์ (2538) ได้นำไปใช้วัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกก่อนผ่าตัดผ่านการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.93 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อได้แบ่งระดับความรู้สึกออกเป็นระดับต่าง ๆ 4 ระดับ คือ

ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้

มีเล็กน้อย หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย

มีค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก

มีมาก หมายถึง ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มาก

ข้อความที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 คะแนนเรียงจากระดับไม่มีความรู้สึกเลยจนกระทั่งมีมากเป็น 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ

ข้อความที่มีความหมายทางลบ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 คะแนนเรียงจากระดับไม่มีความรู้สึกเลยจนกระทั่งมีมากเป็น 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

คะแนนจะอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีความวิตกกังวลน้อย ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้

20-50 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-2.00) หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ

51-65 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01-3.00) หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

66-80 คะแนน (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01-4.00) หมายถึง ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เนื่องจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมิได้นำแบบประเมินนี้ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวล ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคต่อหินจำนวน 6 ท่าน ได้แก่

- 1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน
- 1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอนและดูแลผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 1 ท่าน
- 1.3 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน
- 1.4 อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคต่อหิน จำนวน 1 ท่าน
- 1.5 พยาบาลผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 2 ท่าน

ในครั้งนี้ได้ค่า Content Validity Index เท่ากับ 0.81 และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องความชัดเจน ความซ้ำซ้อนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 2-4 ดังนี้

### ตารางที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความที่ควรปรับปรุง	ข้อความที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 3 ท่านได้รับความอบอุ่นใจและรู้สึกปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง	-ท่านรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นใจเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน/ บุคคลรอบข้าง
ข้อที่ 10 ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ	-ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องต่อหินเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ
ข้อที่ 13 มีผู้สนับสนุนด้านการเงินแก่ท่าน	-มีผู้ช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่าน
ข้อที่ 14 มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน	-มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปภูธรนอกบ้าน

### ตารางที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 โดยภาพรวมท่านมีความพอใจในตัวเองระดับใด	-โดยภาพรวมท่านมีความพอใจในตัวเอง
ข้อที่ 3 ท่านรู้สึกว่ามีประโยชน์ต่อครอบครัวและผู้อื่น	-ท่านรู้สึกว่ายังทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้
ข้อที่ 5 ท่านรู้สึกว่าตัวท่านไม่มีอะไรมากพอที่นำภาคภูมิใจ	-ท่านรู้สึกว่าตัวท่านไม่มีคุณค่าพอที่นำภาคภูมิใจ
ข้อที่ 9 หลายครั้งที่ท่านรู้สึกท้อแท้ในชีวิต	-หลายครั้งที่ท่านรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต

### ตารางที่ 4 แบบสอบถามความวิตกกังวล

ข้อคำถามที่ควรปรับปรุง	ข้อคำถามที่ปรับปรุงหลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ
ข้อที่ 1 ท่านรู้สึกสงบ	-แม้ท่านจะเป็นโรคต่อหินท่านก็ยังรู้สึกจิตใจสงบ
ข้อที่ 3 ท่านรู้สึกตึงเครียด	-ท่านรู้สึกตึงเครียดเมื่อเป็นต่อหิน
ข้อที่ 4 ท่านรู้สึกเสียใจ	-ท่านรู้สึกเสียใจเมื่อเป็นต่อหิน
ข้อที่ 14 ท่านรู้สึกอึดอัด	-ปัจจุบันท่านรู้สึกคับข้องใจ
ข้อที่ 15 ท่านรู้สึกผ่อนคลาย	-ถึงแม้ว่าท่านเป็นโรคต่อหินแต่ท่านก็รู้สึกผ่อนคลาย
ข้อที่ 16 ท่านรู้สึกพึงพอใจ	-ท่านรู้สึกพึงพอใจในขณะที่ท่านเป็นโรคต่อหิน

ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในกาวิจัยครั้งนี้



1.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวล ที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคต้อหิน ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจำนวน 30 ราย ในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติในระหว่างวันที่ 9 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .895 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ .866 และแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ .902 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีเดิม ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวลเท่ากับ .863 .865 และ .938 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามในการทดลองใช้และฉบับใช้จริง จำแนกตามแบบสอบถาม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ขั้นทดลองใช้ (N=30)	ใช้จริง (N=160)
แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	.895	.863
แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.866	.865
แบบประเมินความวิตกกังวล	.902	.938

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการ หัวหน้างานการพยาบาลและหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุของโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลราชวิถีและ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล แล้วทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามธิบดี ใช้เวลา 3 สัปดาห์ในการพิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์จึงอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เวลา 2 สัปดาห์ในการพิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์จึงอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้เวลา 2 สัปดาห์ในการพิจารณาโครงการวิทยานิพนธ์จึงอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยจึงนำหนังสืออนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวไปติดต่อโดยการเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ตามวันและเวลาที่มีคลินิกต่อหิน ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลหมุนเวียนกันไป ดังนี้

วันจันทร์                      โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เวลา 12.00-15.00 น.

วันจันทร์และวันพฤหัสบดี      โรงพยาบาลราชวิถี เวลา 11.00-15.00 น.

วันพฤหัสบดีและวันศุกร์      โรงพยาบาลรามธิบดี เวลา 11.00-15.00 น.

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 16 กุมภาพันธ์ ถึง 24 มีนาคม พ.ศ. 2549

รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการอ่านให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินตามคุณสมบัติพึงเป็นรายชื่อ ในสถานที่ที่กำหนด โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุโรคต้อหินยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแต่ละส่วนให้ผู้สูงอายุฟังและให้เลือกตอบ พร้อมกับผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้องและเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีและทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบจำนวนทั้งสิ้น 160 คน ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 160 ชุด หลังจากนั้นจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลรามาศิริ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชวิถีและคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยเป็นไปตามกฎเกณฑ์ในเรื่องการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและระหว่างการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกว่าคุณกรบกวนกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการสอบถามต่อไปจนเสร็จ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 13 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. นำข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วย มาแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ

2. นำข้อมูล อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้ป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมอง เห็นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยหาค่าความสัมพันธ์การจรณ์ (Contingency Coefficient) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square Test) ที่ ระดับ .05

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาริบัติดีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 160 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 6

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 7-8

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 9-13

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 14-15

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.65$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ขณะนี้ไม่รู้สึกรู้สึกระคาย (  $\bar{x} = 3.24$  ) รองลงมาคือ ไม่รู้สึกรู้สึกระคาย (  $\bar{x} = 3.19$  ) และไม่รู้สึกรู้สึกระคาย (  $\bar{x} = 3.16$  ) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าแต่ละข้อมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รู้สึกชีวิตยังมีคุณค่า (  $\bar{x} = 2.31$  ) รองลงมาคือ รู้สึกจิตใจสงบ (  $\bar{x} = 2.33$  ) และมีความเชื่อมั่นในตนเอง (  $\bar{x} = 2.35$  )



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อหิน จำแนกเป็น อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n= 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
อายุ			71.31	6.88
60-69 ปี	48	48.75		
70-79 ปี	68	42.50		
80 ปีขึ้นไป	14	8.75		
เพศ				
ชาย	54	33.75		
หญิง	106	66.25		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	9	5.63		
ประถมศึกษา	93	58.12		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	37	23.13		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	17	10.62		
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.50		
รายได้ บาท/เดือน			5,453	3,298
ไม่เพียงพอ	35	21.87		
เพียงพอ	92	57.50		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	33	20.63		
แหล่งที่มาของรายได้				
บุตรหลาน	91	56.88		
บำนาญ	35	21.87		
เงินเก็บ	12	7.50		
ทำงาน	36	22.50		



จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำนวน 160 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.75 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.25 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.12 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.50 และผู้สูงอายุมีรายได้จากบุตรหลานให้ คิดเป็นร้อยละ 56.88

**ตารางที่ 8** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน และจำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน (n = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{x}$	SD
<b>ความสามารถในการมองเห็น</b>				
สายตาสปกติ	8	5.00		
สายตาสใกล้เคียงปกติ	74	46.25		
สายตาสเลือนราง	53	33.13		
ตาบอด	25	15.62		
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน</b>			6.81	5.83
0-5 ปี	100	62.50		
6-10 ปี	21	13.13		
11-15 ปี	6	3.75		
15 ปีขึ้นไป	33	20.62		
<b>จำนวนโรคเรื้อรังอื่น</b>			1.59	.87
ไม่มีโรค	10	6.25		
1 โรค	87	54.37		
2 โรค	40	25.00		
3 โรค ขึ้นไป	23	14.38		
<b>จำแนกเป็น (ตอบได้หลายข้อ)</b>				
ความดันโลหิตสูง	78	48.75		
เบาหวาน	45	28.12		
ไขมันในเลือดสูง	25	15.62		
อื่นๆ	23	14.37		

จากตารางที่ 8 กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นอยู่ในระดับสายตาใกล้เคียงปกติ คิดเป็นร้อยละ 46.25 และมีภาวะตาบอด คิดเป็นร้อยละ 15.62 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 0-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 54.37 และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.75 ตามลำดับรองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 28.12

### ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

#### 3.1 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 160)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง	3	1.87
ระดับสูง	157	98.13

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 98.13 และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 1.87 ตามลำดับ โดยที่ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับต่ำ

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ  
โรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ (n = 160 )

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหาร		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	2	1.25
ปฏิบัติเองได้	158	98.75
2. การแต่งตัว		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	2	1.25
ปฏิบัติเองได้	158	98.75
3. การเคลื่อนย้าย		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	3	1.90
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	4	2.50
ปฏิบัติเองได้	153	95.60
4. การใช้ห้องสุขา		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	3	1.87
ปฏิบัติเองได้บ้าง	6	3.75
ปฏิบัติเองได้	151	94.38
5. การเคลื่อนที่		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	3	1.90
ปฏิบัติเองได้เล็กน้อย	9	5.60
ปฏิบัติเองได้	148	92.50
6. การสวมใส่เสื้อผ้า		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	2.50
ปฏิบัติเองได้	156	97.50
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	5	3.10
ต้องการผู้ช่วย	6	3.80
ขึ้นลงเองได้	149	93.10

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวน และร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ (n = 160 )

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
8. การอาบน้ำ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	3	1.90
ปฏิบัติเองได้	157	98.10
9. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ		
ไม่สามารถปฏิบัติได้	4	2.50
ปฏิบัติเองได้	156	97.50
10. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ		
ปฏิบัติเองได้บ้าง	3	1.90
ปฏิบัติเองได้	157	98.10

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามรายชื่อพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรมได้ทุกข้อ กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองสูงสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารและการแต่งตัว คิดเป็นร้อยละ 98.75 รองลงมาคือ การอาบน้ำและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 98.10 ส่วนกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองต่ำที่สุด ได้แก่ การเคลื่อนที่ คิดเป็นร้อยละ 92.5 รองลงมาคือ การใช้ห้องสุขา คิดเป็นร้อยละ 94.38

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.2 ผลการวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยสูงอายุโรคไต

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคไต จำแนกรายด้าน (n = 160)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์	3.44	3.35	สูง
ด้านการประเมินค่า	3.01	2.31	สูง
ด้านทรัพยากร	2.80	4.18	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.54	1.76	ปานกลาง
โดยรวม	2.94	0.24	ปานกลาง

จากตารางที่ 11 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้สูงอายุโรคไตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.94$ ) และเมื่อพิจารณาตามรายด้าน ด้านอารมณ์และด้านการประเมินค่าอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.44$  และ  $3.01$ ) ส่วนด้านทรัพยากรและด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.80$ , และ  $2.54$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้าน อารมณ์ ด้านการประเมินตนเอง ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายชื่อ (n =160 )

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD	ระดับ
<b>1. ด้านอารมณ์</b>			
มีผู้ให้ความนับถือและยกย่อง	3.58	.599	สูง
ได้รับความรัก ความเข้าใจจากบุตรหลาน	3.47	.663	สูง
รู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ	3.45	.699	สูง
มีผู้ให้ความสนใจ ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ	3.39	.635	สูง
มีผู้รับฟังระบายความรู้สึก	3.31	.762	สูง
<b>2. ด้านการประเมินค่า</b>			
มีผู้เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น	3.19	.77	สูง
มีผู้ชมเชยที่สามารถออกกำลังกาย และทำกิจกรรมได้	2.96	.77	ปานกลาง
มีสุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกาย และทำกิจกรรมได้	2.90	.77	ปานกลาง
<b>3. ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>			
มีผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง	2.54	.88	ปานกลาง
มีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคต้อหิน	2.54	.88	ปานกลาง
<b>4. ด้านทรัพยากร</b>			
มีผู้รับภาระแทนเมื่อไปธุระนอกบ้าน	3.00	1.17	ปานกลาง
มีผู้เตรียมซักผ้าหรือเครื่องแต่งกาย	2.81	1.38	ปานกลาง
มีผู้ให้การช่วยเหลือในการเดินทางไปธุระนอกบ้าน	2.73	1.26	ปานกลาง
มีผู้ช่วยเหลือด้านการเงิน	2.68	1.00	ปานกลาง
โดยรวม	2.94	0.24	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.64$ ) ถ้าพิจารณารายด้านพบว่าด้านอารมณ์ทุกข้อรายการอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.31 - 3.58$ ) ส่วนด้านการประเมินค่าโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.01$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ( $\bar{x} = 3.19$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีสุขภาพแข็งแรง ออกกำลังกายและทำกิจกรรมได้ ( $\bar{x} = 2.90$ ) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองข้อ ( $\bar{x} = 2.54$ ) และด้านทรัพยากรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อเช่นกัน ( $\bar{x} = 2.68 - 3.00$ )

**ตารางที่ 13** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหิน จำแนกตามรายข้อ (n=160 )

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. รู้สึกน่านับถือ	3.35	0.72	ปานกลาง
2. พึงพอใจในตนเอง	3.34	0.83	ปานกลาง
3. รู้สึกดีต่อตนเอง	3.33	0.82	ปานกลาง
4. ยังทำประโยชน์ได้	3.29	0.74	ปานกลาง
5. รู้สึกมีคุณค่าเท่ากับคนอื่น	3.18	0.80	ปานกลาง
6. สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น	3.05	0.95	ปานกลาง
7. มีความภาคภูมิใจ	2.71	1.08	ปานกลาง
8. หลายครั้งรู้สึกตนเองยังมีสิ่งดี	2.60	1.04	ปานกลาง
9. ไม่รู้สึกเศร้าใจเมื่อนึกถึงสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	2.49	1.18	ปานกลาง
10. ไม่รู้สึกท้อแท้	2.44	1.14	ปานกลาง
รวม	2.97	0.93	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ ( $\bar{x} = 2.44 - 3.35$ ) ข้อคำถามทางที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกตนเองน่านับถือ ( $\bar{x} = 3.35$ ) รองลงมาคือ โดยภาพรวมรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ( $\bar{x} = 3.34$ ) และรู้สึกดีต่อตนเอง ( $\bar{x} = 3.33$ ) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	-.088	.271
รายได้	-.186	.018
ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต่อหิน	-.023	.680
จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ	-.277	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.245	.002
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	-.273	.000
ด้านอารมณ์	-.196	.013
ด้านการประเมินค่า	-.375	.000
ด้านข้อมูลข่าวสาร	-.239	.002
ด้านทรัพยากร	-.082	.300
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.586	.000

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์พบว่า รายได้ จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.186, -.277, -.245, -.273$  ตามลำดับ) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .586$ ) แต่อายุ และระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต่อหินไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่าด้านอารมณ์และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกว่าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.196, -.239$  ตามลำดับ) ส่วนด้านการประเมินค่านั้นมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.375$ ) โดยที่การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 15** ค่าความสัมพันธ์ประสิทธิ์การจรรยา (Contingency Coefficient) ไคสแควร์ (Chi - Square Test) ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ตัวแปร	ต่ำ		ปานกลาง		C	Chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>1. เพศ</b>							
ชาย	37	23.12	17	10.62	.12	2.41	.12
หญิง	58	36.25	46	28.75			
<b>2. ระดับการศึกษา</b>							
ไม่ได้เรียน	4	2.50	5	3.12			
ประถมศึกษา	49	30.62	42	26.25	.25	10.73	.03
มัธยมศึกษา	23	14.37	14	8.75			
ปริญญาตรี และสูงกว่า	19	11.87	2	1.25			
<b>3. ความสามารถในการมองเห็น</b>							
สายตาสปกติ	11	6.96	2	1.25			
สายตาสใกล้เคียงปกติ	41	25.94	19	11.87	.23	8.29	.04
สายตาสเลือนราง	25	15.82	26	22.74			
ตาบอด	18	11.39	16	10.12			

จากตารางที่ 15 พบว่าระดับการศึกษาและความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $c = .25$  และ  $.23$ ) ส่วนเพศไม่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลงานวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) แบบศึกษาความสัมพันธ์ (Correlation study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต้อหิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหิน ได้รับการรักษาโดยการหยอดตาหรือรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันตาอย่างต่อเนื่องมาแล้วไม่ต่ำกว่า 3 เดือน โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) หรือลานสายตา (Visual field) ซึ่งมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะความวิตกกังวลผิดปกติ
2. การรับรู้เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ
3. สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thordike (อ้างอิงในบุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547: 209) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย แบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ
- 2) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ Barthel ADL Index ที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้สร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ
- 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบประเมินของ มธุรส จันทร์แสงสี (2540) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดของ House (1981) จำนวน 14 ข้อ
- 4) แบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยพัฒนาจาก Sasat, et al. (2002) ที่แปลและแปลย้อนกลับจากแบบสอบถามของ Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ
- 5) แบบสอบถามความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามของ ลดา สรณารักษ์ และ

ชูศรี วัชรสุขโพธิ์ (2538) ซึ่งแปลจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger (1970) จำนวน 20 ข้อ มาปรับใช้

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับคำจำกัดความ จำนวนภาษา ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคต่อหีนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามความวิตกกังวล เท่ากับ .895, .866, .902 ตามลำดับ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 160 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงอีกครั้งด้วยวิธีเดียวกัน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .863, .865 และ .938 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการอ่านแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังและเลือกตอบ จำนวน 160 คน ในคลินิกต่อหีน แผนกตรวจผู้ป่วยนอก จักษุ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างวันที่ 16 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2549 รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ จึงได้ข้อมูลครบทั้งหมด 160 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window Version 13 (Statistical Package for the Social Science for Window Version 13) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency Coefficient) โดยทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสถิติไคสแควร์ (Chi - Square Test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยมีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง

2. เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อหีน จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนดังนี้ คือ

- 2.1 อายุและจำนวนโรคเรื้อรังอื่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

2.2 รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

2.3 เพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

### สรุปผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.65$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ขณะนี้ไม่รู้สึกตื่นตื้นง่าย ( $\bar{x} = 3.24$ ) รองลงมาคือ ไม่รู้สึกตื่นตระหนก ( $\bar{x} = 3.19$ ) และไม่รู้สึกกระสับกระส่าย ( $\bar{x} = 3.16$ ) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ รู้สึกชีวิตยังมั่นคง ( $\bar{x} = 2.31$ ) รองลงมาคือ รู้สึกจิตใจสงบ ( $\bar{x} = 2.33$ ) และมีความเชื่อมั่นในตนเอง ( $\bar{x} = 2.35$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังอื่น พบว่า

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 160 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.75 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.25 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.12 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 57.50 และผู้สูงอายุมีรายได้จากบุตรหลานให้คิดเป็นร้อยละ 56.88

กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นอยู่ในระดับสายตาสายตาใกล้เคียงปกติ คิดเป็นร้อยละ 46.25 และมีภาวะตาบอด คิดเป็นร้อยละ 15.62 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 0-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.50 ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 54.37 และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.75 ตามลำดับ รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 28.12

3. ผลการวิเคราะห์ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหินพบว่า

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต่อหินโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาตามรายข้อพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละกิจกรรมได้ทุกข้อ กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองสูงสุด ได้แก่ การรับประทานอาหารและการ

แต่งตัว คิดเป็นร้อยละ 98.75 รองลงมาคือ การอาบน้ำและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 98.10 ส่วนกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้เองต่ำที่สุด ได้แก่ การเคลื่อนที่ คิดเป็นร้อยละ 92.50 รองลงมาคือ การใช้ห้องสุขา คิดเป็นร้อยละ 94.38

3.2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.94$ ) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.44$ ) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้ความนับถือและยกย่อง ( $\bar{x} = 3.58$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการรับฟังและระบายความรู้สึก ( $\bar{x} = 3.31$ )

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.01$ ) เช่นกัน เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ( $\bar{x} = 3.19$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านสุขภาพ การออกกำลังกายและทำกิจกรรมได้ ( $\bar{x} = 2.90$ )

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหิน มีการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.54$ ) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 เท่ากันทั้ง 2 ข้อ คือ คำแนะนำในการดูแลตนเองและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเรื่องโรคต้อหิน

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.80$ ) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีผู้รับภาระแทนเมื่อไปธุระนอกบ้าน ( $\bar{x} = 3.00$ ) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการมีผู้ช่วยเหลือด้านการเงิน ( $\bar{x} = 2.68$ )

3.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคต้อหินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.97$ ) เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ พบว่าข้อคำถามทางที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ รู้สึกตนเองน่านับถือ ( $\bar{x} = 3.35$ ) รองลงมาคือ โดยภาพรวมรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ( $\bar{x} = 3.34$ ) และรู้สึกดีต่อตนเอง ( $\bar{x} = 3.33$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือไม่รู้สึกท้อแท้ ( $\bar{x} = 2.44$ ) รองลงมาคือไม่รู้สึกเศร้าใจเมื่อนึกถึงสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ ( $\bar{x} = 2.49$ ) และหลายครั้งรู้สึกตนเองยังมีสิ่งดี ( $\bar{x} = 2.60$ )

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน พบว่า

4.1 อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และเพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.1 2.2 และ 2.3 ตามลำดับ

4.2 ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $c = .25$ , และ  $.23$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.3

4.3 จำนวนโรคเรื้อรังอื่น รายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.277$ ,  $-.186$ ,  $-.245$ , และ  $-.273$  ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.1 และ 2.2 ตามลำดับ

4.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.586$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

จากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.65$ ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60- 69 ปี ถึงร้อยละ 48.75 ซึ่งเป็นวัยสูงอายุตอนต้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ไปในทางเสื่อมนั้นน้อยกว่าวัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและสังคมน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 98.13 แสดงให้เห็นว่ามีภาวะพึ่งพาต่ำ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีจึงส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และจากผลการศึกษายังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 57.5) จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันเพราะรายได้เป็นองค์

ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์เพื่อการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ฟองเพชร (2540) ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับสูง

ประกอบกับผู้สูงอายุโรคต้อหินในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรค ระหว่าง 0-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 62.5) และมีความสามารถในการมองเห็นใกล้เคียงปกติมากที่สุด (ร้อยละ 46.3) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับที่ไม่สูง ทั้งนี้โรคต้อหินนั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการสูญเสียการมองเห็นยิ่งมีความพิการทางสายตามากหรือมีระยะเวลาความเจ็บป่วยมากก็หมายถึงโรคที่เป็นรุนแรงมากขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) พบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยจะมีความรู้สึกวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการมองเห็นดีกว่า นอกจากนี้จาก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูง ร้อยละ 98.9 จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.94$ ) ซึ่งประกอบไปด้วยการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข่าวสารและ ด้านทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.44$ ) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางด้านอารมณ์มากขึ้น (Barron et al., 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุที่มักมีความเสื่อมถอยของร่างกายพึ่งตนเองได้น้อยลงจึงนับว่าการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษายังพบอีกว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินส่วนใหญ่มีความรู้สึกมีคุณค่าในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.97$ ) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางด้วย เพราะการที่บุคคลมีความรู้สึกมีค่าในตนเองยิ่งสูงนั้นจะทำให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ประสบความสำเร็จในการพึ่งพาตนเอง (Phipps et al., 1980) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาวลัย สายสืบ (2536) ว่าความรู้สึกมีค่าในตนเองมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่พบว่าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.65$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่สอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and

Schwecke โดยเมื่อพิจารณาตามแนวคิดสรุปได้ว่า สาเหตุของความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรค ต้อหินนั้นก็คือ การถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพ ความเป็นอิสระ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการจัดกระทำกับสาเหตุของความวิตกกังวลดังกล่าว เช่น การส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือการช่วยแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหิน จำนวนโรคเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.1 ที่กล่าวว่าอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินและไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่อธิบายว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีอายุมากหรือน้อยมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากวัยสูงอายุ ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ความวิตกกังวลยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ พัฒนาการ การเจริญเติบโตและวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล (Phipps et al., 1980) ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาอาจช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวและยอมรับสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นได้ถึงแม้ว่าจะต้องเผชิญกับโรคต้อหินที่ต้องหยอดตา ปฏิบัติตามคำแนะนำของจักษุแพทย์และต้องมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ มีโอกาสที่จะเกิดการสูญเสียความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535: 17) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีความวิตกกังวลที่ไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) ที่ทำการศึกษาศาขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งพบว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะอายุเท่าใดจะมีความวิตกกังวลไม่ต่างกันและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุศรา กาญจนบัตร (2525) ที่ทำการศึกษาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Barkan and Wilensky (1981) ที่ทำการศึกษาความ



วิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชากรปกติพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่าโรคต่อหินมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ชวัญตา เกิดชูชื่นและสุจินดา ริมศรีทอง, 2540) แต่จากผลการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.3 ที่กล่าวว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินและไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน แสดงให้เห็นว่าไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิงก็จะมีระดับความวิตกกังวลที่ไม่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่าถึงแม้เพศจะเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล (ศิริวรรณ วชิรวงศ์, 2536) เพศชายถูกมองว่าเป็นเพศที่มีความเข้มแข็ง ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัวเป็น ผู้ที่ปกป้องคุ้มครองภรรยาและบุตร มีหน้าที่หารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับความนับถือ ยกย่องจากสังคม ส่วนเพศหญิง สังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เลี้ยงดูบุตร (เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) แต่เมื่อเกิดเจ็บป่วยเป็นโรคต่อหินแล้วทั้งเพศชายและเพศหญิงก็ต้องเผชิญกับภาวะความสามารถในการมองเห็นลดลง ลานสายตาแคบลง ต้องหยุดตา รับประทานยา และต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เหมือน ๆ กัน ดังนั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับระดับความสามารถในการมองเห็นมากกว่าจึงส่งผลให้ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงมีระดับความวิตกกังวลที่ไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2524) ที่ทำการศึกษาศุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ พบว่า ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นเพศใดจะมีความวิตกกังวลไม่ต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Barkan and Wilensky (1981) ที่ทำการศึกษาศุขภาพจิตและความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และประชากรปกติพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ดังนั้นจากการการศึกษาค้นคว้าจึงสรุปได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

## 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรค ต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $c = 0.23$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.3 ที่กล่าวว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินและสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลที่ต่ำกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันก็จะมีความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน อาจอธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น (อรทัย สนใจยุทธ, 2539) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการคิดจำแนก ประเมินไตร่ตรองใช้เหตุผลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เพราะสามารถคิดแก้ปัญหาและศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเองดีกว่า รวมทั้งมีโอกาสที่จะได้รับความรู้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สงศรี จัยสิน และคณะ (2528) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี พบว่าระดับการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของประชาชนโดยทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley et al. (1983) ที่ทำการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะความวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องคือระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ

ดังนั้นจากการการศึกษาจึงสรุปได้ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.186$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินที่มีรายได้สูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางเศรษฐกิจมีรายได้ไม่แน่นอน ขาดหลักประกันจากการหยุดงานที่เคยทำทำให้ขาดรายได้ ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาซึ่งพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5,453 บาท ซึ่งมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 21.9 ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่มีรายได้จากบุตรหลานให้ถึงร้อยละ 56.9 ปัญหาเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคต่อหิน ได้แก่ การต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อยาหยุดตาที่มีราคาแพง ยารับประทานและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิต จึงส่งผลให้เกิดความยากลำบากใน

การดำรงชีวิตมีผลกระทบต่ออาชีพและรายได้ การพักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัดลง เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง (อารีย์ ฟองเพชร, 2536) จึงทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตได้ยากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ สายสืบ (2536) พบว่าความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ มีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภาคเหนือของประเทศไทยในระดับสูง

จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้เกิดรายได้ขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

## 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการมองเห็นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $c = .23$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.3 และสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีความสามารถในการมองเห็นที่สูงกว่า (ความสามารถในการมองเห็นตัวเลขมาก คือ ระดับการมองเห็นที่ต่ำ) อาจอธิบายได้ว่าความดันภายในตาที่สูงขึ้นทำให้เลือดไม่สามารถจะไปเลี้ยงขั้วประสาทตาได้ จะมีผลทำให้ขั้วประสาทตาถูกทำลายและลานสายตาของผู้ป่วยแคบลงอาจเกิดภาวะตาบอดได้ ส่งผลต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขาดโอกาสที่จะได้รับความสำเร็จสมหวังในการดำรงชีวิต เกิดความรู้สึกด้อยค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพัชร รัตแพทย์ (2535) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรังที่มีความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่าหรือมีความพิการทางสายตา 2 ข้าง มีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการทางสายตาข้างเดียว

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าความสามารถในการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถในการมองเห็นซึ่งจะนำมาซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น

## 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 ที่กล่าวว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน และไม่สอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ที่กล่าวว่าการถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต้อหินที่มีระยะเวลาความเจ็บป่วยจากโรคต้อหินต่างกันมีระดับความวิตกกังวลที่ไม่แตกต่างกันอธิบายได้ว่าถึงแม้การเจ็บป่วยจากโรคต้อหินซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางกายมักจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต (Wykle and Mucil, cited in Symer, 1993) โดยมีความเกี่ยวข้องกับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (Phipps et al., 1980) โดยผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยจากโรคต้อหินนานน่าจะมีระดับความวิตกกังวลในระดับต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเราจะพบว่ายังมีแหล่งสนับสนุนด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ให้ผู้ป่วยได้ศึกษาเป็นจำนวนมาก เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือต่าง ๆ เป็นต้น ประกอบกับในปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากให้ความสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้นจึงทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น ถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็ตาม และจากการศึกษาพบว่าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุในปัจจุบันเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตรวมทั้งความวิตกกังวลลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barkan and Wilensky (1981) ที่ทำการศึกษาคความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรังเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาความเจ็บป่วยและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (สิริพัชร รัตแพทย์, 2535) ที่พบว่าระยะเวลาความเจ็บป่วย ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคต้อหิน

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

## 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังอื่นกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

ผลการศึกษาพบว่าระหว่างจำนวนโรคเรื้อรังอื่นมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.277$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.1 และสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ที่กล่าวว่าการถูกคุกคามจากภาวะสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าผู้สูงอายุโรค

ต่อหินที่มีจำนวนโรคเรื้อรังอื่นเป็นจำนวนมากจะมีความวิตกกังวลในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่มีจำนวนโรคเรื้อรังอื่นน้อย อธิบายได้ว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรคถึงแม้จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การดำเนินโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ รักษาไม่หายขาดต้องมีการติดตามดูแลรักษาเป็นระยะเวลาช้านานหรือตลอดชีวิตอาจเกิดอาการแสดงบางอย่าง อย่างเฉียบพลัน ก่อให้เกิดความรำคาญ รบกวนการดำรงชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Milliken and Campbell , 1985) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรคจะเกิดความเคยชินกับโรคที่เป็นอยู่ การที่ต้องไปตรวจ ทำให้ได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ให้สงบได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีจำนวนโรคเรื้อรังน้อยกว่า

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าจำนวนโรคเรื้อรังอื่นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

## 2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกว่าความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.245$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ที่กล่าวว่า การสูญเสียความเป็นอิสระเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคต่อหินมักมีความสามารถในการมองเห็นและลานสายตาแคบกว่าปกติส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงก่อให้เกิดผลกระทบกับการดำเนินชีวิต (Coleman, 1999) ดังนั้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพามากมีระดับความรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคต่อหินส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 98.13 จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น

## 2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $r = -.273$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schewecke ที่กล่าวว่าหากผู้ป่วยสูญเสียการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี ส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ (Barron et al., 1994) โดยธรรมชาติบุคคลทุกวัยจะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นก็ต้องการการช่วยเหลือมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของร่างกาย พึ่งตนเองได้น้อยลง การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้บุคคลควบคุมตนเองได้ แก้ปัญหาได้ตรงจุด บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีโอกาสเกิดภาวะความวิตกกังวลและซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยที่การสนับสนุนทางสังคมนั้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดี (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530)

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.94$ ) เมื่อพิจารณารายด้านจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.44$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านอารมณ์เป็นอย่างดี อบอุ่นใจเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลานและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆ กับบุคคลในครอบครัวได้ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ในระดับสูง ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อจะพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นในครอบครัวอยู่ในระดับที่สูง การได้แสดงความคิดเห็นจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญเป็นที่ยอมรับนับถือของบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความ รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนั้นยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านการประเมินค่า ด้านและข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.01$  และ 2.54) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความคิดในแง่บวกกับสุขภาพของตนเอง ได้รับข้อมูลและข่าวสาร คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคต่อหิน ได้รับคำปรึกษาและได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ได้แก่การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร เงินทองและสิ่งของ และแรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nijkam et al.(2004) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อหีนที่จะเข้ารับการผ่าตัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาวัลย์ สายสืบ (2536) ที่ทำการศึกษาดัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยสูงอายุได้ และสามารถบอกความแตกต่างของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้

ดังนั้นจากการศึกษาจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น โดยเน้นด้านข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า คำแนะนำในการดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับโรคจะช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้สูงอายุโรคต่อหีนได้ แต่จากการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน การเดินทาง และการทำภาระนอกบ้านอย่างเพียงพอั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

## 2.10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.586$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2.2 แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อหีนที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schwecke ที่กล่าวว่า การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล อธิบายได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเองเป็นการประเมินเกี่ยวกับความรู้สึกรักตนเอง การยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ (Rosenberg, 1965) เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเกษียณอายุ สูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีค่าในตนเองต่ำลง (Talor, 1982) หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้จะก่อให้เกิดความ

รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาความวิตกกังวลและปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (Taet, 1985) จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะข้อคำถามที่ 10 คือมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและข้อคำถามที่ 1 รู้สึกพึงพอใจในตนเอง ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดตามลำดับจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาวลัย สายสีบ (2536) ที่ทำการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและไม่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่าความรู้สึกมีค่าในตนเองมีน้ำหนักในการจำแนกปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสูง

ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bostrom and Schewecke ดังนั้นพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหีน ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น จำนวนโรคเรื้อรังอื่นของผู้สูงอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้ คือ

#### 1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคต่อหีนมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ก็ควรที่จะให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของความวิตกกังวลและมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการหาสาเหตุและประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลน้อยที่สุด รวมทั้งมีการเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

1.2 จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคต่อหีนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจะส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคต่อหีนเพิ่มมากขึ้น เช่น ความรู้



เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อากาการ อากาการแสดง การรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตัวขณะที่เป็นโรค เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ในการดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น เกิดความมั่นใจ ส่งผลให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลลดลง ในขณะเดียวกัน ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว โดยการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย การท่องเที่ยว นอกจากนี้ควรเน้นย้ำให้ครอบครัวได้ตระหนักและให้ความสำคัญว่าการส่งเสริมด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวไม่ได้มีส่วนที่ทำให้ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินลดลงได้

1.3 จากการศึกษายังพบอีกว่าผู้สูงอายุโรคต่อหินมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้เกิดการเคารพยกย่อง ความรัก ความเข้าใจ ความไว้วางใจในครอบครัว หรือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองให้มากที่สุด ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ เปิดโอกาสให้พบปะกับเพื่อนฝูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่า ความสำคัญ และเกิดความรู้สึกที่ดีกับตนเอง เปิดโอกาสให้ทำในสิ่งที่ชอบและเป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นตามความสามารถ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดีสามารถช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยได้ดีขึ้น

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ความสามารถในการมองเห็น ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ เป็นต้น ว่ามีความสัมพันธ์หรือไม่ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวิจัยต่อไป

2.2 การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน ดังนั้นเมื่อทราบว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหินแล้ว จึงควรนำสู่การวิจัยเชิงทดลองเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวที่จะส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิน เช่น การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับผู้ป่วย หรือการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2525). การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยา  
นิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤติกาพร ไยโนนตาด. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง  
การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมด  
ประจำเดือนจังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)  
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- การสำรวจสภาวะตาบอดและสายตาดูการของประเทศไทยครั้งที่ 3. (2545). จักรุสาสาธารณสุข.  
ฉบับที่ 2.
- ชนิษฐา คุณสว่าง. (2543). ผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมใน  
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อหิมนปฐมภูมิ โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา  
จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตวิทยาศาสตร์ (พยาบาลสาธารณสุข)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง. (2540). การพยาบาลจักรุสาวิทยา เล่ม1. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร.
- จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 1).  
กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ1 เรื่อง  
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการ  
สนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิตภาควิชาพยาบาลศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยาธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี:  
ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. (2534). ปัจจัยคัดสรรความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง. (2542). ผลของการสัมผัสเพื่อการดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุ แกร็บไว้ในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรา พงษ์พานิช. (2543). การดูแลตนเองและผู้ป่วยโรคต่อหิน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคต่อหินโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร พรหมคำขาว. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิภา วัฒนเวทิน. (2543). โรคต่อหินกับการดูแลตนเอง. รวมอภิธานพยาบาลสาร, 6, 3: 222-230.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กทม: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุศรา กาญจนบัตร. (2526). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับอายุและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรวรรณสุต. (2538). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปานัน บุญหลง. (2528). การพยาบาลจิตเวช. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: เชียงใหม่สหนวกิจ.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2541). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. พยาบาลสาร, 25, 3: 59-69.

- พิชญาภา พิษะยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหวาดหวั่นในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี สำราญเวทย์. (2533). ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต่อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาวิทยาลัยการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัฒนกร ทองคำ. (2547). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอาณานิคมสติต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มธุรส จันทรแสงสี. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพิน สังวรินทะ, สุภีนันท์ อัญเชิญ, พยงค์ วณิเกียรติ, นพมาศ วงศ์วิทย์เดชา. (บรรณาธิการ). (2539). เภสัชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเภสัชวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รจิต ตู้อินดา. (2540). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษามาตรการการคัดกรองและความชุกของโรคต่อหินในผู้สูงอายุ. แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- ลดดา สรณารักษ์ และ ชูศรี วัชรระสุขโพธิ์. (2538). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัด. โรงพยาบาลขอนแก่น.
- ลดดา สรณารักษ์. (2539). ประสิทธิผลของการให้สุศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด. โรงพยาบาลขอนแก่น.
- วชิราภรณ์ สุมณวงศ์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วาทีณี บุญชะลิกษ์. (2530). รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2523). คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ.
- สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. (2542). ต้อหินกับคอมพิวเตอร์. HealthToday. 5, 49: 90-91.
- สุกันยา ฉัตรสุวรรณ. (2529). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต้อกระจก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญา มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงศรี จัยสิน. (2528). การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี. วารสารกรมการแพทย์, 10: 248-259.
- สุกัญญา ศรีสง่า. (2547). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตสาขาวิชาบริหารบริการสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- สุจินดา ริมศรีทอง, อรุณี โรจนเพ็ญกุล และ ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. (2536). การศึกษาความรู้และความร่วมมือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคต้อหิน. วารสารพยาบาล. 42, 3: 233-242.
- สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ. (2541). การศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต้อหินเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดาวัลย์ สายสืบ. (2536). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดถนอม รอดอ่วม. (2537). ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาใช้บริการที่หน่วยให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สินี ยมาภัย. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคต้อหินมุมเปิดปฐมภูมิในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์ (วิทยาการระบาด) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สิริพัชร รัตแพทย. (2535). ผลกระทบด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต แพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต) บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (ศ.). (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 3).  
กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพญาพิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ  
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ และ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). ผู้สูงอายุใน  
ประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอ  
แนะทาง นโยบายและการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ  
และพญาพิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2543). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:  
อุษาการพิมพ์.
- สุวณีย์ (ตันติพัฒนานนท์) เกียวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ  
การพิมพ์ 3.
- สุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ. (2544). ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของ  
ผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ (การ  
พยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แสวง ปัญญาดี. (2544). ผลการให้ชุดข้อมูลการผ่าตัดต่อผลกระทบต่อการลดความวิตกกังวลและ  
พฤติกรรมร่วมมือของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตสาขา  
วิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริวรรณ วชิรวงศ์. (2536). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพร้อมในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกัน  
โรคความดันโลหิตสูงของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบาด มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภัย อยู่สวัสดิ์. (2530). การให้ยาในโรคของตา หู คอ จมูก ปาก. กรุงเทพมหานคร:  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ สิงคาลวณิช และ ญาณี เจียมไชยศรี. (2542). ตำราจักษุวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพฯ: ไสลิสติก พับลิชชิง .
- อรรถัย สนใจยุทธ. (2539). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล  
และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อารี สุจินต์สกุล. (2542). ผู้สูงอายุกับการมองเห็น. วารสารพยาบาลศาสตร์. 17, 3: 5-15.
- อารีย์ พงษ์เพชร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุบล นวัตกรรม. (2528). หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำเภอวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.

### ภาษาอังกฤษ

- Barron, C.R., Foxall, M.J., Dollen, K.V., Jones, P.A., and Shull, K.A. (1994). Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. Journal of Advanced Nursing. 19: 272-280.
- Barkan, O. (1969). Primary closed-angle glaucoma. System of Ophthalmology. London: Kimpton.
- Brenes, G.A., Guralnik, J.M., Williamson, J.D., Fried, L.P., Simpson, C., Simonsick, E.M. and Penninx, B.W.J.H. (2005). The Influence of Anxiety on the Progression of Disability. American Geriatric Society, 53: 34-39.
- Bostrom, C.E. and Schwecke, L.H. (1995). Anxiety Related Disorder. In Keltner, N.L., Schwecke, L.H. and Bostrom, C.E., Psychiatric Nursing. (2<sup>nd</sup> ed), pp. 423-457. Philadelphia: Mosby.
- Bulletin of the Health Organization. (2004). Glaucoma is the second leading cause of blindness globally. [online]. (November 2004).
- Carol, A.M. (1999). Nursing care at older adults. Theory and Prastice. (1<sup>st</sup> ed). New York: Lippincott.
- Chivers, J. (2003). Care for older people with visual impairment. Nursing older people. 15, 1: 22-26.

- Choteamnuay, P. (2001). Personal factors Predicting anxiety and depression of pregnant and postpartum woman. The degree of master of nursing science (Maternity Newborn Nursing) Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- Coleman, A.L. (1999). Glaucoma. The Lancet. 354 : 1803-1810.
- Ebersol, P. and Hess, P. (2001). Geriatric Nursing and Healthy Aging. St. Louis: Mosby.
- Himmelfarb, S. and Murrell, S.A. (1984). The prevalence and correlates of anxiety symptoms in older adult. Journal of Psychology. 116: 159-167.
- Hipkins, J. Whitworth, M., TARRIER, N. and Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer. A prospective study. British journal of Health Psychology. 9: 569-581.
- Houdet, S.C. (2003). Age-Related Vision Loss in Older Adults. A challenge for Gerontological Nurses. Journal of Gerontological Nursing. April : 2003.
- Konsomboon, S. (1981). The Cause of Blindness in Rural Thailand Transac . APAO 2, 8: 771-80.
- Kunavisarut, S., Konyama, K. (1981). Blind registered in Ramathibodi Hospital Transac. APAO. 4, 8: 7639.
- Leuckenotte, A.G. (1996). Gerontological Nursing. St.Louis: Mosby.
- Luckmann, J. and Sorensen, K.C. (1993). Medical –Surgical Nursing: A Psychophysiologic approach. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Matteson, M.A., McConnell, E.S. (1988). Gerontological nursing. Concepts and Practice. Philadelphia.: W.B.Suanders .
- McConnell, E.S. and Matteson , M.A. (1998). Gerontological concept and practice . Philladelphia: WB Saunders.
- Mehta, K.M., Simonsick, E.M., Penninx, B.W.J.H., Schulz, R., Rubin, S.M., Satterfield, S. and Yaffe, K. (2003). Prevalence and Correlates of Anxiety Symptoms in Well Function Older Adults: Findings From the Health Aging and Body Composition Study. American Geriatric Society. 51: 499-504.
- Molony , S.L. , Waszynski, C.M. and Lyder, C.H. (1999). Gerontological nursing. Stamford: Appleton & Lange.



- Nijkamp, M.D., Kennens, C.A., Dijker, A.J.M., Ruiter, R.A.C., Hiddema, F., and Nuijts, R.M.M.A. (2004). Determinants of surgery Related Anxiety in Cataract patient. British journal Ophthalmol. 88: 1310-1314.
- Odberg, T. , Jakobsen, J.E., Hultgren, S.J., and Halseide, R. (2001). The impact of Glaucoma on The Quality of life of Patients in Norway. Acta Ophthalmol scand. 79: 116-120.
- Orem, D.E., Taylor, S.G. and Renpenning, K.M. (2001). Nursing: Concept of practice (6<sup>th</sup> ed). St.Louis: The C.V. Mosby.
- Phipps ,W.J., Long, B.C. and Wood, N.F. (1980). Meddical-Surgical Nursing. (7<sup>th</sup> Ed). St.Louis: The C.V. Mosby.
- Ritch , R. M. , Shields, B. and Krupin, T. (1996). The Glaucomas: Glaucoma Therapy . (2<sup>nd</sup> ed ). Mosby-Year-Book.
- Sasat, S. Burnard, P., Edwards, D., et al. (2002). Self-esteem and student nurses: A cross-cultural study of nursing students in Thailand and the UK. Nursing & Health Sciences. 4: 9-14.
- Shives , L.R. (1998). Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. (4<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Silverstone, B.,Lang, M.A.,Rosenthal, B.P. and Faye, E.E. (2000). The lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation. New York: Lighthouse International.
- Smyer, M.A. (Editor ). (1993). Mental health and aging . New York: Springer publishing.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stanley, A.M., Samuel, H. and Datherine, W. (1983). Prevalence of Depression and Its Correlates in Older adult. American Journal of Epidermiology.117: 173-185.
- Taylor, M.C. (1992). Essentials of Psychiatric Nursing. St.Louis: The C.V. Mosby.

- Uenishi, Y., Tsumura, H., Miki, T., and Shiraki, K. (2003). Quality of life of Elderly Japanese Patients with Glaucoma. International Journal of Nursing Practice. 9: 18-25.
- Van Hout, H.P.J., Beckman, A.T.F., Beurs, E.D. ,Comijs, H., Marwijk, H.V., Hann, M.D., Tilburg,W.V. and Deeg, D.J.H. (2004). Anxiety and the risk of death in older men and women. British Journal of Psychiatry. 185: 399-404.
- Volicer, B.J., Bohannon, M.W. (1975). .A Hospital Stress Rating Scale. Nursing Research. 25: 352-359.
- Weiss, R. (1974). The Provision of Social Relationships. In Doing Unto Others. Edited by Zick Rubin .pp.17-26. Englewood Clifts: Prentice Hall.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
พญ. ยุพิน ดีละชัยกุล	อาจารย์ จักษุแพทย์ภาควิชาจักษุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ประคอง อินทรสมบัติ	อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ชาลิตีร์ โฆษิตทาภิวัฒน์	หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางอุบลรัตน์ นันทวิสิทธิ์	ผู้ตรวจการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจักษุ โรงพยาบาลสงฆ์
นางสาวนิภา วัฒนเวคิน	พยาบาลชำนาญการ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาววาสนา พุ่มฟู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคไตหิ้น” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. แพทย์หญิงยุพิน ลีละชัยกุล                 | อาจารย์ จักษุแพทย์             |
| 2. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ          | อาจารย์ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชาลีนีย์ โฆษิตทาภิวัฒน์ | หัวหน้างานการพยาบาลจักษุ-โสตฯ  |
| 4. นางสาวนิภา วัฒนเวคิน                      | พยาบาลชำนาญการ หน่วยตรวจจักษุ  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิงยุพิน ลีละชัยกุล, รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ,  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชาลีนีย์ โฆษิตทาภิวัฒน์, นางสาวนิภา วัฒนเวคิน

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่อนิสิต

นางสาววาสนา พุ่มฟู โทร. 06-3298002

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ฟุ้งฟู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคไต” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่อนิสิต

นางสาววาสนา ฟุ้งฟู โทร. 06-3298002



ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ฟุ้งฟู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคไตหิ้น” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางอุบลรัตน์ นันทวิสิทธิ์ ผู้ตรวจการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาลจักษุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางอุบลรัตน์ นันทวิสิทธิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่อนิสิต

นางสาววาสนา ฟุ้งฟู โทร. 06-3298002

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ฟุ้งฟู นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 50 คน ณ คลินิกต่อหิน แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และแบบประเมินความวิตกกังวล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาววาสนา ฟุ้งฟู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสาววาสนา ฟุ้งฟู โทร. 06-3298002

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ฟูงฟู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 37 คน ณ คลินิกต่อหิน แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินความวิตกกังวล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาววาสนา ฟูงฟู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่อนิสิต

นางสาววาสนา ฟูงฟู โทร. 06-3298002

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กุมภาพันธ์ 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางสาววาสนา ฟุ้งฟู นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคต่อหิน จำนวน 73 คน ณ คลินิกต่อหิน แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และแบบประเมินความวิตกกังวล ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาววาสนา ฟุ้งฟู ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

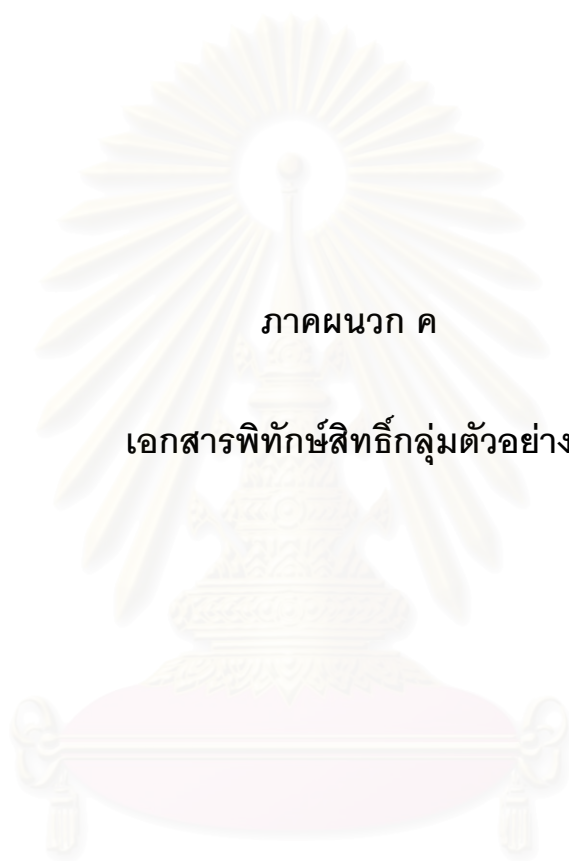
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่อนิสิต

นางสาววาสนา ฟุ้งฟู โทร. 06-3298002



ภาคผนวก ค

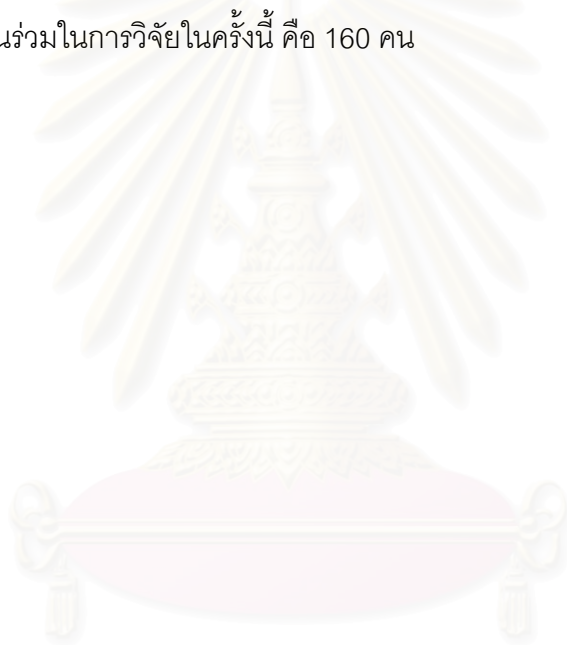
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกละเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่
8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
9. ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น
10. จำนวนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ คือ 160 คน



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคไตหิ้น"

แบบสอบถามนี้มี 5 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบประเมินข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

**คำชี้แจง** โปรดเติมข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ( ✓ )

หน้าข้อความ ที่ตรงกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี บริบูรณ์

2. เพศ (     ) 1. ชาย

(     ) 2. หญิง

.  
. .  
. .

9. โรคประจำตัวของท่านคือ.....



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล  
(Barthel ADL Index)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ( ✓ ) หน้าข้อความที่ตรงกับความสามารถของท่านในปัจจุบัน ของท่านมากที่สุด

1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
  - .....0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - .....1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้ เป็นชิ้นเล็กๆ ว่างหน้า
  - .....2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ
- .....
- .....
- .....
10. การกลืนปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
  - .....0. กลืนไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
  - .....1. กลืนไม่ได้เป็นบางครั้ง ( เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ )
  - .....2. กลืนได้เป็นปกติ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ข้อความด้านล่างต่อไปนี้จะบรรยายเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่ใกล้ชิดของท่าน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับ **ความรู้สึกของท่านขณะนี้** เพียง 1 ข้อ เท่านั้น การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- มาก หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นมาก
- ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลาง
- น้อย หมายถึง ผู้ตอบได้รับการสนับสนุนหรือมีความรู้สึกตามข้อความนั้นน้อย
- ไม่ได้รับ หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่มีความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย

การสนับสนุนทางสังคม	ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคม				
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ	สำหรับผู้วิจัย
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b> 1. ท่านได้รับความรัก ความเข้าใจจากบุตรหลาน / บุคคลรอบข้าง . . . 14. มีผู้ให้ความช่วยเหลือท่านในการเดินทางไปธุระนอกบ้าน					

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

**คำชี้แจง** ข้อความด้านล่างต่อไปนี้จะบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่าน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ ในแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียง 1 ข้อ เท่านั้น การเลือกจะถือเกณฑ์ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากที่สุดหรือเกือบตลอด  
 มาก หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้มากหรือบ่อยครั้ง  
 ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบางครั้งแต่ไม่บ่อย  
 เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้ง  
 ไม่มี หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ความรู้สึกที่มีต่อข้อความ					สำหรับผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มี	
1. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในตัวเอง						
2. หลายครั้งที่ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีอะไรดีเลย						
10. ท่านมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง						

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามความวิตกกังวลชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบ **ความรู้สึกของท่านในขณะที่ท่านป่วยเป็นโรคต่อหิน** โดยอ่านข้อความทางซ้ายมือและทำเครื่องหมาย ✓

ลงในช่องคำตอบทางขวามือ ที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงข้อเดียว ในการเลือกคำตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| ข้อความใดไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้     | ให้ตอบว่า ไม่มีเลย      |
| ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้เล็กน้อย    | ให้ตอบว่า มีเล็กน้อย    |
| ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้ค่อนข้างมาก | ให้ตอบว่า มีค่อนข้างมาก |
| ข้อความใดตรงกับความรู้สึกของท่านขณะนี้มาก         | ให้ตอบว่า มีมาก         |

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน				สำหรับ ผู้วิจัย
	มีมาก	มี ค่อนข้างมา ก	มีเล็กน้อย	ไม่มีเลย	
1.แม้ท่านจะเป็นโรคต่อหิน ท่านก็ยังรู้สึกจิตใจสงบ					
2.แม้ท่านจะเป็นโรคต่อหิน ท่านก็ยังรู้สึกว่าชีวิตยัง มั่นคง					
20.ถึงแม้ท่านเป็นโรคต่อ หิน ก็ยังรู้สึกแจ่มใส					



ภาคผนวก จ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านมาตรฐานตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและทำการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคไตหีนที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำผลที่ได้ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ที่มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \left( \frac{n}{n-1} \right) \left( \frac{1 - \sum Si^2}{St^2} \right)$$

เมื่อ  $\alpha$  = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

$n$  = จำนวนข้อความ

$Si^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$St^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมินทั้งหมด

2. คำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สูตร

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ  $P$  = ค่าร้อยละ

$f$  = ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

$n$  = จำนวนรวมทั้งหมด

3. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ อายุ รายได้ ระยะเวลา การเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรังอื่น โดยใช้สูตร

สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย (Mean)

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ  $\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum x$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum x$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum x^2$  = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

$N$  = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

4. หาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ จำนวนโรคเรื้อรังอื่น ระยะเวลาที่เป็นโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ให้สูตรดังนี้

$$r_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N\sum x^2 - (\sum x)^2][N\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ  $r$  = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร  $x$  และ  $y$

$x$  = คะแนนของตัวแปรที่ 1

$y$  = คะแนนของตัวแปรที่ 2

$N$  = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

5. การหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา และความสามารถในการมองเห็น กับ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การจรณ์ (Contingency Coefficient) แล้วนำค่าที่คำนวณได้มาทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยใช้สูตรดังนี้

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{N + X^2}}$$

เมื่อ  $C$  = ค่าสัมประสิทธิ์การจรณ์

$X^2$  = ค่าไคสแควร์

6. การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) โดยใช้สูตรดังนี้

$$X^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \left[ \frac{O_{ij} - E_{ij}}{E_{ij}} \right]^2$$

เมื่อ  $O_{ij}$  = ความถี่ที่สังเกตหรือทดลองได้ในแถวที่  $i$  สดมภ์ที่  $j$

$E_{ij}$  = ความถี่ที่เป็นไปตามทฤษฎีหรือสมมติฐานในแถวที่  $i$  สดมภ์ที่  $j$

$r$  = จำนวนแถว

$c$  = จำนวนสดมภ์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววาสนา ฟุ้งฟู เกิดวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2521 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดลในปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยจักษุ-ไตตข สามีญหญิง โรงพยาบาลรามาริบัติ และได้ศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2547



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย