

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียด และความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย ในการร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

#### กลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติดังนี้ :

1. ได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากแพทย์ว่าเป็น Ischemic heart disease (IHD) หรือ Coronary heart disease (CHD) หรือ Coronary artery disease (CAD)
2. อยู่ในระยะหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 1 เดือน
3. กลุ่มตัวอย่างต้องไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา ทางการได้ยิน การพูด และสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคของ Thomdike (1978) เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2546 จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลราชวิถีจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน

#### ปัญหาการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเครียดในระดับใด
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย มีอำนาจในการร่วมกันพยากรณ์ความเครียด

ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือไม่ อย่างไร

### สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพได้

### เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 7 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสมรรถภาพทางกาย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่า แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และแบบสอบถามความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และแบบสอบถามความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ .71, .90, .85 และ .89 ตามลำดับ

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน (สิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2546) ใน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลศิริราช ทุกวันราชการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ แบบวัดสมรรถภาพทางกาย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และแบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ไม่เกิน 1 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล จำนวน 120 คน โดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจนกระทั่งครบตามจำนวน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows) คำนวณการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าทั้งหมด (Simultaneous multiple regression) ทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.2) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.7) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65.8) มีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D. = 7.63) และมีค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 2 ครั้ง (S.D. = 7.63)

2. ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ( $\bar{x}$  = 39.04, S.D. = 10.87) และพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความเครียดในรายข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นครั้งคราว โดยในข้อที่ 2 “ท่านมีอาการนอนไม่หลับ เพราะกังวลใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด” มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 2.67 (S.D. = 1.09) รองลงมาคือ ข้อคำถาม “ท่านรู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ ที่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด” มีค่าเฉลี่ย 2.37 (S.D. = .97) และ ข้อคำถาม “การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย เหมือนไม่มีแรงจะทำอะไร” มีค่าเฉลี่ย 2.31 (S.D. = 1.08) ตามลำดับ และในข้อคำถาม “มีอาการปากสั่นหรือมือสั่น เวลาที่รู้สึกไม่พอใจ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 1.15 (S.D. = .40)

3. ศึกษาปัจจัยคัดสรร พบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เกือบทั้งหมดมีระดับความพึงพำน้อย (ร้อยละ 95) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของสมรรถภาพทางการค่อนข้างสูง ( $\bar{x}$  = 18.81, S.D. = 2.29) แสดงว่าสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 9.03 (S.D. = .82) มีคะแนนเฉลี่ย

ของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 59.99 (S.D. = 8.66) มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเท่ากับ 46.03 (S.D. = 8.08) และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเท่ากับ 40.36 (S.D. = 8.82)

4. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเข้าทั้งหมด (Enter) พบว่า ปัจจัยคัดสรรทั้งหมดมีความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 69.9 ( $R^2 = .699$ ,  $F = 43.673$ ) โดยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสามารถในการทำนายความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ดีที่สุด (Beta = .582,  $P < .05$ ) หมายความว่า หากค่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 ค่า จะมีผลทำให้ค่าความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น .582 รองลงมาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Beta = -.197,  $P < .05$ ) หมายความว่า หากค่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 ค่า จะมีผลทำให้ค่าความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดลดลง .197 และ สมรรถภาพทางกาย (Beta = -.193,  $P < .05$ ) หมายความว่า หากค่าสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น 1 ค่า จะมีผลทำให้ค่าความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดลดลง .193 ส่วนจำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัยนำเสนอต่อไปนี้

#### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลตามปัญหาการวิจัยดังนี้

**ปัญหาการวิจัย :** ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพมีความเครียดในระดับใด สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่าความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ( $\bar{x} = 39.04$ , S.D. = 10.87) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bluementhal และ Mau (1987) ซึ่งศึกษาภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระยะหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว แต่ผู้ป่วยจะยังคงมีความเครียดหรือมีปัญหาด้านจิตใจอยู่อีกเป็นปี และพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และซึมเศร้า ร้อยละ 83 รู้สึกว่าตนเองเหมือนคนพิการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับระดับของการออกแรงทำกิจกรรม เพศสัมพันธ์และการกลับไปทำงานในหน้าที่เดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการชรา (Aging process) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความเสื่อมถอยของทางกาย จิตใจและสังคม เมื่อต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นได้ นอกจากนี้ในระยะที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้าน ในระยะแรก ซึ่งถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ (Health-Illness Transition) (Meleis and Schumacher, 1994) โดยแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่เข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านนั้น อาจจะไม่ทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้น อะไรที่ตนควรจะคาดหวัง ซึ่งหากไม่สามารถเผชิญภาวะการเปลี่ยนผ่านได้บุคคลนั้นอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ และผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมาย ไม่ว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วยที่ต้องมีการจำกัดกิจกรรมเพื่อควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากเดิมที่มีมานานทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนกว่าวัยผู้ใหญ่ ประกอบกับความรู้สึกหวาดกลัวว่าอาการของโรคอาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) และค่าใช้จ่ายที่ต้องมีมากขึ้นจากการดูแลรักษาต่อเนื่องและเพิ่มความรู้สึกพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้เกิดความเครียดได้ แต่ระดับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าปกติเล็กน้อยอาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งอาจมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มากกว่าเพศหญิง และจากการศึกษาของ เกสรา ศรีพิชญากการ (2544) กล่าวว่า ในเพศชายนั้นจะมีความเครียดน้อยกว่าในเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงจะมีความคิด ความรู้สึก ต่อความมีคุณค่าในตนเองน้อยกว่าในเพศชาย นอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 69 ปี ซึ่งถือว่ายังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ช่วง 60-69 ปี) ซึ่งในช่วงนี้ ผู้สูงอายุยังคงสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่มากนัก จึงอาจส่งผลให้ระดับความเครียดไม่สูง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลยังแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในยามสูงอายุจะทำให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดีกว่า เนื่องจากมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต (Paterson, 1991 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) นอกจากนี้ Gornly และ Brodzinsky (1989) ยังกล่าวว่า ผู้สูงอายุที่เป็น โสดจะปราศจากที่พึ่งทางใจ และจะเกิดความเครียด ความหวั่นเหว และเหงามากกว่าผู้สูงอายุ ที่มีคู่ครอง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของ ปราณี่ มิ่งขวัญ (2542) ซึ่ง ศึกษาความเครียดในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู ระยะแรกส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคซึ่งในผู้ สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้สูงอายุจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้ระดับสมรรถภาพทางกายต่ำกว่าในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจึงทำให้ในผู้สูงอายุโรคหัวใจ ขาดเลือดมีระดับความเครียดต่ำกว่าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

**สมมุติฐานการวิจัย :** การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับ โรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย สามารถร่วมกัน พยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรทั้งหมดมีความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้ร้อยละ 69.9 ( $R^2 = .699$ ,  $F = 43.673$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสามารถในการทำนายความเครียดในผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ดีที่สุด (Beta = .582,  $P < .05$ ) รองลงมาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Beta = -.197,  $P < .05$ ) และ สมรรถภาพทางกาย (Beta = -.193,  $P < .05$ ) ส่วนประสบการณ์การเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนาย ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

**การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** จากการศึกษาพบว่ามีความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้มากที่สุด (Beta = .582, P < .05) แสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ที่ตนเองมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความเครียดสูงขึ้นเช่นกัน อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นการประเมินสถานการณ์ และผลที่เกิดขึ้น ว่ามีผลทางบวกหรือทางลบต่อชีวิตของตน เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้หรือความเข้าใจโดยมีการแปลความให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (บัวทอง สว่างโสภาคกุล, 2543) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักรับรู้ และให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง มีอันตรายถึงชีวิต และรักษาไม่หายขาดการรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเครียดและเกิดอารมณ์หดหู่ได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541 ; Dixon , 2000) โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก และภาวะความสูงอายุทำให้รู้สึกว่าร่างกายของตนนั้นเริ่มเสื่อมถอย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ซึ่งการรับรู้ของแต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และคาดว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน (Bauman, 1965 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ต่างกันมีผลให้เกิดความเครียดที่ต่างกัน เนื่องจากการรับรู้เป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลสนองตอบต่อสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2542 ; บัวทอง สว่างโสภาคกุล, 2543 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001 ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Scharloo และคณะ (2000) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 69 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงจะมาพบแพทย์บ่อยขึ้น และมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** จากการศึกษาพบว่า สามารถในการพยากรณ์ความเครียดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้เป็นอันดับ 2 ( $Beta = -.197, P < .05$ ) แสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความเครียดลดลง เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเงื่อนไขด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ (Emotional well-being) ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ตามแนวคิดของ Meleis and Schumacher (1994) และ Bamy (1989) กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนต้องการความมีคุณค่าในตนเอง มองตนในแง่ดี และยอมรับตนเอง และผู้สูงอายุก็ต้องการให้ตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักและต้องการของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง และคนในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) แต่ด้วยภาวะแห่งวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเริ่มแยกตัวจากสังคม หรือมีส่วนร่วมในสังคมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการจำกัดกิจกรรม เกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกจะกำเริบขึ้น แล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทุพพลภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือไม่เห็นคุณค่าในตนเองได้ (Eliopoulos, 1993) และบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองนั้นไม่มีคุณค่าจะเกิดความรู้สึกมีปมด้วย และเครียดได้ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มีกำลังใจ อาจก่อให้เกิดความเครียด และความซึมเศร้าขึ้นในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**สมรรถภาพทางกาย** จากผลการศึกษา พบว่า สามารถพยากรณ์ความเครียดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้เป็นอันดับ 3 ( $Beta = -.193, P < .05$ ) แสดงว่า ถ้าผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีสมรรถภาพทางกายสูง จะมีระดับความเครียดต่ำ สอดคล้องกับ สายฝน จับใจ (2540) ซึ่งกล่าวว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้การประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลงและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ Boynton



De Sepulveda and Chang (1994 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำลงผู้ป่วยก็จะยิ่งประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับสูงขึ้นเท่านั้น สภาวะทางกายเป็นสาเหตุจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2542) การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นเป็นผลให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งผู้สูงอายุต้องมีการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในระยะแรกทำให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดกิจกรรม เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวมากยิ่งขึ้น จึงเป็นผลให้เกิดความเครียดได้ จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้สมรรถภาพทางกายเป็นตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

**ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด** พบว่า ไม่สามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Logan และ Jenny (1997) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยที่กำลังหายาเครื่องช่วยหายใจ ที่พบว่า ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจใน การปฏิบัติตน จนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Close และ Procter (1999 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) และการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้จะทำให้ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรคต่างๆของตนเองได้ว่าจะเป็นอย่างไรรต่อไปจึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้น (Close & Procter, 1999 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจ และลดความเครียดได้ การที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มประชากรประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว (มีจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยประมาณ 2 ครั้ง ( $\bar{x} = 2.04$ , S.D. = 7.63) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการแนะนำ การให้ความรู้จากแพทย์ หรือพยาบาลมาแล้ว ทำให้ผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดจึงค่อนข้างสูง ( $\bar{x} = 9.03$ , S.D. = .82) แต่เมื่อพิจารณากาการกระจายของข้อมูล

จะพบว่า มีค่าเพียง .82 ซึ่งมีผลทำให้ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความจำกัด

**การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ไม่สามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งขัดแย้งกับ Stewart และคณะ (2000) ศึกษา ความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิต และความเครียดของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 14 คู่ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากที่สุดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ อารมณ์ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ บทบาทการพึ่งพา การกลับไปทำงาน ภาวะทางเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม และพฤติกรรมทางเพศตามลำดับ และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยจะได้รับจากทีมสุขภาพเป็นหลัก และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วยจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานเป็นหลัก ส่วนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ผู้ป่วยจะได้รับจากลูกหลาน และบริการทางสุขภาพและสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเครียด และขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Cobb (1976) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมจะมีส่วนทำให้มีความเชื่อมั่น ช่วยให้มีอารมณ์สงบ และลดปฏิกิริยาต่อการตอบสนองต่อความเครียด และ วราภรณ์ นาครัตน์ (2533) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับ สิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดในผู้สูงอายุที่กระตุกสะโพกหัก ซึ่งพบว่า การสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียดสาเหตุที่ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยคือ 69 ปี ซึ่งถือว่ายังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (ช่วง 60-69 ปี) ซึ่งผู้สูงอายุยังคงสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ และมีระดับความพึ่งพาน้อย (ร้อยละ 95) มีคะแนนสมรรถภาพทางกายค่อนข้างสูง ( $\bar{x} = 18.81$ , S.D. = 2.29) ทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี การสนับสนุนทางสังคม จึงอาจไม่มีผลมากนักกับกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** จากผลการศึกษา พบว่า ไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้ ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของ Schumacher และ Meleis (1994) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วย่อมสามารถวางแผนได้ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้สามารถผ่านระยะการเปลี่ยนผ่านได้ดี โดยไม่เกิดความเครียดขึ้น และขัดแย้งกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะมีการเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จึงทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะช่วยให้บุคคลเรียนรู้ต่อความเครียดและปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียด (Roberts, 1988) บุคคลที่เคยมีประสบการณ์จะทำให้มีทักษะที่ดีขึ้น ทำให้มีความคิดที่มีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะค่อยๆปรับตัวได้ เรียนรู้มากขึ้น และแก้ไขปัญหาไม่มากขึ้นกว่าในระยะแรกๆ (Bell, 1977) นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Jiska และ Yoram (1998) พบว่า ประสบการณ์ความเครียดในอดีตมีผลต่อการรับรู้ความเครียดในปัจจุบัน โดยหากผู้ที่มีประสบการณ์จะทำให้ได้รับผลกระทบจากความเครียดนั้นลดลง เพราะประสบการณ์ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ นอกจากนี้ Shipes (1987) ศึกษาภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วยผ่าตัดทำ Ostomy พบว่า หากบุคคลเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะส่งผลให้ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด ในการเข้ารับการผ่าตัดลดลง สาเหตุที่ทำให้ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ อาจเนื่องจาก ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ครั้ง ( $\bar{x} = 2.04$ , S.D. = 7.63) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดที่ลดน้อยลง จึงเป็นผลให้ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการจัดการเพื่อการป้องกันความเครียดแก่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลอาจยังไม่เพียงพอ หรือยังไม่ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และเมื่อพิจารณาร่วมกับปัจจัยคัดสรรที่สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย มีความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริม และป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลควรมีความตระหนักถึงความสำคัญของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมให้มีการสร้างความเข้าใจในการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือ ให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่หวาดกลัวจนเกินไป จนกระทั่งก่อให้เกิดเป็นความเครียด อีกทั้งมีการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นและมั่นใจว่า วาถึงแม้ว่าตนจะต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่ยังสามารถเป็นบุคคลซึ่งมีความสำคัญ มีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นได้ อีกทั้งเป็นที่พึ่งซึ่งอย่างน้อยก็สามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ หรือให้คำแนะนำแก่บุตรหลาน หรือคนใกล้ชิดได้ รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงสมรรถภาพทางกายไว้ให้มากที่สุด เท่าที่ผู้สูงอายุแต่ละท่านจะเป็นไปได้ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อบุคคลอื่น ซึ่งหากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะทำให้สามารถมีการประเมินและวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผู้วิจัยได้มีการคัดสรรตัวแปรข้างต้น จากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และ Schumacher (1994) ซึ่งมีความครอบคลุมแล้ว ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าต่อไปอาจมีการดัดแปลงใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ได้ หรือนำผลการวิจัยไปจัดทำโปรแกรมป้องกันความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยรูปแบบโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เหมาะสม มีการให้กำลังใจ หารูปแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และฟื้นฟูให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีสมรรถภาพทางกายที่ดี เพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และควรมีการจัดการตั้งแต่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดยังไม่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน โดยอาจจะมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเพื่อเป็นการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุอีกทางหนึ่ง เพื่อการประเมินและวางแผนการพยาบาลในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย** จากการศึกษาพบว่ามีความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้มากที่สุด (Beta = .582,  $P < .05$ ) แสดงว่าเมื่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นเท่าใด ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความเครียดสูงขึ้นเช่นกัน อาจเนื่องมาจากการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นการประเมินสถานการณ์ และผลที่เกิดขึ้น ว่ามีผลทางบวกหรือทางลบต่อชีวิตของตน เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้หรือความเข้าใจโดยมีการแปลความให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (บัวทอง สว่างโสภาคกุล, 2543) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักรับรู้ และให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง มีอันตรายถึงชีวิต และรักษาไม่หายขาดการรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเครียดและเกิดอารมณ์หดหู่ได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541 ; Dixon , 2000) โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก และภาวะความสูงอายุทำให้รู้สึกว่าร่างกายของตนนั้นเริ่มเสื่อมถอย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ซึ่งการรับรู้ของแต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และคาดว่าจะมีผลกระทบต่อกันในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน (Bauman, 1965 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทระพัฒน์, 2543) และการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ต่างกันมีผลให้เกิดความเครียดที่ต่างกัน เนื่องจากการรับรู้เป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลสนองตอบต่อสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2542 ; บัวทอง สว่างโสภาคกุล, 2543 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001 ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Scharloo และคณะ (2000) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 69 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงจะมาพบแพทย์บ่อยขึ้น และมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลให้การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย สามารถพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ที่ระดับนัยสำคัญ .05