

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาสำคัญนั่นคือการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ซึ่งอยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนหรือสัดส่วนของประชากรสูงอายุไทยต่อประชากรทั้งหมดเท่ากับ ร้อยละ 4.6 ในปีพ.ศ.2503 ไปเป็น 4.5-5.7 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9 ในปีพ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 6.8-7.6 และ 11 ล้านคนหรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 11 และ 15 ในปีพ.ศ.2553 และพ.ศ. 2563 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงนี้นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” (Population aging) ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดภาวะประชากรสูงอายุว่าเกิดขึ้นเมื่อประชากรสูงอายุมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด (United Nation, 1956 อ้างถึงใน คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2545)

ภาวะประชากรสูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีการลดลงของอัตราเกิดเนื่องจากการคุมกำเนิดที่ได้ผลและการลดลงของอัตราตาย เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยี ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพมีคุณภาพสูงขึ้น ซึ่งการเป็นผลให้โรคติดต่อมีความสำคัญลดลง (ยกเว้น โรคเอดส์ วัณโรค และโรคมมาลาเรีย) ในขณะที่โรคเรื้อรัง โรคทางจิต และอุบัติเหตุมีความสำคัญมากขึ้น (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2545) อุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังต่างๆ มีเพิ่มขึ้นชัดเจน โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, 2542) และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2545) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพแต่ก็ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจากระบบการสูงอายุและภาวะความเจ็บป่วย ดังนั้นในช่วงวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้รับการเอาใจใส่ ความสนใจมากขึ้น ซึ่งหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้านสุขภาพอนามัย และเห็นความสำคัญ ผู้สูงอายุก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศต่อไปได้

ในต่างประเทศโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเสียชีวิตและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ (Moss, 1992 ; Eaton, 2000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Eaton, 2000 ; Lye & Donnellan , 2000 ; Blazing, 1999 อ้างถึงใน เสก ปัญญาสังข์ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและพบมากที่สุด ในอายุ 70 ปีขึ้นไป (Ebersole & Hess, 1994) โดยมีการประมาณว่าในจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งมีประมาณ 650,000 คนต่อปี จะเป็นผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Eaton, 2000) นอกจากนี้ Moss (1992) ยังพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุจะพบเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับวัยอื่นๆ

สำหรับประเทศไทยกองสถิติสาธารณสุข (2545) รายงานร้อยละของการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจพบว่าสัดส่วนการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัยสูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนนั่นคือ ร้อยละ 41.6 ในปี พ.ศ. 2540 และมีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 42.3, 45.8, 51.1, 55.5 ในปี พ.ศ. 2541, 2542, 2543 และ 2544 ตามลำดับและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกอย่างต่อเนื่อง สาเหตุประการสำคัญที่โรคหัวใจขาดเลือดมีอุบัติการณ์เกิดสูงในผู้สูงอายุเป็นผลโดยตรงจากกระบวนการสูงอายุ (Aging process) ที่ทำให้ผนังหลอดเลือดมีการยืดหยุ่นตัวลดลงจากการที่มีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น ประกอบกับเส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมและไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น (Stanley, 1995 ; Eaton, 2000)

เมื่อกล่าวในมุมมองด้านสุขภาพ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease หรือ IHD) หรือมีชื่อเรียกอื่นๆอีก เช่น โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary heart disease หรือ CHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic heart disease หรือ ASHD) หมายถึงภาวะที่หัวใจขาดเลือดเลี้ยง หรือเลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ ซึ่งเมื่อเลือดมาเลี้ยงหัวใจลดลงมาก ในบางรายทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลและตาย (Myocardial infarction) ได้ในที่สุด (พรภณี เสถียรโชค, 2532 ; Eaton, 2000) โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดแบ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารไขมันสูง อ้วน การออกกำลังกาย และความเครียด (สุพรัช กงพัฒนานุกุล, 2542 ; วัลลีย์ กาญจนกิจสกุล, 2543 ; Eaton, 2000 ; Clarke & Bailey, 1989) ลักษณะของโรคหัวใจขาดเลือด

ในผู้สูงอายุจะพบรอยโรคที่รุนแรงและกระจิดกระจายได้บ่อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย (Blazing , 1999 อ้างถึงใน เสก ปัญญาสังข์, 2543) และผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะมีอัตราเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาไปในทางเสื่อมลงมากกว่าในวัยหนุ่มสาวและอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ก็ไม่ตรงไปตรงมา (เสก ปัญญาสังข์, 2543 ; จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2541) บางครั้งไม่มีอาการแสดงใดๆเลยจึงทำให้การวินิจฉัยโรคทำได้ยากจึงได้รับการรักษาล่าช้าได้ (Kannel, 1986)

โรคหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุและญาติทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติได้ทั้งในเรื่องการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สัมพันธ์ หิณฐิระนันท์, 2541) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะโรคสามารถทำให้สูญเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน และลักษณะความเรื้อรังของโรคยังทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างทนทุกข์ทรมานจากภาวะโรคที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต มีการจำกัดการทำกิจกรรมและต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษานานและผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ มักรับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง ความกลัวอันตรายถึงชีวิตและรักษาไม่หายขาด ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541 ; Dixon, 2000) ความเครียดในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสถานการณ์ที่มีผลต่อความเครียดแตกต่างกันโดยวัยผู้ใหญ่ความเครียดมักเกิดจาก การแต่งงาน การเริ่มครอบครัว หรือเรื่องงาน แต่ในผู้สูงอายุความเครียดมักเกิดจาก ภาวะพึ่งพา (McCrae, 1989 อ้างถึงใน Bunten, 2001) การสูญเสียคู่สมรส บุคคลใกล้ชิดและ ความเจ็บป่วย (Amster & Krauss, 1974 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Bunten, 2001) และลักษณะของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในวัยสูงอายุมักจะเกิดจาก ปัจจัยหลายอย่างที่มีความซับซ้อนมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Bunten, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดมากทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ สภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยมีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มขึ้นทำให้มองว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถ ปัญหาจากครอบครัวที่แยกครอบครัวไปทำงาน คู่สมรส ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต หรือปัญหาเศรษฐกิจ ที่มีรายได้ลดลง แต่เมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกับการดูแลรักษา (Ebersole & Hess, 1994) นอกจากนี้ ปัญหาสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งโดยอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดย่อมมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูงกว่าเนื่องจากผลกระทบจากภาวะโรคและเมื่อเกิดความเครียดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี

ความเครียดเป็นความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ เป็นภาวะของความวุ่นวายทางจิตใจ ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวไว้ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ก็จะเกิดเป็นความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคลแต่ละบุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน ซึ่งความเครียดถือเป็นกลไกของร่างกายที่สามารถเกิดได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งเกิดความเครียดได้มาก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2538) ความเครียดเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ทั้งร่างกายและจิตใจเสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็วและเห็นได้อย่างชัดเจนที่สุด (อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2530) โดยทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ของฮอร์โมนและการทำงานของระบบต่างๆบกพร่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหัวใจและหลอดเลือด เพราะมีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น มีการดูดกลับของน้ำและโซเดียม ทำให้เพิ่มปริมาณการไหลเวียนของโลหิตในร่างกาย ซึ่งเพิ่มการทำงานของระบบหัวใจ นอกจากนี้ความเครียดยังส่งผลในการกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนในผู้ป่วยโรคหัวใจความเครียดมีผลต่อการทำงานของหลอดเลือด และมีผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อภายในหลอดเลือดมากขึ้น (Kozicz & Casey, 1999 ; Hansen, 1998 ; Shelby & McCance, 1998) เป็นสาเหตุทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรม (บัวทอง สว่างไสภาพุส, 2543) และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ (Allison, 1995 อ้างถึงใน Kozicz, 1999) หรือมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นได้ (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542 ; ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2541; Eaton, 2000 ; Clarke & Bailey, 1989) นอกจากนี้ Ruberman (1984) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่มีความเครียดสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดต่ำถึง 4 เท่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ซึ่งกระบวนการชรา (Aging process) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมิแนวมืดที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบกับเมื่อมีการเจ็บป่วยยิ่งทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้นยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น และเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดในภาวะที่ร่างกาย จิตใจอ่อนแอย่อมทำให้ผลกระทบของความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนั้นสูงอายุในวัยหนุ่มสาว หรือคนที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง

ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้านในระยะแรก ซึ่ง Meleis และ Schumacher (1994) มองว่าระยะหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้านในระยะแรกนี้ถือเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน

ทางสุขภาพ (Health-Illness Transition) โดยแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่เข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านนั้น อาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรจะเกิดขึ้น อะไรที่ตนควรจะคาดหวัง หากมีการเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์บุคคลนั้นจะมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี แต่หากไม่สามารถเปลี่ยนผ่านได้บุคคลนั้นอาจเกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมาย ไม่ว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วยที่ต้องมีการจำกัดกิจกรรมเพื่อควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากเดิมที่มีมานานทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนกว่าวัยผู้ใหญ่ ประกอบกับความรู้สึกหวาดกลัวว่าอาการของโรคอาจจะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ชวณพิศ ทำนอง, 2541) และค่าใช้จ่ายที่ต้องมีมากขึ้นจากการดูแลรักษาต่อเนื่องและเพิ่มความรู้สึกพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้เกิดความเครียดได้สูงกว่าในระยะอื่น

การศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดระยะหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยยังคงมีความเครียดหรือมีปัญหาด้านจิตใจอยู่อีกเป็นปี นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 88 ของผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และซึมเศร้า ร้อยละ 83 รู้สึกว่าตนเองเหมือนคนพิการ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับระดับของการออกแรงทำกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการกลับไปทำงานในหน้าที่เดิม (Blumenthal & Mau, 1987) นอกจากนี้ Close และ Procter (1999) พบว่าผู้ป่วยในระยะ 4 เดือนแรก จะมีความเครียดสูงที่สุด แต่หากบุคคลซึ่งเผชิญระยะการเปลี่ยนผ่านทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สภาวะการมีใหม่ ๆ และมีการเตรียมตัวที่ดี มีการเฝ้าระวังหรือป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจตามมาในช่วงการเปลี่ยนผ่านแล้ว ก็จะเป็นผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และหากไม่ทราบเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่าน จะทำให้เกิดความยุ่งยากในการเปลี่ยนผ่าน และก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นการมุ่งเน้นให้บุคคลครอบครัว ตลอดจนชุมชน สามารถป้องกันหรือจัดการต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งสู่สภาวะหนึ่งอย่างมีคุณภาพจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ (Meleis & Schumacher, 1994 ; เระณ พุกบุญมี, 2543)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทยโรคหัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ยังมีการให้ความสนใจเกี่ยวกับความเครียดในกลุ่มนี้ค่อนข้างน้อย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียดต่ำ แม้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยมาแล้วมากกว่า 1 ปีทั้งสิ้น (อารีย์ ฟองเพชร, 2540 ; จิราวรรณ อินคัม, 2541 ; น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินปัจจัย

ที่เป็นสาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดตั้งแต่อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อาจถูกมองข้ามหรือไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่ต้นจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในระดับที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นระยะที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดน่าจะมีความเครียดสูงที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียด โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นพื้นฐานความรู้ให้พยาบาลสามารถระบุสาเหตุหรือเงื่อนไขของความเครียดที่รบกวน หรืออาจจะรบกวนผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถร่วมกับผู้สูงอายุในการวางแผนเพื่อป้องกันหรือลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะเผชิญกับสาเหตุของความเครียดนั้นๆ ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องตั้งแต่ต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. ศึกษาความสามารถของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย ในการร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความเครียดในระดับใด

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) และ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transitional theory) ของ Meleis และ Schumacher (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาปัจจัยที่ทำนายของความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดย Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยบุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ก็จะเกิดเป็นความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) บุคคลแต่ละบุคคลจะมีการประเมินสถานการณ์เดียวกันที่แตกต่างกัน และแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์แตกต่างกันด้วย ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่ละบุคคลจะให้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ในการเผชิญความเครียด

ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis และ Schumacher (1994) มีจุดมุ่งเน้นในการประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคลหรือผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี โดยให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นกระบวนการ การเคลื่อน การผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งสู่อีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและอาจมีผลกระทบต่อกันมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ เช่น ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิด โดยการเปลี่ยนผ่านจะมีลักษณะเป็นระบบเปิด คือมีสิ่งนำเข้า กระบวนการ และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยกล่าวถึงสิ่งนำเข้าที่เรียกว่าเป็นปัจจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่าน 3 ชนิด ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (Developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) และการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ (Health-Illness transition) และมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดย Meleis และ Schumacher (1994) ได้เสนอเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านซึ่งจะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านจะผ่านไปได้อย่างง่ายหรือลำบาก ได้แก่ 1) การให้ความหมาย

(Meaning) 2) การคาดหวัง (Expectation) 3) ระดับความรู้และทักษะ (Level of Knowledge/Skill) 4) สิ่งแวดล้อม (Environment) 5) ระดับของการวางแผน (Level of Planning) และ 6) ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and physical well-being)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และ Schumacher (1994) ในการคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการศึกษาให้เพิ่มความรู้อื่นๆจากการนำปัจจัยหลายอย่างมาร่วมกันทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเครียด นอกจากนี้ความรู้ที่ได้ยังเป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นดังกล่าวมาแล้ว การทบทวนเอกสารผลการวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล นำเสนอต่อไปนี้

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในแนวคิดของการเปลี่ยนผ่านถือว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเงื่อนไขของการให้ความหมาย (Meaning) และการคาดหวัง (Expectation) โดยการให้ความหมาย หมายถึงการประเมินสถานการณ์ และผลที่เกิดขึ้นว่ามีผลทางบวกหรือทางลบต่อชีวิตของตน เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้หรือความเข้าใจโดยมีการแปลความให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (บัวทอง สว่างไสภาพุฒ, 2543) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักรับรู้และให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง มีอันตรายถึงชีวิตและรักษาไม่หายขาด การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเครียดและเกิดอารมณ์หดหู่ได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541 ; Dixon, 2000) นอกจากนี้การคาดหวังของผู้ป่วยมีผลต่อความเครียดได้ เนื่องจากบุคคลที่เข้าสู่สภาวะการเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนควรจะคาดหวังอะไรและการคาดหวังอาจจะไม่อยู่หรืออยู่บนโลกแห่งความเป็นจริงและความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้นจะบรรเทาลงได้ ถ้าโอกาสเป็นไปตามความคาดหวังมาก (Schumacher & Meleis, 1994) โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก และภาวะความสูงอายุทำให้รู้สึกว่าร่างกายของตนนั้นเริ่มเสื่อมถอย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ซึ่งการรับรู้ของแต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และคาดว่าจะมีผลกระทบต่อกันในลักษณะที่ต่างกันหรือกล่าวได้ว่ามีการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่ต่างกัน (Bauman, 1965 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ต่างกันมีผลให้เกิดความเครียดที่ต่างกัน เนื่องจากการรับรู้เป็นสิ่ง

สำคัญในการที่จะทำให้บุคคลสนองตอบต่อสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (ปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร, 2542 ; บัวทอง สว่างโสภากุล, 2543 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด เป็นปัจจัยหนึ่งในการเปลี่ยนผ่านด้านระดับความรู้ และทักษะ (Level of Knowledge/Skill) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดในที่นี้หมายรวมถึง ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด ถือว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากหากผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรค และ ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในการปฏิบัติตน จนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (Logan & Jenny, 1997) และการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้จะทำให้ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรคต่างๆของตนเองได้ว่าจะเป็นอย่างใดต่อไปจึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้น (Close & Procter, 1999 อ้างถึงใน ปราณี่ มิ่งขวัญ, 2542) และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจ และลดความเครียดได้ ซึ่งสามารถลดโอกาสเกิดโรคซ้ำได้ (พัชรภาพร เถาว์พันธ์, 2544)

การสนับสนุนจากสังคม เป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมในแนวคิดของการเปลี่ยนผ่านที่สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือได้น้อยกว่าที่ต้องการ ผู้สูงอายุจะเกิดความลำบากในการเปลี่ยนผ่าน และก่อให้เกิดความเครียดได้ (Schumacher & Meleis, 1994 ; เรณู พุกบุญมี, 2543) จากการศึกษาของ Moneyham และ Scott (1995 อ้างถึงใน Sally, 2000) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นสื่อกลางที่คอยช่วยเหลือมนุษย์ให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตต่างๆในชีวิตได้ และการได้รับแรงสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียดได้ (Dressler, 1985 อ้างถึงใน สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545 ; ปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen และ Wills (1987) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตโดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนเกราะกำบังที่จะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วยให้น้อยลง แต่เมื่อเกิดปัญหาหรือความเจ็บป่วยบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกว่ามีคนเข้าใจปัญหาและไม่มีที่พึ่งพาช่วยแก้ปัญหา จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหวและเกิดความเครียดสูงขึ้น (ปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร, 2542) นอกจากนี้จาก

การศึกษาของ Stewart (2000) ยังพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบ่งได้ 3 ประเภทใหญ่ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งในผู้สูงอายุการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (อารีย์ พองเพชร, 2540 ; Dnnkel-Schetter, 1984 อ้างถึงใน สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541 ; Roach, 2001) เนื่องจากในสังคมไทยครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงใน จันทรทิพย์ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และยุพิน อังสุโรจน์, 2544) และเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว (นภาพร ชโยวรรณ, 2543) แต่เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล หรือช่วงที่ผู้ป่วยต้องการบริการด้านสุขภาพ พยาบาลเปรียบเสมือนครอบครัวของผู้สูงอายุ (Thomasma, Yeaworth & McCabe, 1990 อ้างถึงใน Buntan, 2001) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ โดยการให้กำลังใจ การให้บริการด้วยความอบอุ่นใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีกำลังใจ ด้านความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการปฏิบัติตน เพื่อลดความเครียด ลดภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น หรือการกลับเป็นซ้ำ

ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ถือว่าเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านคือด้านระดับของการวางแผน (Level of Planning) โดยที่แนวคิดการเปลี่ยนผ่านกล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านที่ดีการเปลี่ยนผ่านจะดำเนินไปได้โดยง่ายและสมบูรณ์ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วย่อมสามารถวางแผนได้ดีขึ้นด้วย (Schumacher & Meleis, 1994) Close & Procter (1999) ที่ศึกษาในผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 4 เดือนแรกพบว่าจะมีความเครียดสูงที่สุดกว่าในระยะต่อมาทั้งนี้เนื่องจากในระยะแรกของการเจ็บป่วยเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน และแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนเมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะสามารถคาดหมายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้จะเกิดความเครียดน้อยกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะช่วยให้คุณเรียนรู้ต่อความเครียดและปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียด (Roberts, 1988) ซึ่งจะส่งผลในทางที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์ที่มีในอดีตมาช่วยในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ และบุคคลที่เคยมีประสบการณ์จะทำให้มีทักษะ

ที่ดีขึ้น ทำให้มีความคิดที่มีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเวลาผ่านไป บุคคลจะค่อยๆปรับตัวได้ เรียนรู้มากขึ้น และแก้ไขปัญหาไม่มากขึ้นกว่าในระยะแรกๆ (Bell, 1977) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วทำให้ทราบวิธีการประเมินตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย และเคยทราบวิธี หรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมาแล้ว ทำให้เมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาก่อนสามารถวางแผนได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Wong, 1991) จึงอาจทำให้บุคคลที่ไม่มีประสบการณ์มีความเครียดสูงกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์มาแล้ว Jiska และ Yoram (1998) พบว่า ประสบการณ์ความเครียดในอดีตมีผลต่อการรับรู้ความเครียดในปัจจุบัน โดยหากผู้ที่มีประสบการณ์จะทำให้ได้รับผลกระทบจากความเครียดนั้นต่ำลง เพราะประสบการณ์ทำให้บุคคลได้เรียนรู้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนผ่าน Meleis และ Schumacher (1994) ถือว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเงื่อนไขด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ (Emotional well-being) ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน มนุษย์ทุกคนต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองตนในแง่ดี และยอมรับตนเอง (Barry, 1989) และผู้สูงอายุก็ต้องการให้ตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักและต้องการของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง และคนในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) แต่ด้วยภาวะแห่งวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเริ่มแยกตัวจากสังคม หรือมีส่วนร่วมในสังคมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการจำกัดกิจกรรม เกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกจะกำเริบขึ้น แล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทุพพลภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือไม่เห็นคุณค่าในตนเองได้ (Eliopoulos, 1993) และบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองนั้นไม่มีคุณค่าจะเกิดความรู้สึกมีปมด้วย และเครียดได้ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539)

สมรรถภาพทางกาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนผ่านกล่าวว่า สภาพทางกาย เป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านความผาสุกทางด้านสภาพร่างกาย (Physical well-being) (Meleis & Schumacher, 1994) ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุ

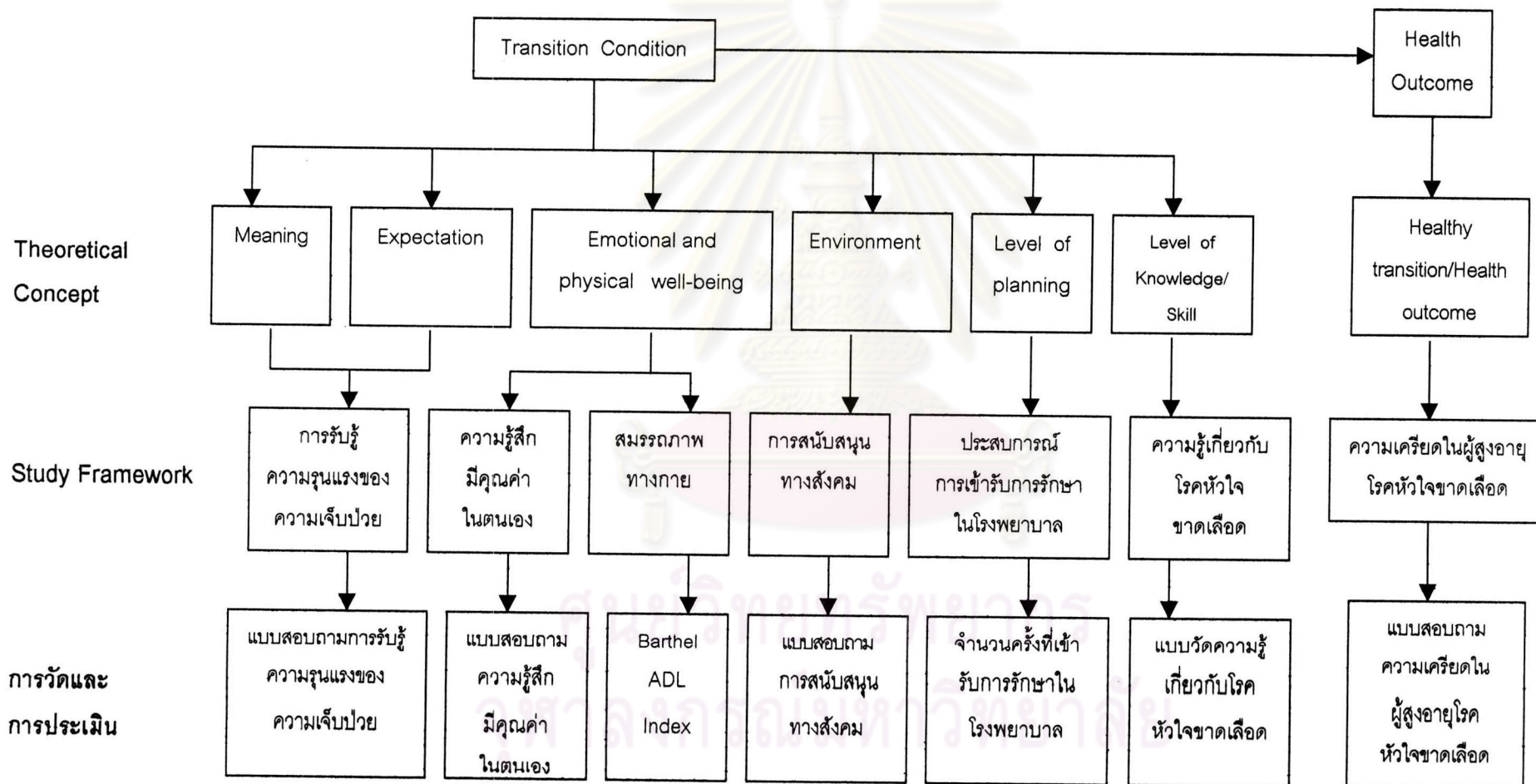
เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้การประกอบกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองลดลงและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ที่ลดลงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (สายฝน จับใจ, 2540) นอกจากนี้ Boynton De Sepulveda และ Chang (1994 อ้างถึงใน ปราณีย์ มิ่งขวัญ, 2542) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำลงผู้ป่วยก็จะยิ่งประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับสูงขึ้นเท่านั้น สภาวะทางกายเป็นสาเหตุจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2542) การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นเป็นผลให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งผู้สูงอายุต้องมีการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในระยะแรกทำให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดกิจกรรม เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวมากยิ่งขึ้น จึงเป็นผลให้เกิดความเครียดได้

จากแนวคิดและผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าทั้งแนวคิดและผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียด ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้จึงศึกษาในเชิงพยากรณ์เพื่อให้ทราบความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดของปัจจัยคัดสรรในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลความเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่กรอบแนวคิดในการวิจัยเสนอในแผนภาพที่ 1

สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางกาย สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

แผนภาพที่ 1 แผนภาพแสดงความเชื่อมโยงจากทฤษฎีสู่กรอบแนวคิดในการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อยู่ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 1 เดือน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสมรรถภาพทางกาย

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค Ischemic heart disease (IHD) หรือ Coronary heart disease (CHD) หรือ Coronary artery disease (CAD) หรือ Artherosclerotic heart disease (ASHD) และอยู่ในระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 1 เดือน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเปลี่ยนจากสภาวะการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลไปสู่สภาวะการได้รับการจำหน่ายให้กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ เป็นภาวะของความวุ่นวายทางจิตใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งแสดงออกทางความรู้สึก พฤติกรรม อาการ หรืออาการแสดง สามารถวัดได้จากแบบสอบถามความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตให้มีความเฉพาะกับความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคม และความไม่สุขสบาย โดยเป็นการรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยของ Becker & Maiman (1975)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องในข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับเกี่ยวกับการรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งในการวิจัยนี้วัดจากจำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเข้าได้รับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยไม่รวมการเข้ารับการรักษาคั้งที่ผ่านมานี้ 1 เดือน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกยอมรับนับถือที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีต่อตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อและมั่นใจว่าตนมีความสำคัญ มองตนในทางบวกเห็นว่าตนเองเป็นคนมีค่า ความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ และความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับสามารถวัดได้จากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1981) ร่วมกับดัดแปลงจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ของนางลักษณ์ บุญไทย (2539) ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Coopersmith Self-esteem Inventory (1984)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความผูกพันรวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ใ้วางใจซึ่งกันและกันและช่วยเหลือกัน สามารถวัดจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนจากครอบครัวของ อารีย์ ฟองเพชร (2540) ซึ่งสร้างจากแนวคิดของ House (1981)อ้างถึงใน Tilden, 1985)

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดได้จากเครื่องมือประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) ฉบับภาษาไทย นำมาจาก สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้สูงอายุเอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในทีมสุขภาพใช้เป็นข้อมูลในการประเมิน วางแผนร่วมกับผู้สูงอายุ และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนแปลงผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ