

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับความเครียดและปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ จำแนกเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
2. โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
3. บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน
5. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด
6. ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
7. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
8. การวัดและการประเมินความเครียด
9. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นในลักษณะเสื่อมถอยลงซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ออกเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจะมีจำนวนลดลง ส่วนปริมาณน้ำภายในเซลล์ยังคงเท่าเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายคือ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536 ; จันทนา รัตนวิชัย, 2541 ; Fordyce, 1999)

1) ระบบผิวหนัง และกระดูก ผิวหนังของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะแห้งและเหี่ยวย่นมากขึ้น เนื่องจากการขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยงและความยืดหยุ่นลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย กระดูกจะเปราะและหักง่าย น้ำในไขข้อลดลง เป็นผลทำให้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อเกิดการเสียดสีกัน ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ควรเพิ่มความระมัดระวังและปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2) ระบบประสาท ในผู้สูงอายุเซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณ ประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไว และความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง

3) ระบบการรับรู้ การมองเห็นของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากกล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ ทำให้การปรับตัวสำหรับการเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ดี ผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ทำให้การอ่านหนังสือ การเรียนรู้ข้อมูลต่างๆ น้อยลง นอกจากนี้เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัว หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง การสูญเสียการได้ยิน ทำให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร และทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (พัชรี ต้นศิริ, 2536) และการรับรสของลิ้นไปประมาณร้อยละ 10-30 (Ebersole & Hess 1994) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

4) ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเยื่อพังผืดไขมัน และสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ลิ้นหัวใจหนาแข็ง มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะเอมโบไล (Emboli) หรือ thrombus ได้บ่อย นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจะลดลง กำลั้งการหดตัวของหัวใจเนื่องจากมีการหั่งแคลเซียมจากเอนโดพลาสมิกเรติคูลัม ซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ การรับสารกระตุ้นจากแคทีโคลามีน (Catecholamine) ลดลงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อิลาสตินในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary arteries) จะลดลง 1 ใน 3 ทำให้ผนังหลอดเลือดบางลง แข็งและเปราะ และมีการสะสมของแคลเซียมและไขมันในชั้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว

(Atherosclerosis) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ จึงทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดได้

5) ระบบทางเดินหายใจ เยื่อทางเดินหายใจส่วนบนถูกทำลายจากสารแปลกปลอมต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการขจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในทางเดินหายใจได้น้อยลง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

6) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุแตกหักง่าย หลอดอาหารขยายตัวและบีบรัดตัวไม่ดี ทำให้กลืนลำบาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัว ทำงาานช้าลง อาหารในกระเพาะย่อยกลับขึ้นมาในหลอดอาหาร การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารนี้

7) ระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อย ทำให้การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ได้น้อยส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ร่างกายและจิตใจของบุคคลเกี่ยวข้องผูกพันซึ่งกันและกัน เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น จิตใจก็จะเปลี่ยนไปด้วย ด้วยกระบวนการชราทำให้การเรียนรู้ในผู้สูงอายุยากขึ้น เนื่องจากความจำระยะสั้นจะลดลง การจำข้อมูลใหม่ ๆ (Intermediate information) พร่องไป ทำให้การคิดและตัดสินใจในกรณีเร่งด่วนทำได้ไม่ดีเท่าวัยหนุ่มสาว แต่ความคิดเชิงเหตุผลของผู้สูงอายุยังดีอยู่ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งผ่านประสบการณ์ชีวิตมามากทำให้กระบวนการคิดโดยใช้เหตุผลดีกว่าในวัยหนุ่มสาว แต่ความคิดอาจจะค่อนข้างยึดติดความคิดเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความสนใจจากบุคคลใกล้ชิด (พัชรี ตันศิริ, 2536) การเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆเหล่านี้ มีผลทำให้อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปเป็นผลให้บุคลิกภาพเปลี่ยนไปด้วย อาจปรากฏออกมาในลักษณะใจน้อย อ่อนไหวง่าย วิดกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการพึ่งพามากขึ้น ถ้ามีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงกระทันหัน ผู้สูงอายุจะมีความเครียดมาก (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2541) แต่ผู้สูงอายุที่เข้าใจในภาวะชราที่ปรากฏและมองว่าวัยสูงอายุเป็นโอกาส เช่น โอกาสทำในสิ่งที่ปรารถนา โอกาสพัฒนาส่งเสริมสุขภาพกายและจิต จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี (สุทธิชัย จิตะพันธกุล, 2541)

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลที่เคยทำงานต้องออกจากงาน ทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทำให้รายได้ลดน้อยลง ความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและชุมชนลดลง และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันครอบครัวจะเล็กลง เป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวได้ง่าย ถ้ามีการสูญเสียคู่สมรส เพื่อนสนิท หรือพี่น้อง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้าง เหงามากขึ้น (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2541) แต่หากผู้สูงอายุที่สามารถนำความรู้ความสามารถที่มีในการช่วยเหลือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แต่หากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ และแยกตัวออกจากสังคมได้ (Eliopoulos, 1993)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมด้วย และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หลายโรค ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในทางเสื่อมที่แตกต่างจากรายอื่น ดังนั้นการทำให้การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงควรพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ในผู้สูงอายุด้วย

2. โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่มีชื่อเรียกอื่นๆ อีกเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease, CHD) และโรคหลอดเลือดแดงโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) หมายถึงอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Supply) กับความต้องการเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Demand) โดยที่ความต้องการเลือดไปเลี้ยงหัวใจจะมากกว่าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเสมอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (พรรณี เสถียรโชค, และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี , 2536 ; Eaton, 2000) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) เนื่องจากการสะสมของไขมันพวกโคเลสเตอรอล เป็นก้อนนูนภายในหลอดเลือด ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น นอกจากนี้ อาจพบร่วมกับภาวะอื่น เช่น โรคของลิ้นหัวใจเอออร์ติก (Aortic valvular disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) และเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโคโรนารีมีรูเปิดมาจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี

(Pulmonary artery) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะที่เกิดจากหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งอาจพบได้ในหลอดเลือดที่ปกติหรือในหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ(Atherosclerotic) จนเลือดไหลเวียนลดลงมาก บางรายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลและกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (Myocardial infarction)

2.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุร้อยละ 80-90 มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวผนังบุด้านในหลอดเลือด(Intima layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง (Medial layer) ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน(Fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา ๆ (Fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือมีเลือดออก และมีหินปูนจับเกาะได้ (Calcification) จากการศึกษาการระบาดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในผู้สูงอายุพบปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลทำให้โรคนี้พบได้บ่อยขึ้นและมีความรุนแรงขึ้นได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Eaton, 2000) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ กรรมพันธุ์ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารไขมันสูง อ้วน การออกกำลังกาย และความเครียด (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542 ; วัลลีย์ กาญจนกิจสกุล, 2543 ; Eaton, 2000 ; Clarke & Bailey, 1989)

2.2 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (เสก ปัญญสังข์ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

1) อาการและอาการแสดงที่จำเพาะกับโรคหัวใจขาดเลือด (Typical clinical manifestation of CAD) ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะเวลาออกแรงซึ่งพบได้ไม่ถึงร้อยละ 50 เท่านั้นในผู้สูงอายุ และแม้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกก็ตามลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกอาจไม่ใช่อาการเจ็บเค้น (Squeezing) หรือเจ็บหนักๆแน่นๆ (Crushing) รวมทั้งตำแหน่งของการเจ็บหน้าอกนั้นก็ยังไม่ค่อยจะบอกได้ชัดเจนนัก หรือบางทีอาจจะปวดบริเวณท้องหรือ Epigastric area โดยไม่มีเจ็บหน้าอกเลยก็ได้

2) ไม่มีอาการและอาการแสดง (Silent ischemia) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หรือโรคหัวใจขาดเลือดนั้น มีอยู่เป็นจำนวนมากที่ไม่เคยมีอาการและ/หรืออาการแสดงใดๆเลย โดยจากการศึกษาของ The Framingham Study นั้นพบว่าผู้สูงอายุ

ที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ อาจไม่มีอาการหรืออาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือด สูงถึงร้อยละ 40 (Kannel & Abbott, 1986)

ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง อาจส่งผลกระทบต่อให้ผู้สูงอายุไม่ได้มาพบแพทย์อย่างทันท่วงที ซึ่งอาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นได้

2.3 การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ การตรวจหัวใจที่ไม่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกาย และการตรวจหัวใจที่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกาย (เสก ปัญญสังข์ และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

1) การตรวจหัวใจที่ไม่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกาย (Noninvasive cardiac tests) ในการตรวจหัวใจที่ไม่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกาย มีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น และเพื่อการพยากรณ์โรค คือ การตรวจที่นิยมทำ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงแบบธรรมชาติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย การตรวจด้วยสารกัมมันตรังสี รวมไปถึงการตรวจความสามารถของการแพร่กระจายของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจขณะออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งการตรวจหลายชนิดจำเป็นต้องอาศัยการออกกำลังกายเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถทำการทดสอบต่างๆ ดังกล่าวได้ เนื่องจากความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุลดลงตามวัยที่สูงขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายน้อยลงหรือไม่สามารถทำได้เลย การตรวจสมรรถภาพหัวใจอีกแนวทางจึงนำเอาการกระตุ้นการเต้นของหัวใจด้วยยามาใช้แทนที่การออกกำลังกาย เช่น ไตไพริดาโมล และโดปามีน เป็นต้น

2) การตรวจหัวใจที่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกาย (Invasive cardiac tests) การตรวจหัวใจที่ต้องรูกล้าเข้าภายในร่างกายในปัจจุบันนี้การสวนหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและฉีดสี (Cardiac catheterization and coronary angiogram) จัดเป็นการวินิจฉัยมาตรฐานสำหรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหัวใจขาดเลือด อย่างไรก็ตามการฉีดสีเพื่อที่จะดูหลอดเลือด อาจจะมีข้อจำกัดอยู่บ้างในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่ไม่สามารถรับการฟอกเลือดในระยะยาวได้

2.4 การรักษา

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้เป็น 3 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยา การรักษาโดยการผ่าตัด และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Eaton, 2000 ; สุขเชษฐ ธรรมธาดา, 2545 ; พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์โชค ชัยเสรี, 2536)

1) การรักษาด้วยวิธีใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของผู้ป่วยให้มากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชีวิตที่ปกติ ดังนั้นการใช้ยาจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการผลข้างเคียงของยา และการตอบสนองของยาของผู้ป่วย ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้ 5 กลุ่มคือ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ยาปิดกั้นเบตา (Beta blockers) เป็นยาช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ กลุ่มที่ 2 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel-blockers) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการลดความดันโลหิตและลดการบีบตัว และช่วยเพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการขยายหลอดเลือด กลุ่มที่ 3 ไนเตรท (Nitrate) เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นและนาน ยานี้จะไปลดอาการเจ็บหน้าอกของหัวใจได้ โดยทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดคลายตัว ทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว และลดแรงต้านหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลง เป็นการช่วยลดการทำงานของเวนทริเคิลซ้ายลง กลุ่มที่ 4 ยาต้านการเกาะตัวของเลือด เช่น แอสไพริน และคูมาดิน(Coumadin) เป็นยาที่นิยมใช้เพื่อป้องกันการตกตะกอนของเลือด และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระยะยาว และกลุ่มที่ 5 ยาลดระดับไขมันในเลือด ใช้เพื่อลดระดับไขมันในเลือดโดยการป้องกันการดูดซึมโคเลสเตอรอล

2) การรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous Trans Luminal Coronary Angioplasty : PTCA) และการผ่าตัดทำการเบี่ยงเส้นเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Grafting : CABG) การพิจารณาทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอาการเจ็บหน้าอกแบบถาวร นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีการตีบของเส้นเลือดหลายเส้น อาจพิจารณาทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งได้ แต่ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีนี้อาจได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร การผ่าตัดทำการเบี่ยงเส้นเลือดโคโรนารีจะเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลสมบูรณ์กว่าการทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง แต่อย่างไรก็ตามอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง และ การผ่าตัดทำการเบี่ยงเส้นเลือดโคโรนารีในผู้สูงอายุ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นโลหิตในสมองแตก การติดเชื้อ และ การเสียชีวิต จะมากกว่าวัยอื่น (Forman & Wei, 1993:34)

3) วิธีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค และป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและโคเลสเตอรอลต่ำ การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การลดภาวะเครียด การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การป้องกันอาการท้องผูก การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3. บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือ บทบาทในการดูแลรักษาผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตสังคม อาภา ใจงาม (2536) ได้กล่าวถึงหลักการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

1) การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดตามสภาวะของผู้สูงอายุแต่ละคน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมในสังคมได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจึงควรมีการคำนึงถึงการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย เนื่องจากความรู้ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านลง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และคลายความเครียดลงได้ รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงนั้นให้สามารถทำงานได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย

2.1) ฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2) ให้คำแนะนำแก่ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

2.3) การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมที่จะรับความจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะในลักษณะของการเสื่อมถอยตามอายุ และโรคที่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะที่ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว จึงควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้การประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งจากภาวะความสูงอายุและจากภาวะโรค อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว และบุคคลอื่น แต่หากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่บุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย

3) การฟื้นฟูสภาวะด้านจิตสังคม โดยการยกย่องให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองที่ได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน

ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ควรมีการส่งเสริมด้านจิตสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากในช่วงที่มีการเจ็บป่วยซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต และพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า จนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดความรู้สึกว่าถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยแต่ยังสามารถเป็นที่พึ่งพาให้กับผู้อื่นได้ เช่น การเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำแนะนำต่างๆ เพราะมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจได้ (Whall, 2001)

สรุป ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจขาดเลือด จึงควรมีการให้ความรู้ความเข้าใจ ทั้งแก่ผู้สูงอายุและญาติ รวมถึงการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตสังคม โดยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ

4. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) (เรณู พุกบุญมี, 2543)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis (1994) ได้เสนอโมเดลการเปลี่ยนผ่านว่าเป็นโมเดลที่สำคัญในทฤษฎีหนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาลโดยกล่าวว่า เมื่อผู้รับบริการจะมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะใดสภาวะหนึ่งเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการ การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล และที่สำคัญคือการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พยาบาลจะมีบทบาทในช่วงการ

เปลี่ยนผ่านชนิดนี้มาก จุดเน้นของทฤษฎีมุ่งที่การประเมินและการให้ช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชน ให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่งได้อย่างมีคุณภาพและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี Meleis (1994) อธิบายความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการการเคลื่อน การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้น

นอกจากนี้ยังกล่าวว่าการเปลี่ยนผ่านมีลักษณะเป็นระบบเปิด ที่ประกอบด้วยสิ่งเร้า (Input) กระบวนการ (Process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output) โดยได้กล่าวถึงสิ่งนำเข้าหรือที่เรียกว่าปัจจัยชักนำให้เกิดการเปลี่ยนผ่าน (Antecedent event) ว่ามี 3 กรณี คือ 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ (Developmental transition) 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/Illness transition) และเมื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ไม่ว่ากรณีใดก็ตามจะมีโครงสร้างของกระบวนการ ที่เกิดขึ้นเหมือนกัน คือ เริ่มจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่ม (Entry) ของกระบวนการปรับผ่าน ตามด้วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพยายามปรับเปลี่ยนเข้าสู่สภาวะใหม่ (Passage) และสิ้นสุดด้วยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายที่เป็นทางออก (Exit) ของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

ส่วนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (Health outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการเปลี่ยนผ่าน เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีจากกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะแสดงออกมาใน 4 รูปแบบคือ 1) มีการฟื้นฟูสภาพให้ได้ดีดังเดิม (Restoration) 2) คงสภาพเดิม (Maintenance) 3) สามารถป้องกันการเกิดความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (Protection) 4) สามารถส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Promotion) (Chick & Meleis, 1986 อ้างถึงใน Meleis & Schumacher, 1994)

ภายหลัง Schumacher และ Meleis (1994) ได้เสนอแบบจำลองทางการพยาบาล สำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรืออีกสภาวะหนึ่งของชีวิต (A nursing model of transition) ว่าประกอบด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ดังนี้ คือ

- มโนทัศน์ที่ 1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types of transition)
- มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)
- มโนทัศน์ที่ 3 ดรรชนีบ่งชี้ว่าเปลี่ยนผ่านได้อย่างสมบูรณ์ (Indicators of health transition)
- มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

ซึ่งรายละเอียดของแต่ละมโนทัศน์จะนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

4.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types of transition)

ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เป็นมโนทัศน์ที่ช่วยในการแบ่งชนิดหรือความครอบคลุมของปรากฏการณ์ (Scope of phenomena) ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งซึ่งมี 4 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ เช่น การเข้าสู่วัยรุ่น การเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การเริ่มเป็นมารดา การเข้าสู่วัยหมดระดู และการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น

ชนิดที่ 2 การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล (Situational transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ทางด้านการศึกษา เช่น การเปลี่ยนระดับการศึกษา การเริ่มเข้าหรือจบออกจากโปรแกรมการศึกษาต่างๆ หรือการเริ่มทำงานใหม่ การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ เช่น การเปลี่ยนบทบาทจากผู้ปฏิบัติเป็นผู้บริหาร หรือการต้องออกจากตำแหน่งผู้บริหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจได้แก่สถานการณ์ที่บุคคลต้องย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย การเป็นม่าย การที่ต้องเริ่มบทบาทเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว หรือผู้สูงอายุที่ต้องจากบ้านไปอยู่สถานพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา

ชนิดที่ 3 การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health-illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด เข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การหยาเครื่องช่วย การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน หรือจากโรงพยาบาลไปสู่ศูนย์ฟื้นฟูสภาพต่างๆ หรือการที่ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโรคจิต โรคประสาทกลับคืนสู่ชุมชน

ชนิดที่ 4 การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในขององค์กร และมีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน และการเปลี่ยนผ่านหลายชนิดอาจเกิดขึ้นในบุคคลพร้อมๆ กัน ซึ่งการเปลี่ยนผ่านอาจซ้ำซ้อนกันอยู่ในบุคคลและเกิดในเวลาเดียวกันได้ ในการศึกษาวิจัยได้ศึกษาในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ โดยเฉพาะเจาะจงในช่วงที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้านในช่วง 1 เดือนแรก

4.2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านเป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม Schumacher และ Meleis (1994) ได้เสนอการใช้เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่านนี้เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นตัวทำนายผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิดขึ้นจะผ่านพ้นไปได้อย่างไร ในทัศนะนี้ประกอบด้วยมโนทัศน์ย่อยๆ ได้แก่

เงื่อนไขที่ 1 การให้ความหมาย (Meaning) หมายถึง การประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านและการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านที่จะมีต่อชีวิตของบุคคลนั้นๆ ว่าการเปลี่ยนผ่านครั้งนี้จะมีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ซึ่งการประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านนี้จะแปรผันตามประสบการณ์เดิมที่บุคคลมีต่อการเปลี่ยนผ่าน ดังนั้นในสถานการณ์เดียวกัน แต่ละบุคคลอาจประเมินและตัดสินใจแตกต่างกันไป นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เกิดสถานการณ์ยังเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการที่บุคคลจะให้ความหมายหรือประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ด้วย

เงื่อนไขที่ 2 การคาดหวัง (Expectation) หมายถึง การคาดหวังถึงการเปลี่ยนผ่านที่เข้ามาหรือจะเข้ามา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความคิดของการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ กล่าวคือ บุคคลที่เข้าสู่สภาวะการเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าอะไรที่ตนควรจะคาดหวัง และการคาดหวังจะอยู่หรือไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ดังนั้นเมื่อบุคคลทราบว่าตนควรคาดหวังอะไร ความคิดที่สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ก็จะมีบรรเทาลง และถ้าการเปลี่ยนผ่านมีโอกาสเป็นไปได้ตามที่ต้องการมาก ความคิดก็จะน้อยลงเช่นกัน ทั้งนี้ความคาดหวังของบุคคลจะต้องสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมด้วย

เงื่อนไขที่ 3 ระดับความรู้และทักษะ (Level of Knowledge/Skill) หมายถึง ระดับความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ ของบุคคล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาบุคคลให้สามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสภาวะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์ (Healthy transition) Schumacher และ Meleis (1994) กล่าวว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแล ล้วนต้องการข้อมูลระหว่างที่ต้องมีการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์

เงื่อนไขที่ 4 สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยจะช่วยสนับสนุนให้การเปลี่ยนผ่าน

ไปอีกสภาวะหนึ่งของบุคคลนั้นเป็นไปได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) การสนับสนุนจากคู่สมรส (Spouse support) ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วย (Group support) ด้วยกันเอง และที่สำคัญคือการสนับสนุนจากพยาบาล (Nursing support) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ในระหว่างที่อยู่ในระยะที่มีการเปลี่ยนผ่าน หากผู้ป่วยขาดสิ่งสนับสนุนหรือสื่อสารกับบุคลากรในวิชาชีพน้อยกว่าที่ควรจะเป็นแล้ว ผู้ป่วยมักจะไม่มีความอยากลำบากในการเปลี่ยนผ่าน โดยที่ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกหมดพลัง สิ้นหวัง เครียด สับสน หรือขัดแย้ง (Johnson et al., 1992 ; Kenner & Lott, 1990)

เงื่อนไขที่ 5 ระดับของการวางแผน (Level of planning) หมายถึง การเตรียมตัว หรือการวางแผนเกี่ยวกับการแยกแยะประเด็นปัญหา และความต้องการต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ในช่วงระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของบุคคล ซึ่งรวมไปถึงบุคคลสำคัญที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเปลี่ยนผ่านครั้งนั้น ตลอดจนการติดต่อสื่อสารต่างๆ ด้วย ก็จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลในครั้งนั้นเป็นไปอย่างสมบูรณ์ และง่ายขึ้น

เงื่อนไขที่ 6 ความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย (Emotional and physical well-being) หมายถึง ถ้าบุคคลมีความผาสุกทางด้านอารมณ์และทางด้านร่างกายในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเครียด ความกดดันทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกสับสน ขัดแย้ง ความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว หรือความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทใหม่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มักจะปรากฏในระหว่างที่บุคคลต้องเปลี่ยนผ่านจากสภาวะเดิมเข้าสู่สภาวะใหม่ (Condi et al., 1986; Chielens & Hemick, 1990) ซึ่งพยาบาลจะต้องวางแผนให้การช่วยเหลือ

4.3 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) (Meleis, 1994

อ้างถึงใน เรณู พุกบุญมี, 2543)

การบำบัดทางการพยาบาลเป็นมโนทัศน์ที่กล่าวถึงวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น บทบาทของพยาบาลยังคงประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) การป้องกัน (Prevention) การให้การช่วยเหลือ (Intervention) เช่น การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) เป็นต้น โดยบทบาทของพยาบาลเริ่มต้นตั้งแต่

1) การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) ซึ่งจะต้องประเมินทุกเงื่อนไข ของการเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและ แหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านด้วย

2) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (Preparation for transition) ได้แก่ การให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่นั้น ตลอดจนการจัด สภาพแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น

3) การเข้าบทบาทเสริม (Role supplementation) ซึ่งแนวคิดนี้ได้มีการนำไปใช้ในบทบาท ผู้ปกครอง (Parents) และบทบาทผู้ดูแล (Caregiver) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนผ่านดังนี้

บัจอร์ เหลือมเจริญ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพ โดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง โดยพบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังหลังผ่าตัด การรับรู้ ความสามารถของร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการ ปรับผ่าน และการรับรู้ความสามารถของร่างกาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วม ทำนายภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียงได้ นอกจากนี้ จุฬารักษ์ ช้างเผือก (2544) ศึกษา ผลการดูแลในระยะปรับผ่านต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากก่อน การพยาบาล ส่วน Catanzaro (1990) ศึกษาภาวะเปลี่ยนผ่านของมารดาหลังคลอดที่เจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเผชิญภาวะเปลี่ยนผ่านหลายสถานการณ์ร่วมกัน ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านสู่ ความเป็นแม่ การเปลี่ยนผ่านในงาน การเปลี่ยนผ่านในบทบาทการเป็นภรรยา และการเปลี่ยน ผ่านทางสุขภาพ ซึ่งในภาวะการเปลี่ยนผ่านหลายชนิดร่วมกันนี้ทำให้ต้องพิจารณาสถานการณ์ทุก สถานการณ์ร่วมกัน ซึ่งจะทำการเปลี่ยนผ่านนี้เป็นไปได้ยากกว่าผู้ที่มีการเปลี่ยนผ่านเพียงอย่างเดียว

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความเครียดในผู้สูงอายุโรค หัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับ ความเครียดและปัจจัยคัดสรรในการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะ เปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินปัจจัย ที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทาง สุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

5. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านให้ความสนใจเกี่ยวกับความเครียด ซึ่งนักวิชาการแต่ละท่านมองความเครียดแตกต่างกันออกไป เช่น Selye (1974) อธิบายความเครียดในลักษณะเป็นการตอบสนองของร่างกาย แต่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเครียดในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของ Lazarus และ Folkman ดังจะกล่าวถึงต่อไปนี้

5.1 ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน

แนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) นี้เชื่อว่าความเครียดจะเป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันแตกต่างกัน และในบุคคลเดียวกันก็แปลความหมายของเหตุการณ์หรือสถานการณ์เดียวกันในเวลาแตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะแต่ละบุคคลมีการประเมินสถานการณ์แตกต่างกัน โดยบุคคลจะใช้สติปัญญาในการประเมินทั้งสาเหตุของความเครียดและแหล่งประโยชน์ที่ใช้เผชิญความเครียด ซึ่ง Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายความเครียดว่าเป็นผลระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยที่บุคคลจะเป็นผู้ประเมินด้วยสติปัญญา (Cognitive appraisal) ว่าหากความสัมพันธ์นั้นเกินขีดความสามารถหรือแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่บุคคลจะใช้ต่อต้านได้ บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าคุณค่า เป็นอันตราย สูญเสีย หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคล หรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจว่าจะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้นแต่ละบุคคลจะแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกทำร้ายหรือคุกคาม การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการรับรู้ของบุคคลแต่ละบุคคล ที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

ปัจจัยด้านบุคคล

ปัจจัยด้านบุคคล ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ประกอบด้วย

1) ข้อผูกพัน (Commitments) เป็นการที่บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า มีความสำคัญ และความหมายต่อตนเองมากเพียงใด โดยหากเหตุการณ์นั้นมีความหมาย บุคคลนั้นจะประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามต่อตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้น อาจทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น

2) ความเชื่อ (Beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในการก้าวหน้าทางการรักษาพยาบาล หากบุคคลเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมนั้นในลักษณะท้าทาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขสถานการณ์ ในขณะที่เดียวกันหากบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าไม่สามารถควบคุมได้ อาจตอบสนองออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง

ปัจจัยด้านสถานการณ์

ในปัจจัยด้านสถานการณ์ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ประกอบไปด้วย

1) ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลประเมินความเจ็บป่วยว่าเป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิต บุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่ถูกคุกคามเกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบัน และอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและความรู้ของบุคคลด้วย

2) ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต ในปัจจัยนี้หากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ใหม่ที่บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตก็อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

ในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนเมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะสามารถคาดหมายเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องได้ จะเกิดความเครียดน้อยกว่า จากการศึกษาของ Jalowiec และ Powers (1981) เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งได้รับการวินิจฉัยมาแล้ว 1 ปี จำนวน 25 คน และผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่มาตรวจใหม่ที่ห้องฉุกเฉินจำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มที่มาตรวจในห้องฉุกเฉินมีความเครียดสูงกว่ากลุ่มมีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล นั่นคือในระยะที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านในระยะ 1 เดือนแรก ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดสูงได้เช่นกัน

ผลของการประเมินในแต่ละลักษณะมีความสำคัญต่อการปรับตัวหรือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการประเมินเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นความเครียดต่อตนเอง ในลักษณะสูญเสีย อันตราย และคุกคาม มีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการรักษา อาการเจ็บป่วย และภาวะสุขภาพไม่ดีเพิ่มขึ้น หรือทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูญเสียไป เกิดอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และมีการเผชิญความเครียดในลักษณะที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมาก (Gass & Chang, 1989) เมื่อเกิดความเครียดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และร่างกายจะมีกลไกต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความเครียดดังนี้

5.2 กลไกการตอบสนองต่อภาวะเครียด

ไวไลวรรณ ทองเจริญ (2538) อธิบายไว้ว่าเมื่อมีสาเหตุของความเครียด (Stressors) เข้ามากระทบต่อร่างกายและจิตใจ ร่างกายจะเกิดการตอบสนอง (Stress response) โดยสมองจะเป็นอวัยวะรับการกระตุ้นจากสาเหตุของความเครียดแล้วส่งสัญญาณประสาทไปยังไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน (Releasing hormone) ออกมากระตุ้น การทำงานของอวัยวะหรือระบบต่าง ๆ เหล่านี้

1) Sympathetic nervous system ทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟริน (Epinephrine) จากต่อมหมวกไต (Adrenal medulla) และหลั่ง นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) จากปลายประสาทซิมพาเดติก (Sympathetic) มากขึ้นอย่างทันทีทันใด เพื่อเตรียมพร้อมร่างกายในการตอบสนองต่อภาวะเครียดซึ่งจะมีผลเกิดขึ้นดังนี้

- 1.1) ตับ และเนื้อเยื่อปลายทาง มีการสลายน้ำตาล โปรตีน และไขมันมากขึ้น
- 1.2) ตับอ่อน มีผลยับยั้งการหลั่ง insulin และกระตุ้นการหลั่ง กลูคากอน (Glucagon) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และเพิ่มการสลายโปรตีนและไขมันออกจากเนื้อเยื่อมากขึ้น
- 1.3) กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดเกิดการหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น
- 1.4) หัวใจและปอด ทำงานมากขึ้น ทำให้ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) และการหายใจเพิ่มขึ้น
- 1.5) ไต มีผลกระตุ้น การหลั่งเรนิน (Rennin) มากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีการหลั่ง Aldosterone จากต่อมหมวกไตส่วนนอกเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นการกระตุ้นระบบซิมพาเดติก (Sympathetic) ยังมีผลกระตุ้นการทำงานของต่อมมีท่อ เช่น ต่อมเหงื่อทำให้มีการขับเหงื่อออกทางผิวหนังมากขึ้น

2) Anterior pituitary gland กระตุ้นให้มีการหลั่ง ACTH (Adrenocorticotrophic hormone) ไปกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนนอกให้หลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) (จำนวนมาก) และ หลั่ง (Aldosterone) (จำนวนน้อย)มากขึ้น คอร์ติซอล (Cortisol) ที่หลั่งเพิ่มนี้จะช่วยเสริมฤทธิ์ของ กลูคากอน (Glucagon) และ แคทีโคลามีน (Catecholamines) (Epinephrine และ Norepinephrine) ในการสลายน้ำตาลจากตับ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ส่วน อาโดสเตอโรน (Aldosterone) ที่เพิ่มขึ้นจำนวนน้อย มีผลทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย

นอกจาก anterior pituitary gland จะถูกกระตุ้นให้หลั่ง ACTH เพิ่มขึ้นแล้ว ยังหลั่ง ฮอร์โมน เหล่านี้คือ β - LPH (β - lipotropin หรือ β - endorphins), GH (growth hormone), PRL (prolactin) และ TSH (thyroid stimulating hormone) เพิ่มขึ้นด้วย

3) Posterior pituitary gland กระตุ้นให้มีการหลั่งวาโซเพรสซิน (Vasopressin) หรือ ADH (Antidiuretic hormone) ซึ่งจะออกฤทธิ์ให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย

ปรากฏการณ์ที่พบในการตอบสนองต่อภาวะเครียด

1) ในคนซึ่ง Hypothalamic pituitary adrenal axis ไม่ถูกกระตุ้น จะมีความสามารถในการตอบสนองต่อความเครียดลดลง เช่น คนที่มีต่อมหมวกไต (Adrenal gland) หรือ ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) ไม่ทำงานหรือถูกตัดทิ้ง

2) คนที่มี กำลังสำรองของร่างกาย (Physiological reserve) ลดลง เช่น เด็กคลอดก่อนกำหนด คนสูงอายุ หรือคนที่มีอุบัติเหตุหลายแห่ง หรือมีหลายโรค จะมีการตอบสนองต่อความเครียดลดลง

3) การตอบสนองต่อภาวะเครียด จะเกิดผลที่สำคัญคือ

ก. น้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia)

ข. มีการสลาย (Catabolism) ของสารอาหารโปรตีนและไขมันเพิ่มขึ้น

ค. ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

4) กลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) คอร์ติซอล (Cortisol) มีอิทธิพลอย่างมากเพื่อเสริมการทำงานของแคทีโคลามีน (Catecholamine) และ กลูคากอน (Glucagon) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นนอกจากนั้น ยังมีผลทำให้การตอบสนองของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดต่อแคทีโคลามีน (Catecholamine) เกิดได้นานขึ้นด้วย ซึ่งการหลั่ง คอร์ติซอล (Cortisol) นี้จัดเป็นกลไก

การป้องกันตัว เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการตอบสนองต่อภาวะเครียดนานเกินไป และช่วยให้ร่างกายเกิดภาวะสมดุล (Homeostasis) ได้เร็วขึ้น เพราะถ้าเกิดการตอบสนองต่อภาวะเครียดนานเกินไป จะทำให้ร่างกายถูกทำลายและเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

5) การเกิดภาวะเครียดที่รุนแรงนาน ๆ จะทำให้เกิดกลุ่มอาการทั่วไปในการปรับตัว หรือ GAS (General Adaptational Syndrome) ร่างกายต้องปรับตัวมากขึ้น สร้างสารต่าง ๆ มากขึ้น จนอาจทำให้เกิดความล้มเหลวในการปรับตัว และอาจตายได้

GAS (General Adaptational Syndrome) ประกอบด้วย 3 ระยะคือ

- ก. ระยะตกใจ (Alarm reaction) เกิดขึ้นทันที กระตุ้นให้ร่างกายรับรู้ และเกิดการป้องกัน
- ข. ระยะต่อต้าน (Resistance adaptation) เป็นการปรับตัวทางสรีรวิทยา โดยใช้พลังสะสมในร่างกายเพื่อต่อต้านความเครียด
- ค. ระยะหมดแรง (Exhaustion phase) เป็นระยะปรับตัว พลังสะสมลดลงไม่สามารถต่อต้านความเครียดที่เกิดขึ้นได้

6) หลังภาวะเครียดนาน ๆ จะพบต่อมหมวกไตมีขนาดใหญ่ขึ้น และผลจากการหลั่งคอร์ติซอล (Cortisol) มากขึ้น จะก่อให้เกิดผลเสียตามมาดังนี้คือ

- ก. ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เนื่องจาก คอร์ติซอล (Cortisol) ออกฤทธิ์กดการสร้างการหลั่ง และกดปฏิกิริยาของ Intracellular mediator ต่าง ๆ ทำให้ Lymphocyte (ทั้ง B,T cell), Cosinophil และ Basophil ลดลง
- ข. ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ เนื่องจาก คอร์ติซอล (Cortisol) ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งกรดเกลือและ Pepsin
- ค. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ทำให้เกิดโรคจิตได้ เนื่องจาก คอร์ติซอล (Cortisol) มีฤทธิ์เพิ่ม Excitability ของสมอง

7) ความผิดปกติทางร่างกายซึ่งเกิดจากภาวะเครียด คือ Migraine, Headaches, Peptic and Duodenal ulcers, Obesity, Drug and Alcohol abuse, Immunocompetence, Cardiovascular problem, Angina, Hypertension ฯลฯ

อาการแสดงทางด้านพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีภาวะเครียด ได้แก่

อาเจียน เป็นลม สั่น ใช้นิ้วเคาะโต๊ะ ใช้ขาแกว่งไปมา นั่งชอบเก้าอี้ กำหมัดหรือมีการกริ่งของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง พูดเสียงสูง ร้องไห้ เดินย้ายอยู่กับที่ ไม่เคลื่อนไหว รับประทานอาหารมาก สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ฯลฯ

ซึ่งการตอบสนองต่อภาวะเครียดถือเป็นธรรมชาติในการป้องกันและการปรับตัวของร่างกาย เมื่อมีสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียดทุกครั้ง และทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากร่างกายหรือจิตใจ มีผลกระตุ้นการตอบสนองเหมือนกัน แต่ขนาดและลักษณะอาจแตกต่างกัน และในแต่ละบุคคล มีความสามารถจำกัดในการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งหากมีความเครียดที่มากกระทบต่อร่างกายและจิตใจซ้ำๆ จะมีผลทำให้กลไกในการปรับตัวของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ และหากความแรงและระยะเวลาของการตอบสนองต่อความเครียดมากเกินไปอาจทำให้กลไกในการปรับตัวล้มเหลว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (Carrieri, VK, Lindsey, AM, West, CM, 1989 : 307 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536)

5.3 ผลกระทบของความเครียด

ความเครียดในระดับต่ำ และความเครียดในระยะเวลาที่ไม่นานเกิดไป เป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการสิ่งต่างๆ อย่างกระตือรือร้น แต่ถ้าความเครียดในระดับรุนแรงหรือเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ ก็จะทำให้เกิดผลเสียมากมาย ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

5.3.1 ผลกระทบด้านสรีระ

เมื่อบุคคลอยู่ในความเครียดนานๆ สุขภาพร่างกายจะเลวลงเนื่องจากความไม่สมดุลย์ของฮอร์โมน ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเสียสมดุลย์ ทำให้เกิดอาการได้ตั้งแต่ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรือทำให้เกิดหน้ามืด เป็นลม ความดันโลหิตสูง และเจ็บหน้าอกได้นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคหัวใจความเครียดมีผลต่อการทำงานของหลอดเลือด และมีผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อภายในหลอดเลือดมากขึ้น (Kozicz & Casey, 1999 ; Hansen, 1998 ; Shelby & McCance, 1998) และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ (Allison, 1995 อ้างถึงใน Kozicz, 1999) หรือมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นได้ (สุพรชัย กองพัฒนานุกุล, 2542 ; ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2541; Eaton, 2000 ; Clarke & Bailey, 1989) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความเครียดสูงจะมีอัตราเสี่ยงต่อการตายสูงกว่ากลุ่มที่มีความเครียดต่ำถึง 4 เท่า (Ruberman, 1984) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ซึ่งกระบวนการสูงอายุทำให้อวัยวะต่างๆ

มีแนวโน้มไปในทางที่เสื่อมลงและมีการปรับตัวได้ลดลง เมื่อเกิดความเครียดขึ้นผลกระทบของความเครียดที่มีต่อผู้สูงอายุย่อมสูงกว่าบุคคลซึ่งอยู่ในวัยหนุ่มสาว หรือมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงกว่า

5.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

จิตใจของบุคคลที่อยู่ในภาวะเครียดรุนแรง จะเกิดความหมกมุ่น ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ ลังเล เป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย อาจก่อให้เกิดการสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตตนเอง กระวนกระวาย คับข้องใจ หมดหวัง ท้อแท้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สุขภาพจิตเสื่อมโทรมได้ (บัวทอง สว่างไสวภากุล, 2543) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ ซึ่งรับรู้และปรับตัวกับเหตุการณ์ใหม่ๆ ได้ช้าลง ภาวะทางจิตใจที่กังวลว่าตนเองอาจเป็นภาระแก่ครอบครัวทำให้มีโอกาสใจน้อย อ่อนไหวง่าย วิดกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย เมื่อต้องอยู่ในภาวะเครียดยิ่งมีโอกาสทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเสื่อมโทรมได้มากขึ้น อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และอาจถึงขั้นทำร้ายร่างกายตนเองได้

5.3.3 ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ที่อยู่ในภาวะเครียด จิตใจไม่พร้อมที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้แยกตัวออกจากสังคม เกิดอารมณ์โมโหง่าย หรือ มีการประพฤติดินเพื่อผ่อนคลายความเครียดในทางไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน ทำให้ผู้อื่นไม่อยากที่จะเข้ามาปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีบทบาท และส่วนร่วมทางสังคมน้อยลงอยู่แล้ว เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเครียดยิ่งทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีแนวโน้มจะลดลงอีกด้วย

5.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

เป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียดก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น นอกจากนี้ในผู้สูงอายุบางคนที่ยังประกอบอาชีพ หรือเป็นที่ปรึกษาที่สำคัญแก่บุตร หลาน ในการประกอบอาชีพ เมื่อต้องอยู่ในภาวะเครียดจะทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง แล้วส่งผลถึงรายได้ที่จะลดลงตามมาด้วย นอกจากนี้แล้วหากผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยมากขึ้น ไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุและญาติเท่านั้นที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่รัฐบาลก็ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งไว้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศด้วย

6. ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ

ความเครียดในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสถานการณ์ที่มีผลต่อความเครียดแตกต่างกันโดยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งในวัยผู้ใหญ่ความเครียดมักเกิดจากการแต่งงาน การเริ่มครอบครัว หรือเรื่องงาน แต่ในผู้สูงอายุความเครียดมักเกิดจากภาวะพึ่งพา (McCrae, 1989 อ้างถึงใน Bunten, 2001) การสูญเสียคู่สมรส บุคคลใกล้ชิดและ ความเจ็บป่วย (Amster & Krauss, 1974 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Bunten, 2001) และลักษณะของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในวัยสูงอายุมักจะเกิดจากปัจจัยหลายอย่างที่มีความซับซ้อนมากกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Bunten, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดมาก ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ สภาพร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยมีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มองว่าเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถ ปัญหาจากครอบครัวที่แยกครอบครัวไปทำงาน คู่สมรส ญาติ หรือบุคคลใกล้ชิดเสียชีวิต หรือปัญหาเศรษฐกิจ ที่มีรายได้ลดลง แต่เมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกับการดูแลรักษา (Ebersole & Hess, 1994) นอกจากนี้ ปัญหาสังคม วัฒนธรรม ที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งโดยอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเป็นผลให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่เกิดความเครียดได้มาก (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2538) และเมื่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระยะภายหลังจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องมีการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็นระยะการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับผ่านระยะนี้ไปได้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดความเครียดขึ้น (Meleis & Schumacher, 1994) ซึ่งผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมาย ไม่ว่าจะเกิดจากความเจ็บป่วยที่ต้องมีการจำกัดกิจกรรมเพื่อควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจากเดิมที่มีมานานทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนกว่าวัยผู้ใหญ่ ประกอบกับความรู้สึกหวาดกลัวว่าอาการของโรคอาจจะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (ชวณพิศ ทำนอง, 2541) และค่าใช้จ่ายที่ต้องมีมากขึ้นจากการดูแลรักษาต่อเนื่อง และเพิ่มความรู้สึกพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านนี้เกิดความเครียดได้สูงกว่าในระยะอื่น

7. หลักการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในภาวะเครียด

พิมพ์มาศ ตาปัญญา (2540) ได้สรุปแนวทางในการจัดการความเครียดไว้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านร่างกาย เมื่อความคิดและจิตใจทำให้ร่างกายเสียสมดุล ร่างกายต้องใช้วิธีผ่อนคลายมาช่วยเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดก่อตัวขึ้นมาและหายใจได้ถูกต้อง สภาพผ่อนคลายจะช่วยให้ความเครียดหายไป การฝึกผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอเท่ากับเป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้เครียดจนเกินไป เมื่อผ่อนคลายได้ ความเครียดก็จะไม่เกิดขึ้น ทำให้สามารถควบคุมความสมดุลของร่างกายได้ เทคนิคที่ใช้ เช่น การฝึกผ่อนคลาย การหายใจ การฝึกสมาธิ โยคะ มวยจีน เป็นต้น

2) ด้านพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมของการรู้จักรับมือกับปัญหาต่างๆ รวมถึงวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การมีทักษะทางสังคม เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ได้รับความรักจากคนรอบข้างซึ่งนับเป็นสิ่งที่มีค่ายิ่งต่อการช่วยเหลือตนเองให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ นอกจากความเห็นอกเห็นใจแล้ว ยังมีความกล้าแสดงออก การใช้ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินอาหารที่ไม่ทำให้เครียด ไม่ติดยาเสพติด ไม่ก้าวร้าวรุนแรง การปรับสิ่งแวดล้อมและการปรับบุคลิกภาพ เป็นต้น

3) ด้านความคิดและอารมณ์ ความเครียดต่างๆ มักเกิดจากทัศนคติที่เรามีต่อสิ่งต่างๆ การรับรู้มีอิทธิพลต่อร่างกายและจิตใจของเราทั้งหมด ความคิดก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ เทคนิคต่างๆ ที่ใช้ได้แก่ การใช้จินตภาพซึ่งเป็นวิธีที่ให้นำเอาความคิดมาใช้สงบร่างกาย การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการบริหารเวลา เป็นต้น ซึ่งความคิดนับเป็นศูนย์กลางของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้พ้นจากสภาวะความเครียดที่เกินขนาด ทักษะบางอย่างที่ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ดียิ่งขึ้น เช่น การตัดสินใจ การสร้างพลังใจแน่วแน่ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ล้วนอาศัยความคิดทั้งสิ้น ความคิดที่ดีคือความคิดในทางบวกและความคิดที่มีเหตุผล

นอกจากนี้ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร (2542) ได้กล่าวถึง การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียดไว้ว่า การช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ในภาวะเครียดมีจุดประสงค์ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วที่สุด ช่วยให้บุคคลเกิดภาวะสมดุลทางอารมณ์ ก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม บทบาทของการพยาบาลจะให้บริการสุขภาพจิตทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเน้นการป้องกันระยะแรก (Primary prevention)

ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีสาเหตุการเกิดที่หลากหลายดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ในหัวข้อความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดภาวะเครียดขึ้นพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในช่วงที่ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วย ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในภาวะเครียดจะขอเสนอ ดังนี้

1) พยาบาลควรระลึกไว้เสมอว่า ความเครียดเป็นกลไกของร่างกายที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และผู้สูงอายุเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งเกิดความเครียดได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการเจ็บป่วย อันเป็นผลกระทบมาจากสาเหตุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นในการให้การพยาบาล พยาบาลควรให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจ เห็นใจ ช่วยเหลือและรับฟังปัญหา รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีสุขภาพที่ดีขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2) วิธีการช่วยลดความเครียด ควรปฏิบัติดังนี้

2.1) ค้นหาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ

ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด แล้วพยายามแก้ไขให้ตรงตามสาเหตุ ซึ่งเป็นการลดความเครียดตั้งแต่ระยะแรก เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดมาก และคงอยู่ยาวนานเกิดไปจนกระทั่งร่างกายปรับไม่ได้ซึ่งจะส่งผลเสียอาจทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการกลับเป็นซ้ำ หรือมีอาการของโรครุนแรงขึ้น จนเสียชีวิตได้โดยสาเหตุของความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ ได้แก่ ภาวะโรค อาการที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อยง่ายขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมโรคจากเดิมที่มีมานานทำให้ยากในการปรับเปลี่ยนกว่าวัยผู้ใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งหากผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ดังที่กล่าวแล้วในหลักการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ความรู้สึกหวาดกลัวว่าอาการของโรคอาจจะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เหมาะสมจึงเป็นส่วนสำคัญ โดยให้คำแนะนำหากเกิดกรณีฉุกเฉิน เช่น การอมยาใต้ลิ้นทันที เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก อาการแน่นหน้าอก หรืออาการเหนื่อยมาก เป็นต้น ร่วมกับการบอกกล่าวบุคคลใกล้ชิดให้ทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมที่จะนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งความเข้าใจที่ดี ประกอบกับการเตรียมพร้อมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ และไม่หวาดกลัวจนเกินไป

ค่าใช้จ่ายที่ต้องมีมากขึ้นจากการดูแลรักษาต่อเนื่องยังเพิ่มความรู้สึกพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น
พยาบาลอาจมีส่วนช่วยเหลือโดยการให้คำแนะนำแหล่งช่วยเหลือทางการเงิน เช่น สังคม
สงเคราะห์ ในกรณีของผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อยเป็นต้น

2.2) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้วิธีระบายความเครียด การพูด
อธิบายความรู้สึกที่มีต่อปัญหานั้นๆ ทั้งทางบวกและลบ เพื่อลดความคับข้องใจที่มีอยู่ รวมถึงการ
ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการระบายความเครียดที่เหมาะสม เช่น การทำสมาธิ จะช่วย
ให้เกิดความสมดุลทางจิตใจการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดเพื่อคลายเครียด การบำบัดด้วย
กลิ่นหอม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่หักโหมเกินไป หรือการทำงานอดิเรก เช่น การปลูก
ต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น รวมถึงการทำสันทนาการต่างๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียด

2.3) ให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ
เนื่องจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ลดความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
เพราะหากครอบครัวมีความพร้อมที่จะให้การดูแล ไม่มีปัญหาในครอบครัว รวมถึงการที่ผู้สูงอายุ
ที่มีคู่สมรส แล้วคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ จะเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีที่ปรึกษา ที่ระบาย
ความรู้สึกที่ดี ทำให้ความเครียดลดน้อยลงได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวได้
มีส่วนในการรับความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตน รวมถึงความสำคัญของครอบครัวในการให้
การดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้สูงอายุ
โรคหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะในระยะที่ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน

8. การวัดและการประเมินความเครียด

การวัดและการประเมินความเครียดสามารถแบ่งได้ เป็น 3 วิธี ได้แก่

8.1 การวัดทางสรีระ (Physiological Arousal) แนวคิดในการวัดนี้เชื่อว่า การหลั่ง
ฮอริโมนบางชนิด เช่น แคทีโคลามีน (Catecholamine) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
ในสภาวะเครียด ดังนั้นการวัดระดับฮอริโมน หรือความดันโลหิต จึงเป็นวิธีการที่สะท้อนให้เห็น
ความเครียดได้ อาจใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ หรือการตอบสนอง
ทางผิวหนัง (Galvanic skin response : GSR) หรือใช้วิธีการวัดระดับฮอริโมน โดยการ
วิเคราะห์ทางชีวเคมีของโลหิตหรือปัสสาวะ เพื่อศึกษา คอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroids) ที่
สำคัญคือ คอร์ติซอล (Cortisol) และ แคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งรวมทั้ง อีพิเนฟริน
(Epinephrine) และ นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine)

8.2 การวัดเหตุการณ์ในชีวิต (Life events) โดยเชื่อว่าเหตุการณ์บางอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความเครียดได้ ได้แก่ เครื่องมือ Social Readjustment Rating Scale (SRRS) ของ Holmes และ Rahe (1967 ; อ้างถึงใน Hansen, 1998) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่คาดว่าจะก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ โดยให้ประเมินในรอบ 2 ปี ว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นกับชีวิตบ้างแล้วคิดคะแนนตามน้ำหนักเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละเหตุการณ์จะมีน้ำหนักคะแนนที่ต่างกันไป ตั้งแต่ 11-100 และหากคะแนนรวมเกิน 300 คะแนนหมายความว่ามีความเครียดสูง เป็นต้น ซึ่งในประเทศไทย ดาราวรรณ กำเสี่ยงใส (2539) ศึกษาความเครียดของมารดาในระยะหลังคลอดของที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ โดยนำเครื่องมือของ Holmes และ Rahe (1967) มาดัดแปลงใช้วัดสถานการณ์ในชีวิต แต่ไม่พบการนำมาใช้ในผู้สูงอายุอาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของเครื่องมือคือลักษณะข้อคำถามจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทั่วไปไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงในความเจ็บป่วย อีกทั้งมีบางข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับประเพณีไทย เช่น วันคริสต์มาส ซึ่งในประเทศไทยไม่มี และการให้น้ำหนักคะแนนจะเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของเหตุการณ์ที่น่าจะก่อให้เกิดความเครียดได้สูง แต่ในบางครั้งบางเรื่องของคนไทยอาจมีความสำคัญ หรือไม่มีความสำคัญเท่าเทียมกับในต่างประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น ปัญหาเรื่องเพศซึ่งให้น้ำหนักคะแนน 39 ในขณะที่การแยกครอบครัวไปของลูกๆ ซึ่งให้น้ำหนักคะแนนเพียง 29 ซึ่งในความเป็นจริงสำหรับผู้สูงอายุไทยแล้วปัญหาเรื่องเพศอาจมีความสำคัญน้อยกว่าเรื่องของลูกหลานได้ ทำให้การแปลผลคะแนนอาจบิดเบือนไปได้ นอกจากนี้ Cohen Kamarck และ Meemelstein (1983 ; อ้างถึงใน ศิริสุตา ชาวเขต, 2541) ได้สร้างแบบวัดความเครียด Perceived Stress Scale (PSS) ตามแนวคิด Lazarus และ Fokman เป็นการถามความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มี 14 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-4 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 56 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของความรู้สึก แต่ลักษณะข้อคำถามเป็นการถามในลักษณะภาพรวมถึงสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงกับความเครียดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือความเจ็บป่วย เช่น บ่อยแค่ไหนที่ท่านสามารถควบคุมการใช้เวลา หรือ บ่อยแค่ไหนที่ท่านสามารถควบคุมสิ่งที่มารบกวนกับจิตใจของท่าน จึงอาจจะยังไม่เฉพาะเจาะจงหรือเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด

8.3 การวัดอาการที่เกิดขึ้นจากความเครียด (Stress symptom) ซึ่งอาจเป็นอาการทางกายที่มีผลจากจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีแบบวัดความเครียดซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิตซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-3 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 60 คะแนน ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของอาการที่เกิดขึ้น ลักษณะข้อคำถามเป็นลักษณะของอาการต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อผู้นั้นอยู่ในภาวะเครียด พบว่าเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ได้นำเครื่องมือวัดความเครียดสวนปรุง ของกรมสุขภาพจิตไปวัดความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม พบว่าค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยเครื่องมือวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตชุด 20 ข้อ สร้างจากการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและข้อคำถามจาก Stress Symptom Checklist ของ Sally J. Nelson และคณะ (1978 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ซึ่งมีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .86 จากการทดลองใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 789 คน ประกอบด้วยกลุ่มที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางถึงมาก จำนวน 427 คน และผู้ที่มีความเครียด จำนวน 362 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และมีการกระจายในทุกช่วงอายุ โดยแบบวัดความเครียด 20 ข้อนี้เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยเลย เป็นครั้งคราว เป็นบ่อยๆ เป็นประจำ และมีการประเมินผลเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับความเครียดสูงกว่าปกติมาก ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย เกณฑ์ปกติ และต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

เมื่อพิจารณาในรายข้อคำถาม พบว่า ลักษณะของข้อคำถามของเครื่องมือวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตนี้มีความครอบคลุม ในลักษณะของผู้ที่กำลังมีความเครียด และสอดคล้องกับความเจ็บป่วย นอกจากนี้ลักษณะข้อคำถามยังมีความเหมาะสมที่จะนำมาดัดแปลงใช้ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพเนื่องจากข้อคำถามไม่ยาวเกินไป เข้าใจง่าย และจำนวนข้อไม่มากเกินไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิตนี้ไปดัดแปลงเพื่อวัดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

9. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดและการเปลี่ยนผ่านพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดไว้มากมาย แต่การศึกษาคความเครียดในผู้สูงอายุนั้นยังพบน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่พบการศึกษาคความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจศึกษาคความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและเฉพาะเจาะจงในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ เนื่องจากในช่วงการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพนี้ เป็นช่วงที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเครียดได้สูง โดยนำแนวคิดเกี่ยวกับเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และ Schumacher (1994) เป็นกรอบแนวคิดในการคัดสรรปัจจัยในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยการศึกษาให้ความรู้เพิ่มเติมจากการนำปัจจัยหลายอย่างมารวมกันทำนายผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่ ความเครียด นอกจากนี้ความรู้ที่ได้ยังเป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากผู้วิจัยอื่นดังกล่าวมาแล้ว การทบทวนเอกสารผลการวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านในการศึกษาคครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสมรรถภาพทางซึ่งนำเสนอต่อไปนี้

9.1 การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

การรับรู้ (Perception) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของสรรพสิ่งและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อส่วนบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981) ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunners & Suddarth, 1988) ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยไว้ดังนี้

Almeida (1996) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย เป็นความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิต อันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

Hellenbrand (1983) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความกลัวได้

Scharloo และคณะ (2000) ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 69 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงจะมากพบแพทย์บ่อยขึ้น และมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

Becker และ Maiman (1975) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย มากกว่าที่จะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลอย่างเป็นทางการ โดยตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่บุคคลสนใจอย่างไม่หยุดนิ่ง และมีความต่อเนื่อง สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในการวิจัยนี้เป็นการรับรู้ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต่ออาการเจ็บป่วยและผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นสาเหตุของความเครียดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ ในแนวคิดของการเปลี่ยนผ่านถือเป็นปัจจัยเงื่อนไขของการให้ความหมาย (Meaning) และการคาดหวัง (Expectation) โดยการให้ความหมาย หมายถึงการประเมินสถานการณ์ และผลที่เกิดขึ้น ว่ามีผลทางบวกหรือทางลบต่อชีวิตของตน เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรับรู้หรือความเข้าใจโดยมีการแปลความให้ความหมายต่อโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง (บัวทอง สว่างไสภาพุฒ, 2543) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักรับรู้ และให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง มีอันตรายถึงชีวิต และรักษาไม่หายขาด การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเครียดและเกิดอารมณ์หดหู่ได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541 ; Dixon, 2000) และการคาดหวังของผู้ป่วยมีผลต่อความเครียดได้ เนื่องจากบุคคลที่เข้าสู่สภาวะการเปลี่ยนผ่านอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนควรจะคาดหวังอะไร

และการคาดหวังอาจจะไม่อยู่หรืออยู่บนโลกแห่งความเป็นจริง และความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่านนั้นจะบรรเทาลงได้ถ้าโอกาสเป็นไปตามความคาดหวังมาก (Schumacher & Meleis, 1994) โดยเฉพาะในระยะแรกซึ่งผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างมาก และภาวะความสูงอายุทำให้รู้สึกว่าร่างกายของตนนั้นเริ่มเสื่อมถอย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ซึ่งการรับรู้ของแต่ละคนจะมีการให้ความหมายหรือประเมินความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และคาดว่าจะมีผลกระทบต่อตนในลักษณะที่แตกต่างกันหรือกล่าวได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยในระดับที่แตกต่างกัน (Bauman, 1965 อ้างถึงใน ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543) และการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่ต่างกันมีผลให้เกิดความเครียดที่ต่างกัน เนื่องจากการรับรู้เป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้นักุศลสนองต่อสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2542 ; บัวทอง สว่างไสวกุล, 2543 ; Lazarus & Folkman, 1984 ; McCrae, 1989 อ้างถึงใน Bunten, 2001)

9.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดในงานวิจัยนี้ หมายถึง ความเข้าใจที่ถูกต้องในข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถ้าผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิดโรค อาการและอาการแสดง และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดความมั่นใจ และคลายความเครียดลงได้ (Oka, Bruke & Froelicher, 1995) รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำ (King & Teo, 1998 ; Robinson & Leon, 1994) ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเนื้อหาของความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นประกอบด้วยความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งในการเปลี่ยนผ่านด้านระดับความรู้และทักษะ (Level of

Knowledge/Skill) ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดในที่นี้หมายถึงรวมถึงความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดถือว่าเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากหากผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรค และไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในการปฏิบัติตน จนก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (Logan & Jenny, 1997) และการที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้จะทำให้ไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ การดำเนินของโรค การพยากรณ์โรคต่างๆ ของตนเองได้ว่าจะเป็นอย่างไรมาก่อนไปจึงก่อให้เกิดความเครียดขึ้น (Close & Procter, 1999 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจ และลดความเครียดได้ ซึ่งสามารถลดโอกาสเกิดโรคซ้ำได้ (พัชราพร เกาวิพันธ์, 2544) เนื่องจากความรู้ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้านลดลง (Linder, Stossel & Maurice, 1996) นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับข้อมูล ความรู้จะช่วยให้การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งคุกคาม ซึ่งทำให้คลายความตึงเครียดต่างๆ ภายในใจลงได้ (Derdarian, 1989) ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ และข้อมูลเหล่านี้จะเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

9.3 การสนับสนุนจากสังคม

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถที่จะควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียดสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills, 1985) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีคุณค่า และมีความผูกพันกันโดยการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลอื่น

House (1981 อ้างถึงใน Tilden, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Tilden และ Weinert (1987) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านจิตสังคม และด้านร่างกายจากบุคคล หรือจากโครงสร้างของบุคคล และความช่วยเหลือสามารถแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันได้

ดังนั้นพอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดความผูกพันรวมถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกันและช่วยเหลือกัน ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมสามารถสรุปตามแนวคิดของ House (1981) ได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดรู้สึกที่ตนเองได้รับความเห็นอกเห็นใจ มีการดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก ความจริงใจและเห็นคุณค่าในตัวเอง

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลย้อนกลับ ให้การรับรองหรือยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา และเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคมที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำ ให้ข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางปฏิบัติซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญได้ เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาเผชิญความเครียดวิตกกังวลในเรื่องที่มากกระทบจิตใจ สามารถได้รับคำแนะนำ วิธีการแก้ปัญหาต่างๆ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumentation support) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน เวลา แรงงาน สิ่งของและจัดสิ่งแวดล้อมรอบข้าง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมในแนวคิดของการเปลี่ยนผ่านที่สามารถก่อให้เกิดความเครียดได้ เพราะหากผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกว่าขาดการสนับสนุนทางสังคม หรือได้น้อยกว่าที่ควรมักจะเกิดความลำบากในการเปลี่ยนผ่าน และก่อให้เกิดความเครียดได้ (Schumacher & Meleis, 1994 ; เรณู พุกบุญมี, 2543) จากการศึกษาของ Moneyham และ Scott (1995 อ้างถึงใน Sally, 2000) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังทำหน้าที่เสมือนเป็นสื่อกลางที่คอยช่วยเหลือมนุษย์ให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ ในชีวิตได้และการได้รับแรงสนับสนุนอย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียดได้ (Dressler, 1985 อ้างถึงใน สุรีย์

กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2545 ; ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2542) และจากการศึกษาของ Cohen และ Wills (1987) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตโดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนเกราะกำบังที่จะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วยให้น้อยลง แต่เมื่อเกิดปัญหาหรือความเจ็บป่วยบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกว่ามีคนเข้าใจปัญหาและไม่มีที่พึ่งพาช่วยแก้ปัญหา จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่และเกิดความเครียดสูงขึ้น (ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2542) จากการศึกษาของ Stewart (2000) พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งได้ 3 ประเภทใหญ่ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งในผู้สูงอายุการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด (อารีย์ ฟองเพชร, 2540 ; Dnnkel-Schetter, 1984 อ้างถึงใน สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541 ; Roach, 2001) เนื่องจากในสังคมไทยครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 อ้างถึงใน จันทรพิชญ์ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และยุพิน อังสุโรจน์, 2544) และเกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว (นภาพร ชโยวรรณ, 2543) แต่เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล หรือช่วงที่ผู้ป่วยต้องการบริการด้านสุขภาพ พยาบาลเปรียบเสมือนครอบครัวของผู้สูงอายุ (Thomasma, Yeaworth & McCabe, 1990 อ้างถึงใน Buntin, 2001) สรุปการทำหน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียด (McNett, 1987 อ้างถึงใน ธงชัย ทวีชาติ, 2539) ได้แก่ การเป็นตัวทำให้ความเครียดหรือการประเมินว่าสิ่งคุกคามนั้นมีความรุนแรงน้อยลง และจะช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากการคุกคาม โดยเตรียมการในการแก้ปัญหา หรือลดความสำคัญของปัญหานั้น

9.4 ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง เหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเคยได้รับเกี่ยวกับการรับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ในงานวิจัยนี้วัดได้จากจำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาลถือว่าเป็นเงื่อนไขหนึ่งของการเปลี่ยนผ่านคือด้านระดับของการวางแผน (Level of Planning) โดยที่แนวคิดการเปลี่ยนผ่าน

กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านที่ดีการเปลี่ยนผ่านจะดำเนินไปได้โดยง่าย และสมบูรณ์ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วย่อมสามารถวางแผนได้ดีขึ้นด้วย (Schumacher & Meleis, 1994) Close & Procter (1999) ที่ศึกษาในผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในระยะ 4 เดือนแรกพบว่าจะมีความเครียดสูงที่สุดกว่าในระยะต่อมาเนื่องจากในระยะแรกเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อน และแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาก่อนเมื่อเจ็บป่วยจะไม่สามารถทำนายล่วงหน้าได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่ออะไรบ้างทำให้เกิดความเครียดสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน หรือผู้ป่วยเรื้อรังจะมีการเรียนรู้เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องมาแล้วจึงทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่า ซึ่งประสบการณ์ในอดีตจะช่วยให้คุณเรียนรู้ต่อความเครียดและปัญหาได้ดีขึ้น ทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียด (Roberts, 1988) ซึ่งจะส่งผลในทางที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์ที่มีในอดีตมาช่วยในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาได้ และบุคคลที่เคยมีประสบการณ์จะทำให้มีทักษะที่ดีขึ้น ทำให้มีความคิดที่มีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะค่อยๆปรับตัวได้ เรียนรู้มากขึ้น และแก้ไขปัญหาไม่มากขึ้นกว่าในระยะแรกๆ (Bell, 1977) นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้วทำให้ทราบวิธีการประเมินตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย และเคยทราบวิธี หรือเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนมาแล้ว ทำให้เมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาก่อนสามารถวางแผนได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (Wong, 1991) จึงอาจทำให้บุคคลที่ไม่มีประสบการณ์มีความเครียดสูงกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์มาแล้ว Jiska และ Yoram (1998) พบว่า ประสบการณ์ความเครียดในอดีตมีผลต่อการรับรู้ความเครียดในปัจจุบัน โดยหากผู้ที่มีประสบการณ์จะทำให้ได้รับผลกระทบจากความเครียดนั้นลดลง เพราะประสบการณ์ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ นอกจากนี้ Shipes (1987) ศึกษาภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วยผ่าตัดทำ Ostomy พบว่า ภาวะความเจ็บป่วย ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดทำ Ostomy โดยหากบุคคลเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะส่งผลให้ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด ในการเข้ารับการรักษาผ่าตัดลดลง

9.5 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นักจิตวิทยาและนักสังคมวิทยาได้ให้ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้แตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

Coopersmith (1984) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคือขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่ามีความสำคัญและมีคุณค่า เป็นการพิจารณาตัดสินค่าของตนตามความรู้สึกและเจตคติที่มีต่อตนเองเป็นพื้นฐานโดยรวม

Whall (2001) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการให้คุณค่ากับตนเอง มีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

นงลักษณ์ บุญไทย (2539) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกยอมรับ เคารพนับถือที่บุคคลมีต่อตนเอง ความเชื่อมั่นและมั่นใจว่าตนมีความสำคัญ มองตนในทางบวกเห็นว่าตนเป็นคนมีค่าและตัดสินความมีคุณค่าในตนเองจากการประเมินตนเองในเรื่องความสามารถและการยอมรับของสังคม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตน (Self-Concept) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพทางจิตสังคมและบอกได้ถึงคุณภาพชีวิต เป็นสิ่งจำเป็นต่อความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจของบุคคล (Whall, 2001) ในแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนผ่าน Meleis และ Schumacher (1994) ถือว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นเงื่อนไขด้านความผาสุกทางด้านอารมณ์ (Emotional well-being) ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านมนุษย์ทุกคนต้องการความมีคุณค่าในตนเอง มองตนในแง่ดี และต้องยอมรับตนเอง (Barry, 1989) และ ผู้สูงอายุก็ต้องการให้ตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักและต้องการของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง และคนในสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) แต่ด้วยภาวะแห่งวัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเริ่มแยกตัวจากสังคมหรือมีส่วนร่วมในสังคมลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการจำกัดกิจกรรม เกิดความรู้สึกกลัวว่าอาการเจ็บหน้าอกจะกำเริบขึ้น แล้วจะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทุพพลภาพ จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งจากการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์โดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หรือไม่เห็นคุณค่าในตนเองได้ (Eliopoulos, 1993)

และบุคคลที่รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองนั้นไม่มีคุณค่าจะเกิดความรู้สึกมีปมด้วย และเครียดได้ (Coopersmith, 1984 อ้างถึงใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539)

Krause (1999) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียดเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กัน โดยหากผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น ระดับความเครียดจะลดลง

9.6 สมรรถภาพทางกาย

สมรรถภาพทางกาย ในงานวิจัยนี้หมายถึง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในสามารถบ่งถึงสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุได้โดยการพิจารณาจากสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติ (Barthel ADL Index) ซึ่งมีความเหมาะสมเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถภาพทางกายกับความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ในแนวคิดเรื่องการเปลี่ยนผ่านกล่าวถึง สภาพทางร่างกาย เป็นเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านความผาสุกทางด้านสภาพร่างกาย (Physical well-being) (Meleis & Schumacher, 1994) เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ประกอบกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองลดลง และยังมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆลดลงมากขึ้นเท่าใดผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (สายฝน จับใจ, 2540) นอกจากนี้ Boynton De Sepulveda & Chang (1994 อ้างถึงใน ปราณี มิ่งขวัญ, 2542) พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่ำลงผู้ป่วยก็จะยิ่งประเมินว่าเป็นความเครียดในระดับสูงขึ้นเท่านั้น สภาพะทางกายเป็นสาเหตุจากภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ (ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร, 2542) การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นเป็นผลให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ (McCrae, 1989 อ้างถึงใน Buntin, 2001 ; ธงชัย ทวีชาติ, 2539) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งผู้สูงอายุต้องมีการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลในระยะแรกทำให้ผู้สูงอายุมีการจำกัดกิจกรรม เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวมากยิ่งขึ้น จึงเป็นผลให้เกิดความเครียดได้

จากแนวคิดและผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าทั้งแนวคิดและผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเครียด ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้จึงศึกษาใน

เชิงพยากรณ์เพื่อให้ทราบความสามารถในการพยากรณ์ความเครียดของปัจจัยคัดสรร ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพ พบว่ามีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Ruberman, Weinblatt, Golgberg, Chaudhary (1984) ศึกษาอิทธิพลด้านจิตสังคมที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 2320 คน พบว่า ความเครียดมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีความเครียดมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความเครียด

Shipes (1987) ศึกษาภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วยผ่าตัดทำ Ostomy พบว่า ภาวะความเจ็บป่วย ประสบการณ์การได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดทำ Ostomy โดยหากบุคคลเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะส่งผลให้ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด ในการเข้ารับการผ่าตัดลดลง

Conn และคณะ (1991) ศึกษาความแตกต่างทางสุขภาพกาย สภาวะทางจิต และรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างอายุ เพศ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 197 คน อายุ 40 – 88 ปีพบว่า ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ที่รอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Dixon และคณะ (2000) ศึกษาประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะฟื้นฟูระยะ 4 เดือนแรก จำนวน 1124 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มักรับรู้ และให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง มีอันตรายถึงชีวิต และรักษาไม่หายขาด การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อความเครียดและเกิดอารมณ์หดหู่ได้

Stewart และคณะ (2000) ศึกษา ความเครียด การเผชิญความเครียด การสนับสนุนของผู้ป่วยที่รอดชีวิต และความเครียดของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 14 คู่ พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดได้มากที่สุดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ อารมณ์ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพ บทบาทการพึ่งพา การกลับไปทำงาน ภาวะทางเศรษฐกิจ บทบาททางสังคม และพฤติกรรมทางเพศ ตามลำดับ และพบว่า

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ป่วยจะได้รับจากทีมสุขภาพเป็นหลัก และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ผู้ป่วยจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานเป็นหลัก ส่วนการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ผู้ป่วยจะได้รับจากลูกหลาน และบริการทางสุขภาพและสังคม

วราภรณ์ นาครรัตน์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ

สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 140 คน พบว่า ความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด และความเครียดเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 22

สิริสุดา ชาวคำเขต (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก จำนวน 40 คน พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับความเครียด โดยด้านการได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางลบสูงกับความเครียดสูงกว่าด้านอื่นๆ

ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูระยะแรก และระยะหลังมีความเครียดในระดับปานกลาง โดยความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูระยะแรกและระยะหลังไม่แตกต่างกัน แต่มีวิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

บังอร เหลื่อมเจริญ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพ โดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง จำนวน 60 คน พบว่า การให้ความหมาย และความคาดหวัง หลังผ่าตัด การรับรู้ความสามารถของร่างกาย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกระบวนการปรับผ่าน และการรับรู้ความสามารถของร่างกาย และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรตัวแปรที่ศึกษาอำนาจการพยากรณ์ความเครียดในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยต่อไปนี้

แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย

