

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

นุชนาถ สุวรรณประทีป

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

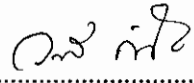
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มีนาคม 2558

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

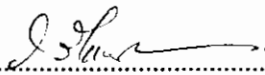
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นุชนาต สุวรรณประทีป ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

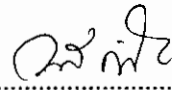
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

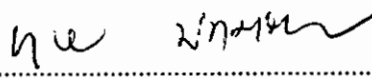

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

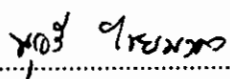

..... ประธาน
(ดร.รวีวรรณ เผ่ากัณหา)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)


..... กรรมการ
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ปทุมรักษ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นงรี ไชยมงคล)

วันที่ ๑๘ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความกรุณาอย่างสูงภายใต้ नियามของครูคือ ผู้ให้จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ ซึ่งเป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชมนาด สุ่มเงิน กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ ถูกต้อง ด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา พร้อมกันนี้ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ และ คุณวนิดา หาญคุณากุล ที่อนุเคราะห์ให้นำเครื่องมือที่ท่านพัฒนาขึ้น มาใช้ใน วิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สามชุก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามชุก คุณนิภาพรรณ แสงอินทร์ ที่ได้กรุณา สนับสนุนและให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็น อย่างดีเยี่ยม และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลา ให้ผู้วิจัยสัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่าอย่างยิ่งสำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ คุณพ่อชานาญ คุณแม่ชิ้น เปรมปรีดี ขอบคุณสามี พี่สาวและ พี่เขย ที่ให้การสนับสนุนด้วยความรักและห่วงใยตลอดมา และขอขอบคุณ พี่ เพื่อน และน้อง ๆ ทุกท่าน ที่ผู้วิจัยไม่สามารถเอ่ยนามได้อย่างครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือเป็นกำลังใจตลอด ระยะเวลาของการทำวิทยานิพนธ์นี้

นุชนาด สุวรรณประทีป

52921190: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: การปรับตัว/ โรคหัวใจขาดเลือด/ ผู้สูงอายุ

นุชนาถ สุวรรณประทีป: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (FACTORS RELATED TO ADAPTATION OF ELDERLY WITH ISCHEMIC HEART DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารีกังใจ, พย.ค., ชมนาดสุ่มเงิน, Ph.D. 120 หน้า.ปี พ.ศ. 2558.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 126 ราย ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .81, .81, และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับตัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ย 183.56 ($SD = 16.71$) การปรับตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโรคร่วมและภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r = -.322, -.360$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง (.946 และ .824) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดโดยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ลดภาวะซึมเศร้า และเฝ้าระวังภาวะโรคร่วม

52921190: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M. N. S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: ADAPTATION/ISCHEMIC HEART DISEASE/ELDERLY

NUTCHANATH SUWANPRATHEEP:FACTORS RELATED TO ADAPTATION OF ELDERLY WITH ISCHEMIC HEART DISEASE. ADVISORY COMMITTEE:WAREE KANGCHAI, D.N.S., CHOMMANRD SUMNGERN, Ph.D. 120 P. 2015.

The purposes of this research were to study the adaptation of the elderly with ischemic heart disease and test its relationships with related factors including co-morbidity, depression, social support, and health perception. The 126 elderly with ischemic heart disease were selected by using stratified random sampling from cardiovascular clinic, of the regional hospital in District Inspector, Ministry of Public Health District 4. Data were collected by means of interviews. The instruments consisted of Thai Geriatric Depression Scale, social support, health perception, and adaptation of elderly with ischemic heart disease. The reliability coefficients of these scales were .85, .81, .81, and .88 respectively. Descriptive statistic and Pearson's product moment correlation were employed to analyze the data.

The results indicated that the elderly with ischemic heart disease had proper adaptation ($M = 183.56$, $SD = 16.71$). There were negative significant correlation at moderate level between co-morbidity and depression with adaptation ($r = -.322$, $-.360$) while there were positive correlation at high level among social support and health perception ($r = .946$, $.824$), with statistically significant difference at $p < .01$.

According to the results of this study, nurses and health care providers should develop appropriate programs or interventions aimed at promoting effective adaptation of the elderly with ischemic heart disease by enhancing their social support and health perception, reducing depression and monitoring co-morbidity.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ	12
ทฤษฎีการปรับตัวของรอย	21
การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	33
3 วิธีดำเนินการวิจัย	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย	50
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	51
การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	54
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5 สรุปและอภิปรายผล	59
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผลการวิจัย	60
ข้อเสนอแนะ	64
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก	77
ภาคผนวก ข	97
ภาคผนวก ค	104
ภาคผนวก ง.....	109
ภาคผนวก จ.....	112
ประวัติย่อของผู้วิจัย	120

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	55
2	จำนวนคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปรับตัว ในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึงพาระหว่างกัน	57
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทาง สังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	58

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2	ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) คือ โรคของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจตีบแคบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) และเป็นสาเหตุของการตายที่สำคัญของผู้สูงอายุ ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดแยกตามกลุ่มอายุ คือ อายุระหว่าง 65-74 ปี ร้อยละ 24.6 อายุระหว่าง 75-84 ปี ร้อยละ 20.7 และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.2 และมีผู้สูงอายุที่ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 25.6-31.4 (Alexander et al., 2007) สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.8 ส่วนผู้สูงอายุที่อายุ 70-79 ปี และมากกว่า 80 ปี เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.9 และ 5.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2552) และเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตเป็นอัตรา 125.4 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สำหรับเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ประกอบด้วย จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดนครปฐม และจังหวัดกาญจนบุรี พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และปี พ.ศ. 2554 มีรายงานผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนทั้งสิ้น 2,639 ราย จากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช และโรงพยาบาลราชบุรี คิดเป็น ร้อยละ 42.25 และ 57.75 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช, 2554; สถิติโรงพยาบาลราชบุรี, 2554) จากสถิติที่น่าเสนอจะเห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือด เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไข เพื่อป้องกันอันตรายจากความรุนแรง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจขาดเลือดแล้ว จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลกระทบด้านร่างกาย เกิดจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจกรรม (พัชรพร เกาว์พันธ์, 2544; ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2552; Myers, Bader, Madhavan, & Froelicher, 2001) จากผลกระทบด้านร่างกายทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมา กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดความวิตกกังวล กลัวความไม่แน่นอนของโรค กลัวตาย ก่อให้เกิดความเครียด (วิษุตา ดีชัย, 2547; สมรรถ บรรรักษ์, 2553; Dunderdalc, Thompson, Miles, Beer, & Furze, 2005; Webster, Thompson, & Davidson, 2003) ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคมโดยผู้สูงอายุโรคหัวใจจะไม่ยอมมีปฏิสัมพันธ์หลักหนีสังคม ไม่ดำรง

บทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่นมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ก; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Romanelli, Fauerbach, Bush, & Ziegelstein, 2002)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีปัญหาการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุดังกล่าว ส่งผลรบกวนภาวะสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องปรับตัวในการเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น เพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข (อรุณวรรณ มุขแก้ว, 2550) การปรับตัวด้านร่างกาย เป็นผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดปัญหาไม่สุขสบาย จากอาการเจ็บหน้าอกปวดกล้ามเนื้อ เหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ นอนไม่หลับ เมื่ออาหาร ท้องอืด (จิราพร แอชตัน, 2550; จิราพร ทองดี, 2547; ศุภิสรา ลานอก, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Myers et al., 2001) ด้านอัตมโนทัศน์ต้องมีการปรับตัวเนื่องจาก ผู้สูงอายุจะรู้สึกหวาดกลัวอันตรายจากการเจ็บหน้าอก และรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล กลัวเสียชีวิต (ชวนพิศ ทานอง, 2541; นิสากร โพธิชัย, 2541; รุ่งทิพย์ เป้าคุ่น, 2546; วิชชุดา ดีชัย, 2547; วิริงรอง นาทองคำ, 2543; สมรภพ บรรหารักษ์, 2553; Marla et al., 2004; Romanelli et al., 2002; Wattanakitkrileart, 2009) ส่วนด้านบทบาทหน้าที่ ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตในครอบครัวและสังคมของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสังคมน้อยลง และสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (วรรณจิวิตสีปพงษ์, 2550; อริย์ ฟองเพชร, 2540; Dunderdalc et al, 2005) สำหรับการปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกันนั้นเนื่องจาก ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดจะรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกายจากสภาวะโรคที่เผชิญอยู่ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากเกินไป และต้องการให้บุคคลในครอบครัวสนใจ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้น (วนิดา หาญคุณากุล, 2539; อริย์ ฟองเพชร, 2540)

จากทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy, 2009) ได้กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกบุคคลตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบบุคคลจำเป็นต้องมีการตอบสนองเพื่อรักษาสมดุลของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator subsystem) ที่เป็นกลไกการตอบสนองโดยอัตโนมัติซึ่งบุคคลไม่รู้สึกรู้ตัว และกลไกการคิดรู้ (Cognator subsystem) เป็นกลไกการตอบสนองที่เกิดจากการทำงานทางระบบประสาทแห่งการรับรู้ และการแสดงอารมณ์ 4 กระบวนการ ได้แก่ การรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ ทั้งสองกลไกทำงานประสานกัน เพื่อช่วยในการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึ่งพา ระหว่างกัน ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจะแสดงออกในรูปแบบของพฤติกรรม

ซึ่งการปรับตัวตามแนวคิดของรอย เรียกว่าปัจจัยนำเข้าที่ทำให้เกิดการปรับตัวว่าสิ่งเร้า (Stimuli) โดยรอยระบุว่า เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า สิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (จารุวรรณ เสน่ห์ห้วงศ์, 2548; จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552; น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543; รุ่งทิพย์ เป้าคุ่น, 2546; วนิตา หาญคุณากุล, 2539; วรรณิ จิวสิบพงษ์, 2550; วีระวรรณ อึ้งอร่าม, 2545; ศิริพร แก้วกุลพัฒน์, 2541; สุภาภรณ์ สังขมรรทร, 2549; คู่ขวัญ จำปาวงศ์, 2552; อำพร มิ่งขวัญ, 2547; Buapan, 2008)

ภาวะโรคร่วม จัดเป็นสิ่งเร้าด้านร่างกาย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ยิ่งมีอายุมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มการมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง (Eliopoulos, 2005) และการมีโรคเรื้อรังประจำตัวจนทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำไปสู่ความต้องการพึ่งพาคือคนอื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการมีภาวะโรคร่วมจึงทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่คุกคาม การดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค และภาวะโรคร่วมที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดการปรับตัวที่แตกต่างกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ก) จากการศึกษาของ จารุวรรณ เสน่ห์ห้วงศ์ (2548) เรื่องการสนับสนุนของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วย และพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 6 เดือน มีปัญหาการปรับตัวในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระวรรณ อึ้งอร่าม (2545) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี มีปัญหาการปรับตัว หลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านพึงพาระหว่างกัน และด้านบทบาทหน้าที่ และจากการศึกษาของ วนิตา หาญคุณากุล (2539) เรื่องผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การปรับตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคร่วม ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และการมีโรคหัวใจที่ต้องเผชิญอยู่ทำให้การปรับตัวยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นส่งผลให้การปรับตัวไม่สำเร็จ

ภาวะซึมเศร้า จัดเป็นสิ่งที่เร้าด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่เร้าที่สำคัญต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายหลังจากเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จะทำให้ ผู้สูงอายุขาดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รู้สึกด้อยค่า ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้อาการของโรคหัวใจขาดเลือดรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ (Romanelli et al., 2002) จากการศึกษาของ วรณิ จิวสิบพงษ์ (2550) เรื่อง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.47$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.39$)

การสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นสิ่งที่เร้าที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมาะสมกับโรคและลดความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536; วรณิ จิวสิบพงษ์, 2550) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่เร้าที่สำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่เหมาะสม จากการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .64$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เบ้าตุน (2546) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .41$) และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ สังขมรรทร (2549) เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .28$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ จัดเป็นสิ่งที่เร้าเกี่ยวกับความรู้สึกและการคิดรู้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัว เพราะเป็นความรู้สึกความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยของตนเอง และประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีต ที่ส่งผลต่อการปรับตัว ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรค และเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคม

เกิดการปรับตัวที่ดี (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536; Sarkar, Ali, & Whooley, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .54$)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และปัจจัยด้าน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ยังมีการศึกษาน้อยจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยเหล่านี้เฉพาะในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ให้สามารถปรับตัวได้ มีชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่ได้ให้ความสำคัญของคุณภาพที่ดีในผู้สูงอายุทั้งกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ทำให้ความรุนแรงจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ตามทฤษฎีรอย (Roy, 2009) จัดเป็นสิ่งเร้าทางด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจาก ภาวะโรคร่วมส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะทำกิจวัตรประจำวัน เพราะกลัวอาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งจากศึกษาของ จารุวรรณ เสน่ห์หวัศ (2548) เรื่องพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 6 เดือน และมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีปัญหาการปรับตัว ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการรับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีระวรรณ อึ้งอร่าม (2545) เรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ

ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่ำกว่า 1 ปี ยังมีปัญหาการปรับตัว ในด้านพึงพาหะหว่างกัน และด้านบทบาทหน้าที่และจากการศึกษาของ จิราภรณ์ นาสูงชน (2552) เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค จะมีปัญหาการปรับตัวหลังผ่าตัด เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ และการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ดังนั้นกล่าวได้ว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกลึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ตามทฤษฎีรอย (Roy, 2009) จัดเป็นสิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดขาดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (Ziegelstein, 2001) จากการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี จิวสีปงษ์ (2550) เรื่อง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการยอมรับพฤติกรรม ตามทฤษฎีรอย (Roy, 2009) จัดเป็นสิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นและเกิดความเครียด ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและสังคม จะช่วยเป็นแรงเสริมกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ไขและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม จากการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรค

กล่ามเนื้อหาวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น (2546) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล่ามเนื้อหาวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการศึกษาของ อำพร มิ่งขวัญ (2547) เรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโครงตาข่าย ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโครงตาข่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมจะมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ตามทฤษฎีรอย (Roy, 2009) จัดเป็นสิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจาก ถ้าผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีกำลังใจต่อสู้อุปสรรคและเกิดการปรับตัวที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีการปรับตัวที่ไม่ดีด้วย (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536; ศิริพร แก้วกุลพัฒน์, 2541) ดังการศึกษาของ อำพร มิ่งขวัญ (2547) เรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโครงตาข่าย ที่พบว่า ผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโครงตาข่าย ที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองไม่ดี จะมีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ คู่ขวัญ จำปาวงศ์ (2552) เรื่องผลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้องจะมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการพื้นฐานและภาวะสมดุลของความมั่นคงในชีวิต การที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะปรับตัวได้นั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะ

ซึมเศร้า การสนับสนุนจากสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจึงคาดว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมี ความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy adaptation model) (Roy, 2009) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลเป็นระบบการ ปรับตัวระบบหนึ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา การปรับตัวของบุคคล เป็น กระบวนการประกอบด้วยสิ่งเร้า (Stimuli) เป็นปัจจัยนำเข้า (Input) ผ่านกระบวนการปรับตัว (Process) และผลลัพธ์ (Output) ของการปรับตัว สิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกบุคคล ประกอบด้วยสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

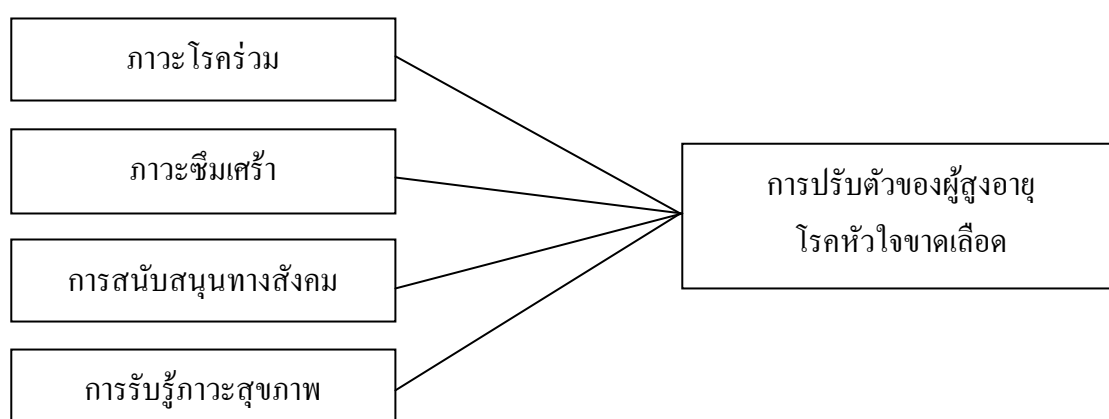
สิ่งเร้าตรง เป็นสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบบุคคลโดยตรง ทำให้บุคคลมีการตอบสนองทันที สิ่งเร้าร่วม เป็นสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อวิธีการเผชิญต่อสิ่งเร้าตรงของ บุคคล และสิ่งเร้าแฝง เป็นสิ่งเร้าที่มีผลกระทบต่อปรับตัวของบุคคล โดยที่บุคคลไม่ตระหนักถึง อิทธิพลของสิ่งเร้าเหล่านี้ หรือไม่สามารถระบุได้ชัดเจนและตรวจสอบได้ยาก ซึ่งสิ่งเร้าทั้งหมดจะมี อิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล

ส่วนกระบวนการปรับตัว คือกลไกการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย กลไกการควบคุม และ กลไกการคิดรู้ กลไกการควบคุม เป็นกลไกการปรับตัวในการทำงานทางสรีระทำให้เกิดการ ตอบสนองอัตโนมัติ กลไกการคิดรู้ เป็นการปรับตัวทางจิตสังคม ซึ่งจะมีการรับรู้ การเรียนรู้ และ จดจำเกี่ยวกับสิ่งเร้า การตัดสินใจ และเลือกวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า รวมทั้งใช้กลไกป้องกันทาง จิตที่จะช่วยปรับสภาพอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์การปรับตัว ซึ่งเป็นสิ่ง นำออก คือ พฤติกรรมการปรับตัว มี 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้าน บทบาทหน้าที่ และด้านพึงพาระหว่างกัน ที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพ จะทำหน้าที่เป็น ตัวป้อนกลับ เพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป การดำรงชีวิตของบุคคลจะมีการปรับตัวอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถดำรงรักษาภาวะสมดุล ซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงทั้งทางร่างกาย และ จิตสังคม ซึ่งการที่ บุคคลจะปรับตัวได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้า ที่นำเข้าสู่บุคคล และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคลเอง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสิ่งเร้าโดยตรงที่มากระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการแสดงออกที่ไม่เหมาะสมต่อการเจ็บป่วย มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำกว่า ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า จึงไม่มีปฏิสัมพันธ์ หลีกหนี สังคม ไม่ดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่นมากขึ้น ละเลยการรักษา

ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้อาการกำเริบ และเกิดภาวะแทรกซ้อนจนเสียชีวิตได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ก; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Romanelli et al., 2002)

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อพิจารณาตามทฤษฎีของรอย (Roy, 2009) นั้น สิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์ในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดการปรับตัว ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยภาวะโรคร่วม ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นจากเดิม เป็นสาเหตุหลักในการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องเกิดการปรับเปลี่ยนหน้าที่ต้องพึงพาและเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิดทั้งในครอบครัวและสังคม ส่วนภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต่อความเจ็บป่วยของโรคทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุขาดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้อาการของโรคหัวใจขาดเลือดรุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งเร้าเกี่ยวกับความรู้สึกความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยของตนเอง และประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจให้ปรับตัวเข้ากับภาวะสุขภาพของตนเองได้ ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลที่มากเกินไป ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ส่วนการสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นสิ่งเร้าที่ช่วยส่งเสริมและเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมกับโรค จากการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและสังคม จากข้อมูลดังกล่าวสามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 จำนวน 126 คน ในระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ดังนี้

ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ตามหลัก ICD-10-TM ได้แก่ รหัส I251 (Atherosclerotic heart disease), I252 (Old myocardial infarction), และ I259 (Chronic ischaemic heart disease, unspecified) มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 1 ปีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจมาก่อน

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่กระทบทั้งภายในและภายนอก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ที่สร้างตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1991)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ทำให้ความรุนแรงจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะโรคร่วม แปลเป็นภาษาไทยโดย เกศรินทร์ อุทรียะประสิทธิ์ (Utriyaprasit, 2001)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) ของ กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต่อการได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการยอมรับพฤติกรรม ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionair: NSSQ) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วรณี เดียววิเศษ (Deoisres, 1999)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perception battery) ของ Brook et al. (1979)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อเนื้อหาต่อไปนี้

1. โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 1.1 พยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 1.4 ผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
 - 4.1 ภาวะโรคร่วม
 - 4.2 ภาวะซึมเศร้า
 - 4.3 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) เป็นโรคที่เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2552) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) และเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตเป็นอัตรา 125.4 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากการศึกษารายงานของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.8 ส่วนในผู้สูงอายุที่อายุ 70-79 ปี เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.9 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 5.8 (วิชัย เอกพลากร, 2552) ส่วนในต่างประเทศ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดแยกตามกลุ่มอายุ คือ อายุระหว่าง 65-74 ปี ร้อยละ 24.6 อายุระหว่าง 75-84 ปี ร้อยละ 20.7 และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.2 และมีผู้สูงอายุที่ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 25.6-31.4 (Alexander et al., 2007)

พยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

โรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็ง (Atherosclerosis) จะเกิดที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดก่อน โดยการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบหรือเกิดการอุดตัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ข) ซึ่งในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด โดยมีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีลักษณะตีบแคบลงจากภาวะหลอดเลือดแข็ง และอุดตันจากการมีโคเลสเตอรอลไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีแคลเซียมมาเกาะ มีเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) สะสม มีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นของคอลลาเจน (Collagen) มีผลทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยและช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ลักษณะอาการและความรุนแรงขึ้นกับการตีบแคบของหลอดเลือด ถ้าหลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบแคบกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือด จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่มีการทำงานเพิ่มขึ้นได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นจึงมีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อมีการออกกำลังกายหรือทำงานหนัก และหากมีการตีบแคบของรูหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 70 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือด จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในขณะพัก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ข) แต่ถ้ามีการแตกของหลอดเลือด เลือดไม่สามารถส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ และเกิดการขาดเลือดนานเกิน 20 นาที อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นวงกว้าง อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงขึ้นจากการกั่งของของเสีย และกรดแลคติก (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2552) เมื่อเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการของเนื้อเยื่อหัวใจ จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ข)

อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการแบ่งลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ (วรมนต บำรุงสุข, 2548; ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2552; สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 2548; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Schwartz & Zipes, 2008; Tully, 2002) ดังนี้

1. อาการแสดงอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ หายใจไม่เต็มอึด เหนื่อยออกมาก หัวใจเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ปวดบริเวณท้องมากกว่าการปวดเจ็บที่หน้าอก ปวดไหล่หรือหลัง และหมดสติ โดยจะเกิดขึ้นขณะพัก หรือเมื่อเกิดความรู้สึก
2. อาการและอาการแสดงที่จำเพาะกับโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก เป็นผลมาจากการขาดความสมดุลของออกซิเจนที่ได้รับ และการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ การเจ็บหน้าอกแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การเจ็บหน้าอกอย่างสม่ำเสมอ (Stable angina) หมายถึง การเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างเรื้อรังนานกว่า 2 เดือนขึ้นไป โดยเจ็บในลักษณะเดียวกัน เช่น เจ็บเหมือนมีคนมาบีบหน้าอก เหมือนมีของหนักมากกดทับ แน่นอึดอัด เจ็บบริเวณเดียวกัน เช่น บริเวณสะบักหลังร้าวไปแขนซ้าย หรือแขนขวา ไปที่ คอ คาง ไหล่ ขากรรไกรและกรามล่าง ระยะเวลาที่เจ็บประมาณ 2-15 นาที และมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการคล้าย ๆ กัน เช่น เจ็บขณะเดินขึ้นบันได การออกกำลังกาย เป็นต้น

2.2 การเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) หมายถึง การเจ็บหน้าอกที่เกิดอาการครั้งแรก (New-onset angina) โดยไม่มีสาเหตุชักนำ เช่น เกิดในขณะพักผ่อน (Rest angina) มักเป็นต่อเนื่องกันนานกว่า 20 นาที อาการเจ็บหน้าอกเป็นมากขึ้น (Crescendo angina) โดยอาการเจ็บนั้นอาจถี่ขึ้น รุนแรงขึ้น และเป็นนานขึ้น

2.3 การเจ็บหน้าอกขณะพักผ่อน (Variant หรือ Prinzmetal's angina) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะในเวลาพักผ่อนนอนหลับหรือในเวลาใกล้ตอนเช้า โดยไม่มีการออกกำลังกาย หรืออารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง

3. ไม่มีอาการและอาการแสดงใด ๆ (Silent ischemia) ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เกณฑ์การวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือดตามหลัก ICD-10-TM

บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (International Classification of Diseases: ICD) ฉบับแรกได้ถือกำเนิดมาจากกลุ่มประเทศทางยุโรปเมื่อ พ.ศ. 2443 โดยเริ่มจากการจำแนกโรคที่เป็นสาเหตุการตาย ได้รับการแก้ไขเป็นลำดับทุก 10 ปี ประเทศไทยเริ่มใช้บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ตั้งแต่ฉบับที่ 7 (ICD-7) เนื่องจากโรคและปัญหาการเจ็บป่วยในแต่ละประเทศแตกต่างกัน ซึ่งรหัสโรคที่เหมาะสมของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันจึงมีการดัดแปลงรหัส ICD ออกไปสำหรับประเทศไทย ได้ใช้ ICD-10 ไปได้ระยะหนึ่งพบข้อบกพร่องและจุดอ่อนของรหัส ICD-10 จึงเกิดแนวคิดในการจัดทำ ICD-10 ฉบับประเทศไทย หรือ ICD-10-TM (TM ย่อมาจาก Thai Modification) ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อให้ได้มีรหัสที่มีความเหมาะสมสำหรับการทำงานในประเทศไทย ซึ่งในการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด จะใช้รหัสโรค ICD-10-TM คือ I20-I25 ตามลักษณะอาการ การเจ็บแน่นหน้าอกแบบ angina และการตรวจพบความผิดปกติในการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Q wave ซึ่งในการวินิจฉัยครั้งนี้จะใช้การวินิจฉัยโรครหัส ICD-10-TM คือ I251 (Atherosclerotic heart disease), I252 (Old myocardial infarction), และ I259 (Chronic ischaemic heart disease, unspecified) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ มักนิยมแบ่งตามระดับสมรรถภาพของหัวใจ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ตามเกณฑ์ของ New York Heart Association: NYHA เป็น 4 ระดับ (New York Heart Association, 1994 cited in Davis, Marden, & Leidy, 2006) ดังนี้

Class I ผู้ป่วยที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปโดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก

Class II ผู้ป่วยไม่มีอาการขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมทั่วไปอาจมีอาการเล็กน้อย

Class III ผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก

Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกแม้ในขณะพัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2554; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ข; หัสยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553) ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ปัจจัยที่อยู่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิด และดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคทำให้โรครุนแรง และอาการของโรคมักเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้มีอายุเกิน 65 ปี และในอายุที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย

1.2 เพศ ผู้ชายมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเมื่ออายุเกิน 40 ปี ส่วนผู้หญิงมักเกิดเมื่ออายุเกิน 55 ปี เพศชายเสี่ยงต่อการมีความดันโลหิตสูงและไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน และ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่า มีภาวะตีบแคบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ

1.3 พันธุกรรมและเชื้อชาติ ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า ความเสี่ยงจะพบสูงขึ้นประมาณ 1.3 เท่า ในผู้ป่วยที่มีประวัติญาติผู้ชายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 55 ปี และมีประวัติญาติผู้หญิงเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 65 ปี และ พบว่า คนผิวขาวเป็นโรคนี้มากกว่าคนผิวดำ เนื่องจากเป็นกลุ่มเชื้อชาติที่มีโรคอ้วนและเบาหวานสูง

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของบุคคล ถ้าบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ก็จะสามารถลดความเสี่ยงลงได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (20 มวน/ วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 6.5 เท่า สารนิโคตินจากบุหรี่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่วนคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ และทำให้เกล็ดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่ทำให้ระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูงในเลือดลดลง

2.2 ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และบริโภคไขมันชนิดที่ไม่อิ่มตัวมาก จะเป็นสาเหตุให้มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระตุ้นให้เกิดการจับตัวของเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ไขมันในเลือดที่มีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด จำแนกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.2.1 ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein: LDL) เป็นไขมันที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้ไขมันจับตัวอยู่ตามผนังหลอดเลือด ซึ่ง พบว่า การลดไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ ให้ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.2.2 ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein: HDL) เป็นไขมันดี มีหน้าที่นำโคเลสเตอรอลที่ติดตามผนังหลอดเลือดให้หลุดออกไปจึงช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งมีการศึกษา พบว่า การเพิ่มไขมันที่มีความหนาแน่นสูง ให้สูงกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.3 ความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน แรงดันที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดแรงกระแทกทำให้หลอดเลือดมีการฉีกขาด และเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กระตุ้นให้กระบวนการสะสมไขมันที่ผนังหลอดเลือดเกิดได้เร็วขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลงทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในที่สุด ซึ่ง พบว่า ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ 3.7 เท่า โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้รักษาความดันโลหิตไว้ไม่ให้เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท

2.4 โรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้นกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-8 เท่า โดยร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.5 โรคอ้วน ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิด

โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินพอดีหรือเกิดมาตรฐานเพียงร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และพบว่า ผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า การกระจายไขมันส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบสัดส่วนของส่วนเอวและสะโพกที่เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคในผู้สูงอายุ

2.6 ขาดการออกกำลังกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า พบว่า การมีกิจกรรมทางกายในระดับหนักปานกลางสะสมอย่างน้อย 30 นาที ในแต่ละวัน เช่น การเดิน การเดินร่า จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.7 ภาวะเครียด คนที่มีบุคลิกภาพแบบ A (Type A personality) มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นถึง 2 เท่า ภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้จากปัจจัยหลายอย่าง เนื่องจาก ความเครียดอาจทำให้รับประทานมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้น ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตามมีจุดประสงค์หลักในการรักษา คือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพื่อเพิ่มการไหลเวียน ของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุด การรักษาสามารถทำได้หลายวิธี (นิตยาเพ็ญศิริรักษา, 2554; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ข; หัสยา ประสิทธิ์ดำรง, 2553) ดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้ยา เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความสมดุลของการใช้และการได้รับออกซิเจน ยาที่ใช้จึงมีทั้งช่วยเพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดความต้องการการใช้ ออกซิเจนของหัวใจ มีดังนี้

1.1 ยาลดความเจ็บปวด เช่น มอร์ฟีนมักใช้ในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง ยาจะช่วยลดปวดและทำให้หลอดเลือดขยาย เป็นการลดภาระของหัวใจและช่วยลดความดันโลหิต แต่การให้อาจทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า และอ่อนเพลีย

1.2 ยากลุ่มไนเตรท (Nitrates) ยาทำให้หลอดเลือดดำทั่วร่างกายขยายตัว ลดแรงดันผนังหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และยายังขยายหลอดเลือดโคโรนารีทำให้เลือดผ่านหลอดเลือดที่มีโคเลสเตอรอลได้มากขึ้น จึงช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก ยากลุ่มนี้ ที่นิยมใช้ได้แก่ ไนโตรกลีเซอริน เป็นยาออกฤทธิ์ระยะสั้นใช้้อมหรือพ่นใต้ลิ้น ชนิดอมใช้ขนาด 0.6 มิลลิกรัมอมใต้ลิ้น ออกฤทธิ์นาน 3-5 นาที สามารถอมซ้ำได้ในเวลา 5 นาที 2-3 ครั้ง ลดอาการปวดได้ภายใน 1-2 นาที

1.3 ยาต้านเบต้า (Beta - blockers) ยาออกฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดแรงบีบตัวของหัวใจ ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจึงลดอาการเจ็บหน้าอก ยาแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ยาต้านเฉพาะเบต้า 1 (Beta-1 selective blocker) เช่น Metoprolol และ Atenolol เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์เฉพาะที่หัวใจ และยาต้านเบต้า 1 ที่ไม่เฉพาะ (Non-beta-1 selective blocker) เช่น Propranolol ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อหัวใจ แต่อาจทำให้หลอดเลือดตีบแคบ และหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว

1.4 ยาต้านแคลเซียมเข้าเซลล์ ยามีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายโดยตรงทำให้การไหลเวียนเลือดของหัวใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดการบีบตัวของหัวใจ ลดความดันโลหิต ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.5 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ที่สำคัญคือ แอสไพริน ซึ่งจะลดการจับตัวของเกร็ดเลือด มักใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกรายถ้าไม่มีข้อห้าม

2. การรักษาด้วยการเปิดขยายหลอดเลือดมีหลายวิธี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554ข) ดังต่อไปนี้

2.1 การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty หรือ PTCA) เป็นการใส่แรงทางกลศาสตร์ขยายหลอดเลือดด้วยการกดคราบไขมันให้แตก วิธีที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็ว โดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ ไปยังบริเวณที่มีหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบแคบ แล้วโป่งขยายบอลูนดันให้ไปยึดหลอดเลือดขยายออก และทำให้คราบไขมันแบนลง รูของหลอดเลือดจะขยายออก ทำให้การตีบแคบของหลอดเลือดลดลงร้อยละ 20 มีผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้นไม่ต้องอยู่โรงพยาบาลนาน และมีภาวะแทรกซ้อนน้อย

2.2 การใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ วิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง และผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด ร่วมด้วย อัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดพบได้ร้อยละ 14-26 ปัจจุบันได้มีการศึกษาและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงตาข่ายที่ทำด้วยแทนทาลัม ซึ่งมีคุณสมบัติที่สามารถเห็นได้จากภาพถ่ายรังสี ยึดขยายแล้วไม่หดตัวและยับยั้งการเกิดลิ่มเลือดในโครงตาข่าย

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก โดยใช้อุปกรณ์ในการตัดคราบไขมันซึ่งมีหลายชนิด เช่น แบบหัวกรอ (Rotational atherectomy) โดยหัวกรอจะหมุนด้วยความเร็วสูง ทำให้สิ่งอุดตันถูกปั่นเป็นอนุภาค ๆ แล้วหลุดไปตามกระแสเลือด แบบมีดโกน (Directional coronary atherectomy) ใบมีดที่เก็บอยู่ในสายสวนจะตัดและโกยสิ่งอุดตันที่หลุดออกแล้วดูดเข้าไปเก็บไว้ในสายสวน หลังจากนั้นจะหลุดออกมาตามสายเมื่อดึงสายสวนออก และแบบตัดแยก (Extraction atherectomy)

ไบมีดจะเจาะสิ่งอุดตันออกจากหลอดเลือด แล้วสิ่งอุดจะถูกเก็บไว้ในปล้องที่หุ้มไบมีด โคน ซึ่งเมื่อเทียบกับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน พบว่า การตัดเอาคราบไขมันออกมีโอกาสเกิดการแตกของหลอดเลือดได้น้อยกว่า อย่างไรก็ตาม การตัดคราบไขมันนี้จะมีข้อจำกัด คือสามารถทำในหลอดเลือดที่อยู่ส่วนต้นและกลางเท่านั้น โดยต้องมีเส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 3 มิลลิเมตร ต้องมีการอุดตันของเส้นเลือดยาวที่ไม่เกิน 15 มิลลิเมตร และต้องไม่มีคราบแคลเซียมมาเกาะมากนัก

2.4 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting)

การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย มากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น อย่างรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัล หรือเอออร์ติกร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิต ในระยะ 5 ปีแรก สูงถึงร้อยละ 90 และร้อยละ 80 พบว่า มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมาก หรือไม่มีเลย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554ข) ในระยะ 7-10 ปี แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดในการกระทำ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ต้องมีความพร้อมในด้านสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์

3. การรักษาด้วยการใช้เลเซอร์ผ่านกล้ามเนื้อหัวใจ (Transmyocardial Revascularization หรือ TMR) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจที่การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วมีการอุดตันซ้ำอีก หรือใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงในระยะที่ 4 มีหลักการคือ ผู้ป่วยต้องดมยาสลบ ใช้เลเซอร์ยิงผ่านหัวใจขนาดของรูผ่าน 1 มิลลิเมตร ลึกขนาด 1 เซนติเมตร ยิงประมาณ 10-25 รู ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส เมื่อยิงหลายรูทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือดและไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด การรักษาด้วยการใช้เลเซอร์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแสงเลเซอร์ เช่น ภาวะเลือดออก มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหัวใจถูกกดจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

ผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

ผลจากพยาธิสภาพและแนวทางการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอกและแน่นหน้าอก ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเกิดขณะทำกิจกรรม มีความรุนแรงมากทำให้ผู้สูงอายุ

หวาดกลัว และส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามบทบาทหน้าที่ลดลง (Dunderdalc et al., 2005; Webster et al., 2003)

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

อาการของโรคหัวใจขาดเลือด เป็นอาการที่รุนแรงและเฉียบพลันจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง และกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ (ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2552) โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคร้ายแรง น่ากลัวและรักษาไม่หาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่า มีความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ และนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (จิตร์รัตน์ ทองขาว, 2551; Romanelli et al., 2002) จากการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีการปรับตัวในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ จิวสืบพงษ์ (2550) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับ ความรุนแรงของโรคในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grace et al. (2005) เรื่องผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาการของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดการตายในระยะ 5 ปี หลังจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนซึมเศร้าระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีรายได้ต่ำ สถานภาพสมรสเป็นหม้าย มีระดับการศึกษาต่ำ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่แบบรุนแรง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการตายสูง และผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ซึ่งทำให้ทราบว่า ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้สูงอายุได้

3. ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

โรคหัวใจขาดเลือด เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญและเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ จากค่าใช้จ่ายของรัฐในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เฉลี่ยรายละ 21,308.70 บาทต่อปี ซึ่งเป็นจำนวนเงินที่สูงมาก (สุวรรณ

จันทร์ประเสริฐ, 2545) นอกจากนี้ การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายจากภาวะของโรค จนกระทั่งต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นนั้น จะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนแตกต่างหรือด้อยค่ากว่าบุคคลอื่น อยากรู้คนเดียว แยกตัวออกจากกิจกรรมต่างๆ จากสังคม และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นน้อยลง และถ้าผู้สูงอายุยังไม่สามารถดำรงบทบาทของตนที่เหมาะสมต่อไป อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

จากปัญหาของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินของโรคตามพยาธิสภาพ และกระบวนการทำงานภายในและภายนอกของตัวผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ส่งผลให้การรับรู้ของผู้สูงอายุบิดเบือนได้ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมที่แสดงออก (วนิดา หาญคุณากุล, 2539; นิสากร โพธิ์ชัย, 2541; สมปอง พรหมโคตร, 2545) ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และหาวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมเพราะถ้าผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยก็จะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลหรือเกิดจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เข้ามากระทบมีผลต่อภาวะสมดุลของบุคคล ทำให้บุคคลเสียสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยย่อมต้องส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว เพราะการปรับตัวของบุคคลเป็นพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย เกิดความมั่นคงและการมีสุขภาพที่ดีส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการปรับตัว

จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 2009) กล่าวถึง การปรับตัว และการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์หรือ การเปลี่ยนแปลงเข้ามาในชีวิตการปรับตัวเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคล มีความคิด และความรู้สึกจากการใช้ความตระหนักรู้ทางปัญญา และการสร้างสรรค์ในการบูรณาการระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้กลมกลืน นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (Holistic adaptive system) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สื่อสารมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม โดยรับ

สิ่งนำเข้า (Input) จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งนำเข้านี้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระบบทำให้เกิดกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) ส่งผลไปให้เกิดผลลัพธ์ สิ่งนำออก (Output) เป็นการตอบสนอง (Response) ของบุคคลเรียกว่า พฤติกรรมการปรับตัวซึ่งเป็นการแสดงออกของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ และพฤติกรรมการปรับตัวนี้ เป็น ตัวป้อนกลับ (Feedback process) เข้าสู่ระบบอีกครั้งหนึ่ง แต่ละส่วนนี้จะทำงานสัมพันธ์กัน เพราะบุคคลเป็นระบบเปิด มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และสิ่งแวดล้อมนี้เปรียบเหมือนสิ่งเร้า เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองเกิดการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคลหรือภายใน ตัวบุคคล ซึ่งมีผลกระทบทำให้บุคคลเกิดกระบวนการปรับตัว และมีผลลัพธ์เป็นพฤติกรรมการแสดงออก โดยสิ่งเร้านี้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (จินตนา ยูนิพันธ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) ดังนี้

1. สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าภายนอกหรือภายในที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ทราบว่าเป็นสิ่งที่เข้ามากระตุ้นให้มีการตอบสนอง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลจะต้องให้ความสนใจและใช้พลังงานในการจัดการกับสิ่งเร้าทันที
2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น และมีอิทธิพลในการเพิ่มหรือลดผลกระทบของสิ่งเร้าตรง ต่อการปรับตัวของบุคคลด้วยเช่นกัน สิ่งเร้าร่วมไม่ใช่ศูนย์กลางของความสนใจ แต่จะมีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งเร้าตรง โดยอาจมีผลในทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว
3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในระบบบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะตัว มาจากประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ และบุคลิกภาพของบุคคล เป็นปัจจัยที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล ผลกระทบของสิ่งเร้าแฝงต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นไม่ชัดเจนและตรวจสอบได้ยาก

สิ่งเร้าดังกล่าวจะกระตุ้นให้บุคคลตอบสนองการปรับตัว โดยบุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัว (Adaptation level) ของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งหมายถึง ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในกระบวนการชีวิต มี 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับปกติ (Integrated level) เป็นภาวะที่โครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายทำงานเป็นองค์รวม สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างเหมาะสม
2. ระดับชดเชย (Compensatory level) เป็นภาวะที่กระบวนการชีวิตถูกรบกวนทำให้กลไกการควบคุมและการรับรู้ของระบบบุคคลถูกกระตุ้นให้ทำงานเพื่อจัดการกับสิ่งเร้า
3. ระดับเสียสมดุล (Compromised level) เป็นภาวะที่กระบวนการปรับตัวระดับปกติ และระดับชดเชยทำงานไม่เพียงพอที่จะจัดการกับสิ่งเร้าได้ ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา

ระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ มีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน หากสิ่งเร้าตกอยู่ภายในขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัว บุคคลก็จะสามารถปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าสิ่งเร้าอยู่นอกขอบเขตระดับความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่ สามารถปรับตัวได้ แต่อย่างไรก็ตามระดับความสามารถในการปรับตัวเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ในกระบวนการชีวิต คือบุคคลสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวได้โดยแสวงหาการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อให้ตนเองมีระดับความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ นั้นเพิ่มขึ้นได้

การปรับตัว (Adaptation)

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเมื่อได้รับสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อม การปรับตัวในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ของบุคคล อาจเป็นการกระทำหรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกบุคคลก็ได้ การปรับตัวของบุคคลจะเป็นสัญญาณบ่งบอกว่า ระบบสามารถปรับตัวขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมได้ดีมากน้อยแค่ไหน ความสามารถของระบบการปรับตัว แบ่งเป็น 2 ระบบ (จินตนา ยูนิพันธ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) ดังนี้

1. การปรับตัวสำเร็จ (Adaptive response) เป็นพฤติกรรมการตอบสนอง ในเชิงบวก คือ ผลลัพธ์ หรือ พฤติกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งของบุคคล มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายของการปรับตัว คือ การมีชีวิตรอด (Survival) การเจริญเติบโต (Growth) สืบเผ่าพันธุ์ให้คงอยู่ มีความก้าวหน้าสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ (Mastery) ซึ่งการพิจารณาผลลัพธ์ของการปรับตัว ว่าเป็นการปรับตัวสำเร็จหรือไม่ ต้องเปรียบเทียบกับเป้าหมายของการปรับตัวด้วย

2. การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) เป็นพฤติกรรมการตอบสนองต่อสิ่งเร้าในแบบที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความแข็งแกร่งของระบบ ไม่ทำให้บุคคลบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวอย่างหนึ่งอย่างใด คือ ไม่ช่วยให้ชีวิตอยู่รอด มั่นคง ไม่มีการเจริญเติบโต ไม่สามารถสืบเผ่าพันธุ์ให้คงอยู่ ไม่มีความก้าวหน้า หรือ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามที่ต้องการได้

กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process)

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการควบคุมระบบการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีทั้งวิธีการที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ หรือวิธีการ ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ กระบวนการเผชิญปัญหาเป็นระบบย่อย 2 กลไก ดังนี้

1. กลไกการควบคุม (Regulator subsystem) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยอัตโนมัติซึ่งบุคคลไม่รู้สึกรู้สีกตัว เกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี และระบบ

ต่อมไร้ท่อ โดยดึงเร้าจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกเป็นสิ่งที่เข้าสู่ระบบประสาท มีผลต่อสมดุลของน้ำอิเล็กโทรไลต์และกรดต่าง และระบบต่อมไร้ท่อ กลไกการควบคุมนี้ ทำงานเพื่อควบคุมระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ

2. กลไกการคิดรู้ (Cognator subsystem) เป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านทางระบบประสาทแห่งการรับรู้และการแสดงอารมณ์ 4 กระบวนการ คือ กระบวนการรับรู้และถ่ายทอดข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ โดยสิ่งเร้าของกลไกการรับรู้ประกอบด้วยปัจจัยที่มีผลต่อด้านจิตใจ สังคม กายภาพและสรีรวิทยา ซึ่งเป็นผลมาจากกลไกการควบคุม ผ่านเข้าสู่กระบวนการรับรู้และถ่ายทอดข้อมูล โดยบุคคลจะเลือกประมวลและจำในสิ่งที่ตนเองสนใจ การเรียนรู้จะทำให้เกิดการเลียนแบบ การเสริมแรงและการหยั่งรู้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหาวิธีแก้ไขปัญหา โดยที่การตอบสนองทางอารมณ์เป็นกลไกการป้องกันที่ใช้เพื่อให้บุคคลเกิดความสบายใจและคลายความวิตกกังวล และอารมณ์เป็นผลที่ได้มาจากการประเมินค่าทางอารมณ์และความผูกพันของบุคคล

กลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้จะทำงานควบคู่กันเสมอ เพื่อดำรงความสมดุลของบุคคลในการปรับตัว ผลจากการทำงานของ 2 กลไกนี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านนี้จะสะท้อนให้เห็นถึงระดับการปรับตัวของบุคคล ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมของบุคคล และยังสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการเผชิญปัญหาในแบบแผน พฤติกรรมทั้ง 4 ด้าน ตลอดจนความสำเร็จหรือประสิทธิภาพของการตอบสนองโดยสังเกตได้จากพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมาให้ปรากฏ โดยมีรายละเอียดการปรับตัวแต่ละด้าน (จินตนา ยูนิพันธ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) ดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic mode) หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต ประกอบด้วยการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 5 ประการได้แก่ การรับออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การปกป้องอันตราย และรวมถึงกระบวนการในร่างกายอีก 4 กระบวนการ ได้แก่ การรับความรู้สึก การได้รับสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์และสมดุลกรด-ด่าง การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ถ้ามีการปรับตัวสำเร็จ บุคคลนั้นจะดำรงชีวิตอยู่ได้

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความจำเป็นพื้นฐานด้านจิตใจ ที่ต้องรู้ว่าตนคือใคร ทำอะไรได้ มีคุณค่า หรือมีความหมายสำหรับใคร เพื่อการบรรลุเป้าหมายของการปรับตัว อัตมโนทัศน์ เป็น

ส่วนรวมของความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ทางร่างกาย (Physical self) และ การปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) โดยการปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ทางร่างกาย หมายถึง การปรับตัวที่เป็นผลจากการประเมินของบุคคล เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาทางกายภาพ ความสมบูรณ์ของอวัยวะ การรับรู้ความสามารถของตนตามลักษณะทางเพศ รวมถึงการมองตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความแข็งแรง และความเข้มแข็ง ในขณะที่การปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) หมายถึง การปรับตัวที่เป็นผลจากการประเมินลักษณะของตนเองในด้านความมั่นคงในตนเอง ความคาดหวังในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติ หรือการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมซึ่งที่กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เช่น หน้าที่ของสมาชิกในองค์กร หรือหน่วยงาน ที่กำหนด เป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่ดำรงตำแหน่งต่าง ๆ ขององค์กร หรือที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นความเข้าใจตรงกันของสังคมใดสังคมหนึ่ง บทบาทที่บุคคลครองอยู่ แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดตาม อายุ เพศ และระยะของพัฒนาการ บทบาทเหล่านี้เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ของชีวิต

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทเกี่ยวกับภาระหน้าที่ที่ต้องกระทำทั้งหมดของบุคคลตามระยะพัฒนาการและตามบทบาทปฐมภูมิ เช่น ชายคนหนึ่งมีบทบาทเป็นบิดาและสามี ในขณะที่เดียวกันมีบทบาทตามตำแหน่งหน้าที่การงาน คือ เป็นครู เป็นต้น บทบาททุติยภูมิเป็นบทบาทที่คงที่ ถาวร และมีความสำคัญต่อบุคคล เนื่องจากบุคคลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทนี้ และเป็นการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ของบุคคลด้วย

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทที่บุคคลเลือกตามความสมัครใจโดยอิสระ เป็นบทบาทหน้าที่ที่ครองไว้ชั่วคราว ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการทำงาน หรือบทบาทในองค์กรบุคคลเลือกที่จะแสดงบทบาทหรือยกเลิกบทบาทนั้นได้ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ และอาจรวมไปถึงการทำกิจกรรมบางอย่างที่เป็นงานอดิเรก บทบาทตติยภูมิอาจเป็นบทบาทชั่วคราวที่ได้มาโดยธรรมชาติ เช่น บทบาทการเป็นผู้ป่วย เป็นต้น

การปรับตัวที่แสดงออกตามบทบาทของบุคคลมี 2 ประเภท คือ การปรับตัวที่บุคคลกระทำตามบทบาทที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม (Instrumental behavior) และการปรับตัวที่บุคคลแสดงออกตามความรู้สึกและเจตคติต่อบทบาทที่ดำรงอยู่ของตน (Expressive behavior) ซึ่ง

พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการปรับตัวที่เหมาะสมนั้น จะต้องประกอบไปด้วยพฤติกรรมทั้ง 2 ส่วนนี้ หากในสถานการณ์ใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมทั้งสองนี้อย่างเหมาะสมได้จะแสดงถึงการมีปัญหาในการปรับตัว

4. การปรับตัวด้านพึ่งพาระหว่างกัน (Interdependence mode) หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล จะมีปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้และการได้รับความรักความนับถือ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ซึ่งเป็นความสัมพันธ์กันของบุคคลกับผู้เกี่ยวข้องใกล้ชิด หรือบุคคลที่มีความหมายสำหรับคนคนนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือเพื่อน ซึ่งบุคคลสำคัญนี้อาจมีได้หลายคน โดยบุคคลนั้นเท่านั้น ที่จะระบุได้ว่าใครเป็นบุคคลใกล้ชิดของเขา นอกจากนั้นการปรับตัวด้านนี้ยังเกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุน (Support systems) ประกอบด้วยบุคคลอื่น ๆ กลุ่มคนหรือองค์กรต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องในการที่จะช่วยให้ความบรรลุถึงเป้าหมายการพึ่งพาระหว่างกันของบุคคลแต่ละคนด้วย

กล่าวโดยสรุปจากทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy, 2009) มนุษย์ทุกคนเป็นสิ่งมีชีวิต มีระบบการปรับตัวเป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลาทั้งภายในและภายนอก จึงทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง โดยใช้กลไกการปรับตัวที่ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกอัตโนมัติ และเป็นส่วนการปรับตัวทางด้านสรีระ และกลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) เป็นการทำงานที่สัมพันธ์กับจิตใจ และสังคมจากประสบการณ์ที่เรียนรู้ โดยเมื่อสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ข่าวสาร จะเกิดการเรียนรู้และตัดสินใจที่จะหาวิธีแก้ปัญหา ทำให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอ้อม โนทส์น ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึ่งพาระหว่างกัน จะส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (Adaptive response) และเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จะทำให้สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข แต่ถ้ามีการปรับตัวไม่ดีทำให้ภาวะของโรคเลวลงและมีคุณภาพชีวิตต่ำลง

จากทฤษฎีการปรับตัวที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า บุคคลนั้นเป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้คงชีวิตอยู่ได้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องเผชิญความเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย จึงต้องมีการปรับพฤติกรรมและความรู้สึกตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดความสมดุลทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy, 2009) มาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาการปรับตัวและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy, 2009) สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ดังนี้

1. การปรับตัวในด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกาย เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย และทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดพฤติกรรมกรรมการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน การปกป้องอันตราย และรวมถึงกระบวนการในร่างกาย ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การได้รับสารน้ำอิเล็กโทรไลต์ความสมดุลกรด-ด่าง การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ หากการปรับตัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของร่างกาย จะทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการปรับตัวไม่เหมาะสม

สำหรับปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการปรับตัว สรุปได้ ดังนี้

1.1 ความต้องการด้านออกซิเจน ปัญหาของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากพยาธิสภาพในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ มีลักษณะตีบแคบลงจากภาวะหลอดเลือดแข็ง และอุดตันจากการมีโคเลสเตอรอลไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีแคลเซียมมาเกาะมีเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปโปรตีนสะสมมีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่มขึ้นของ คอเลสเตอรอลทำให้ความสามารถในการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยและช้าลง ลักษณะอาการและความรุนแรงขึ้นกับการตีบแคบของหลอดเลือด ถ้าหลอดเลือดมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70 ของหลอดเลือดปกติ จะมีอาการเจ็บหน้าอก และสำหรับผู้สูงอายุที่มีการตีบแคบของขนาดหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 85 อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ แต่ถ้ามีการแตกของหลอดเลือด เลือดไม่สามารถส่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้และเกิดการขาดเลือดเกิน 20 นาที ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นวงกว้าง อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงขึ้นจากการคั่งของของเสีย และกรดแลคติก เมื่อเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของเนื้อเยื่อหัวใจ ซึ่งเป็นความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนกับปริมาณที่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จึงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายในที่สุด เมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตายสมรรถภาพการทำงานของหัวใจจะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อทำกิจกรรมจะเกิดอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ (อุไร ศรีแก้ว, 2543; ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2552) จากสาเหตุดังกล่าว สรุปได้ว่าเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะต้องมีการปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต และเพื่อดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

1.2 โภชนาการ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพราะสาเหตุสำคัญที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคแย่ลงคือ การมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสม จากการรับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ ถ้าหากผู้สูงอายุปรับตัวได้ จะไม่ทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าผู้สูงอายุมีแบบแผนการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลทำให้อาการของโรครุนแรง (ศุภิสรา ลานอก, 2543) จากการศึกษาของ ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์ (2542) ที่ศึกษาความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความพร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารเช้า โดยยังคงรับประทานอาหารเช้าที่มีน้ำตาลและไขมันสูงร้อยละ 87 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนเนตร พลเพชร (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเพิ่มระดับความรุนแรงของโรค คือรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือโซเดียมสูงมากกว่า 2 กรัมต่อวันร้อยละ 87.9 และ จากการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตโนภาส (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวทำให้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านการรับประทานอาหารเช้าที่ไม่เหมาะสม จากการรับประทานอาหารเช้าที่มีไขมันสูง รสเค็ม ซึ่งจะส่งผลทำให้อาการของโรคหัวใจขาดเลือดรุนแรงขึ้น

1.3 การขับถ่าย เป็นกระบวนการขับของเสียออกจากร่างกาย การปรับตัวด้านการขับถ่ายเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบขับถ่ายอุจจาระ ถ้าระบบดังกล่าวทำหน้าที่ได้ปกติ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะไม่มีปัญหาการปรับตัว โดยมีพฤติกรรมที่แสดงออก คือ มีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะเป็นปกติ แต่ถ้าหากมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องก็จะทำให้เกิดปัญหา เช่น ท้องผูก ท้องร่วง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาบกพร่อง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระบบขับถ่าย และระบบทางเดินอาหารเป็นต้น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีปัญหาท้องผูกจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ จากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหูรูดลดลง มีการบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (บุญศรี นุเกตุ และ ปาลิรัตน์ พรทวีกันทา, 2550) ทำให้ต้องเบ่งถ่ายอุจจาระเพิ่มแรงดันในช่องท้อง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552 ข) และมีการศึกษา พบว่า สัดส่วนของการรับประทานผักและผลไม้เพียงพอตามกลุ่มอายุ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป รับประทานผักและผลไม้วันละมากกว่า 5 ส่วนขึ้นไป มีไม่เกินร้อยละ 10 (วิชัย

เอกพลากร, 2552) ซึ่งจะเห็นได้ว่าอาการท้องผูก การเบ่งถ่ายอุจจาระ หรืออาการ กลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ ท้องอืด แน่นท้อง และพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัวด้านการขับถ่าย

1.4 การมีกิจกรรมและการพักผ่อน จากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าทำกิจกรรม บางรายสามารถทำกิจกรรมได้คงเดิมแต่ไม่กล้าทำ เนื่องจากกลัวอันตรายต่อสุขภาพ (จิราพร แอชตัน, 2550; ศุภิสรา ลานอก, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2543) ดังการศึกษาของ จิราพร ทองดี (2547) เรื่องปัจจัยทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีพฤติกรรม ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เนื่องจากเกรงว่าการออกกำลังกายจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยพยาธิสภาพของโรคจะทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ง่ายขึ้น เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อไม่เพียงพอ และอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือแม้ในขณะที่พัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่กล้าทำกิจกรรมใด ๆ กลัวว่าจะกระทบกระเทือน และเป็นอันตราย รวมทั้งภาวะของโรคหัวใจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่าย เวลาทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Myers et al., 2001) ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับ

1.5 การปกป้องอันตราย ปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงกระบวนการปกป้องร่างกายจากอันตรายหรือผลกระทบบที่จะได้รับจากสิ่งแวดล้อม โดยการทำหน้าที่ของกลไกทางเคมี การป้องกันของเซลล์ผิวหนังและระบบภูมิคุ้มกัน และรวมถึงกลไกการทำงานของผิวหนังในการป้องกันอันตรายจากภายนอก เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติ ทำให้ต้องมีการปกป้องตนเองจากภายนอกและภายในร่างกาย จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงการรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย และการรักษาความสะอาดร่างกาย

1.6 การรับรู้ความรู้สึก เป็นกระบวนการรับรู้ จากการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้สัมผัสผิวหนังผ่านประสาทรับรู้ความรู้สึก จะช่วยให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ปัญหาการปรับตัวด้านการรับรู้ความรู้สึก คือ ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดเจ็บหน้าอกจากการที่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และอาจเกิดอาการขึ้นขณะพักหรือในเวลาที่ยังต้องการออกซิเจนมากขึ้น เช่น ระหว่างออกกำลังกาย หรือมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ มีภาวะเครียด เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยจะตอบสนองด้วยการหยุดพัก ไข้ยาและมาพบแพทย์ เพราะ

กล่าวอาการกำเริบ

1.7 สารน้ำอิเล็กโทรไลต์และสมดุลกรด-ด่าง เป็นกระบวนการที่รักษาความสมดุลของร่างกาย ระบบที่ทำงานเพื่อรักษาสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ แต่ใตจะทำหน้าที่หลักในการรักษาสมดุลสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์และกรด-ด่าง คือการกรอง การดูดซึม และขับออก หากกระบวนการทำหน้าที่ดังกล่าวมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดก็จะอยู่ในภาวะสมดุลไม่เกิดปัญหาในการปรับตัว แต่ถ้าระบบรักษาสมดุลไม่สามารถตอบสนองได้ก็จะเกิดปัญหาปรับตัวตามมา (Roy, 2009) เช่น อาการบวมเนื่องจากการคั่งของน้ำในเซลล์ มีภาวะโปแตสเซียมและโซเดียมสูงหรือต่ำ ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข ปล่อยให้อาการของโรครุนแรงขึ้นมากยิ่ง ก็จะส่งผลทำให้เสียชีวิตได้

1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญ ของกลไกการควบคุมหรือกลไกการคิดรู้ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าและแสดงพฤติกรรมปรับตัว (Roy, 2009) ซึ่งผู้สูงอายุจะเกิดความผิดปกติของการทำหน้าที่ของระบบประสาทก็ต่อเมื่อพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงจนทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้การกำซาบ (Perfusion) ของเลือดไปยังสมองลดลง ทำให้มีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืดหรือเป็นลมหมดสติ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการทำงานของระบบประสาทที่มีความจำช้า ความจำเสื่อม สับสน จึงทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวการด้านทำหน้าที่ของระบบประสาทได้

1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ เป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อน จะเป็นตัวเชื่อมประสานระหว่างการทำงานของระบบประสาท เพื่อควบคุมกระบวนการปรับตัวในร่างกาย (Roy, 2009) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาเหตุหนึ่งมักเกิดจากโรคเบาหวาน และในผู้สูงอายุมักมีประวัติมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้คงที่ได้ ซึ่งภาวะระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งทำให้เลือดส่งผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นผู้สูงอายุจึงมีปัญหาจากภาวะการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อในโรคหัวใจได้

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ เป็นพฤติกรรมปรับตัวตอบสนองต่อความเชื่อ และความรู้สึกลึกซึ้งที่บุคคลมีต่อตนเอง บุคคลอื่น และสังคม อันเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดการยอมรับและดำรงตนอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งจำแนกได้ 2 ด้าน ดังนี้

2.1 อัตมโนทัศน์ทางร่างกาย คือ ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะวิกฤตที่สำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีต่อลักษณะ

รูปร่างหน้าตา การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะรู้สึกตนเองเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะทำให้บุคคลเกิดปัญหาการปรับตัวตามมา และจากการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง น่ากลัว มีอาการเจ็บหน้าอกกะทันหัน ทวีความรุนแรงรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก ไม่มีแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยกลัวเสียชีวิตคนเดียวไม่มีใครช่วยเหลือ ซึ่งสรุปได้ว่า การปรับตัวอ้อมโนทัศน์ทางร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดปัญหาการปรับตัว คือ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ การสูญเสียความสามารถในการทำงาน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของโรคไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดบางรายมีพฤติกรรมไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา แยกตัว ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงจนอาจเสียชีวิตได้

2.2 อ้อมโนทัศน์ส่วนบุคคล คือ ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีต่อการประเมินคุณค่าตนเอง ให้เป็นที่ยอมรับกับบุคคลรอบข้างและในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการยอมรับและดำรงตนอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจะมีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของการเกิดโรค หวาดหวั่นกลัวอันตรายจากการเจ็บหน้าอก มีการแสดงออกในลักษณะของความกลัวและวิตกกังวล (ฐิติรัตน์ ทองขาว, 2551; Wattanakitkriear, 2009) จากการศึกษาของ Marla et al. (2004) เรื่องเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 912 คนที่ได้รับการรักษาใน 72 ชั่วโมงแรกจาก 5 ประเทศคือ ออสเตรเลีย อังกฤษ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ และสหรัฐอเมริกา พบว่า มีระดับความวิตกกังวลระดับสูง แม้ว่าจะมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลเหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Romanelli et al. (2002) ที่ศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการซึมเศร้าหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 4 เดือนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการซึมเศร้าและผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการซึมเศร้ามักจะไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์และมีขอบเขตในการฟังคำแนะนำน้อยกว่าด้วย จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และเป็นภาระพึ่งพาแก่ครอบครัว ทำให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือเหลือจากครอบครัวและสังคม ตลอดจนไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ทำให้พยาธิสภาพของโรคแย่ลง

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ และแบบแผนการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพ ของโรค ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต บางรายสูญเสียความสามารถ ในการดูแล ตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพต้องพึ่งพามุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม (สุภาพรณี สังขรทร, 2549) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำรงบทบาทและหน้าที่ของตนได้ ตามปกติ และไม่สามารถทำงานได้ต้องเปลี่ยนงาน หรือการไม่สามารถเลื่อนตำแหน่ง หรือย้ายที่ ทำงานได้ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) ส่งผลให้เกิดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมกับบทบาทที่สังคม มอบหมายให้หรือบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ และจากการศึกษาของ ธนิตา เขียวธำรงสุข (2543) เรื่องประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายมีการรับรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสเปลี่ยนแปลง จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้ขาดความสุขในชีวิต รับประทานไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้ามแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูงและจิตใจ ท้อเหี่ยว หากต้องเผชิญความรู้สึกนี้นาน ๆ จะทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร นอนไม่หลับและอ่อนเพลีย

4. การปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิด ความเจ็บป่วยที่รุนแรง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับสภาพ ของโรคที่เผชิญอยู่ ดังนั้น ผู้สูงอายุอาจแสดงพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ไม่ปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน เพื่อเรียกร้องความสนใจจากครอบครัว อยากให้สมาชิกในครอบครัวสนใจและเอาใจใส่ ตนมากขึ้น (สุภาพรณี สังขรทร, 2549) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ จึงทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกตนเองไร้ค่า ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดบางรายอาจช่วยเหลือ ตนเองมากเกินไป และมักไม่ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นแม้ในเวลาจำเป็น จนทำให้เกิดอันตราย แก่ตัวเอง จากที่กล่าวว่าถ้าผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลที่มีความสัมพันธ์ ใกล้ชิด และได้รับการช่วยเหลือจากด้านข่าวสาร วัตถุสิ่งของ ตลอดจนการเข้าถึงบริการ จะทำให้ ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ Molloy, Perkins-Porras, Strike, and Steptoe (2008) เรื่องการมีเครือข่ายทางสังคมการเข้าร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส และมีเครือข่ายทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ ต่ำลง แต่ถ้าผู้ดูแลเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ แล้วให้การสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตนเอง และยอมรับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดครอบครัว และ สังคม ทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมองว่าตนเองไม่แตกต่างจากบุคคลอื่น

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องเผชิญกับภาวะคุกคามจากพยาธิสภาพของโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดภาวะความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งในการปรับตัวนั้นมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หลายประการ ดังจะกล่าวถึงในรายละเอียดต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของ (Roy, 2009) ได้มีการศึกษาไว้หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ภาวะโรคร่วม (Co-morbidity)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมด้วย มีผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วยทำให้ความรุนแรงจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ภาวะโรคร่วมจัดเป็นสิ่งเร้าด้านร่างกาย เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ยิ่งมีอายุมากขึ้นจะยิ่งเพิ่มการมีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมลง (Eliopoulos, 2005) และการมีโรคเรื้อรังประจำตัวจนทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำไปสู่ความต้องการพึ่งพามุคคนอื่นมากยิ่งขึ้น ดังนั้น การมีภาวะโรคร่วมจึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสำคัญทางร่างกาย ที่คุกคามการดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้เหมาะสม กับพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการมีภาวะโรคร่วมที่แตกต่างกัน จะทำให้เกิดการปรับตัวที่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะโรคร่วม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้เกิดความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของระบบและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น และมีความสอดคล้องกับศึกษาของ จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์ (2548) เรื่องพฤติกรรมปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 6 เดือน และมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีปัญหาการปรับตัว ในด้านการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการ

รับประทานยา และด้านการออกกำลังกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีระวรรณ อึ้งอร่าม (2545) เรื่องผลของ โปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังทำการผ่าตัดที่มีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำกว่า 1 ปี ยังมีปัญหาการปรับตัว ในด้านพึงพาระหว่างกัน และด้านบทบาทหน้าที่ และจากการศึกษาของ วนิตา หาญคุณากุล (2539) เรื่อง ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การปรับตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคร่วม ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และการมีโรคหัวใจที่ต้องเผชิญอยู่ทำให้การปรับตัวยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้การปรับตัวไม่สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นาสูงชน (2552) เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่มี ภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรคยังมีปัญหาการปรับตัว หลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายและการระบายที่เป็นปกติ และการดูแลตนเองด้านการแสวงหาความช่วยเหลือตาม ความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้

ภาวะโรคร่วม จึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 1 ปี หลังจากรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ เพราะผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเกิน 1 ปี จะมีการรับรู้เรียนรู้จากประสบการณ์เจ็บป่วย รวมทั้งมีการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด และเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกลึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า เป็นปฏิกริยาที่ตอบสนองด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดคุกคามจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวโดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ การรับรู้ด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวที่ Roy (2009) เชื่อว่า บุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลาอันเนื่องมาจากสิ่งเร้าที่มาจัดกระทำให้เกิดการปรับตัว สำหรับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดนั้น พบว่า มีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตอยู่ตลอดเวลา ไม่ปฏิบัติตาม

คำแนะนำของแพทย์ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จัดเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีผลกระทบต่ออาการและการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว และสังคม (พ่องพรรณ อรุณแสง, 2550 ก; สมภพ เรื่องตระกูล, 2547; Frasure-Smith, Lespérance, & Talajic, 1993; Ziegelstein, 2001; Romanelli et al., 2002)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้มีสาเหตุมาจาก กลัวความรุนแรงของโรค กลัวการเจ็บป่วย กลัวตาย กลัวเป็นภาระของคนอื่น และจากการถูกจำกัดกิจกรรมเพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยมากกว่าอาการที่ควรเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค (พ่องพรรณ อรุณแสง, 2554 ก; นิสากร โพธิชัย, 2541; วรณี จิวสืบพงษ์, 2550; สมปอง พรหมโคตร, 2545) ผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้มีอาการทางกายรุนแรง โดยเฉพาะอาการปวดเจ็บหน้าอก ขาดการออกกำลังกายเพราะกลัวการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ขาดแรงจูงใจและไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย ไม่รับประทานยา ไม่ลดความเครียด และไม่รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและสังคม (Romanelli et al., 2002) จากการศึกษาของ Grace et al. (2005) เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ รัฐออนตารี โอ ประเทศแคนาดา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนซึมเศร้าระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการตาย มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน และผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจนต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.39$) และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ร้อยละ 29.2 และการศึกษาของ อูษา เอี่ยมสังข์ (2546) เรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29$) และสามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้ร้อยละ 26.9 ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มี

ความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการยอมรับพฤติกรรม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ที่มีลักษณะของเครือข่ายพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว (Roy, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปรับตัว เนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลหรือความเชื่อต่อการสนับสนุนการช่วยเหลือ หรืออิทธิพลของบุคคลในครอบครัว ตลอดจนบุคคลในสังคม ที่มีต่อกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่บุคคลนั้น ๆ ตั้งใจจะกระทำ (จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์, 2548)

การแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม

House (1981 อ้างถึงใน ชมนาด สุ่มเงิน, 2550) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ การสนับสนุนด้านนี้จึงเหมือนการเสริมแรงทางสังคม
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง แนวทางการเลือก หรือแนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

Weiss (1974 อ้างถึงใน วรณี จิวสิบพงษ์, 2550) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง เป็นสัมพันธภาพ ความรักใคร่ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

2. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3. การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) หมายถึง เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่ามีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกว่าชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การได้รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาททางสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือในอาชีพ ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง

5. การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง (The obtaining of guidance/ assistance) หมายถึง การช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาช่วยเหลือด้านทางด้านสิ่งของหรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวัง

Norbeck (1981 อ้างถึงใน วรณี จิวสิบพงษ์, 2550) กล่าวถึงสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อจากความใกล้ชิดกันหรืออยู่ในระบบขั้นตอนของเครือข่าย

4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ
5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์
6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ

โรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง และเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ และการได้รับยกย่องเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง ดังนั้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างในสังคม (จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์, 2548) จากการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .64$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เบ้าคุณ (2546) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .41$) และการศึกษาของ Molloy et al. (2008) เรื่องการมีเครือข่ายทางสังคม การเข้าร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shen, Myers, and McCreary (2006) เรื่องปัจจัยด้านจิตสังคมในการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ โดยจะช่วยประคับประคองและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวช่วยเหลือตนเองและสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ในการส่งเสริมให้กำลังใจ และช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดสามารถเผชิญปัญหา ในการตอบสนองต่อความต้องการในด้านต่าง ๆ และนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health perception)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง จัดเป็นปัจจัยประเภทการคิดรู้ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดการปรับตัว เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาในการเลือกที่จะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่บุคคลแปลความจากสิ่งที่ได้สัมผัส โดยผ่านประสาทสัมผัสต่าง ๆ และตีความเป็นข้อมูลตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (ฉัตรยาพร เสมอใจ, 2550) บุคคลจะแปลความหมาย หรือมองเห็นสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป กล่าวคือ บางคนอาจรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านั้น ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโตของชีวิต ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้ต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งในด้านความคิด การตัดสินใจ การประเมินค่า และการแสดงออกของพฤติกรรมนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ เนื่องจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไปก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของสภาวะสุขภาพดีตามทัศนะของแต่ละบุคคล (Lamberton, 1978 อ้างถึงใน วณิตา กองแก้ว, 2549) ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ หมายถึง ความสามารถทางร่างกายในการทำหน้าที่ หรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน

องค์ประกอบของภาวะสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จากภาวะการดำเนินของโรคทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมามากมาย และการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล โดยที่ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันก็คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความหมายของภาวะสุขภาพที่ดีตามทัศนะของแต่ละบุคคล ดังนั้นเพื่อที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดให้สามารถปรับตัว

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจาก ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพ จากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัตร ในการทำงาน ดำรงบทบาทในครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ (เป็น รักเกิด, 2550) ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าใจในตนเอง การตระหนักในตนเอง การเห็นคุณค่าและการยอมรับในตนเอง และการทำงานของร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์แวดล้อมได้เหมาะสม และนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ต่อความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง เกิดแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาวะสุขภาพของตนเองได้

ผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกกลัวและวิตกกังวลในระดับแตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพเกิดการเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกคุกคามทางสุขภาพ เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าเกิดความวิตกกังวลมากเกินไปจะส่งผลต่อการปรับตัว และส่งผลให้ตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ผิดพลาด อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ความรุนแรงของโรคกำเริบขึ้น หรือไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวันอะไร เพราะกลัวอาการกำเริบ หรือทำให้เสียชีวิต ในทางตรงข้ามถ้าการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องตามความเป็นจริง จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความเครียดในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเจตคติ เกิดแรงกระตุ้นแรงจูงใจมีพฤติกรรมในการปรับตัวที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarkar et al. (2007) เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพสูง การปรับตัวรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มีคุณภาพชีวิตสูง จากการศึกษาของ ชมณาต สุ่มเงิน (2543) เรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .16$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะ

สุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .79$) และเป็นตัวทำนายที่ดีกับการปรับตัว ร้อยละ 67.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ ศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) เรื่อง ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .54$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีเป็นตัวทำนายที่ดีกับการปรับตัว ร้อยละ 29.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดแรงจูงใจ ตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดการยอมรับตนเองในการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์แวดล้อมได้เหมาะสมส่งผลให้เกิดการปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าตัวแปรที่มีน่าจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากข้อมูลที่ผ่านมายังมีการศึกษาน้อย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในช่วงระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจนกระทั่งไม่เกินระยะเวลา 1 ปี หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรเหล่านี้มาทำการศึกษา ผลจากการวิจัยจะเป็นข้อมูล เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ในปี พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ตามหลัก ICD-10-TM ได้แก่ รหัส I251 (Atherosclerotic heart disease), I252 (Old myocardial infarction), และ I259 (Chronic ischaemic heart disease, unspecified) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) มีระยะเวลาเจ็บป่วยไม่เกิน 1 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้อัน และไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจมาก่อน

2. สามารถได้ยินและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ

3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับ

ภาษาไทย (Mini-Mental State Examination [MMSE] Thai Version, 2002) ได้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนน > 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

3.2 ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนน > 22 คะแนน จาก 30

คะแนน

3.3 ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน > 14

คะแนน จาก 23 คะแนน

4. เป็นผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอาการของโรคคงที่

5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

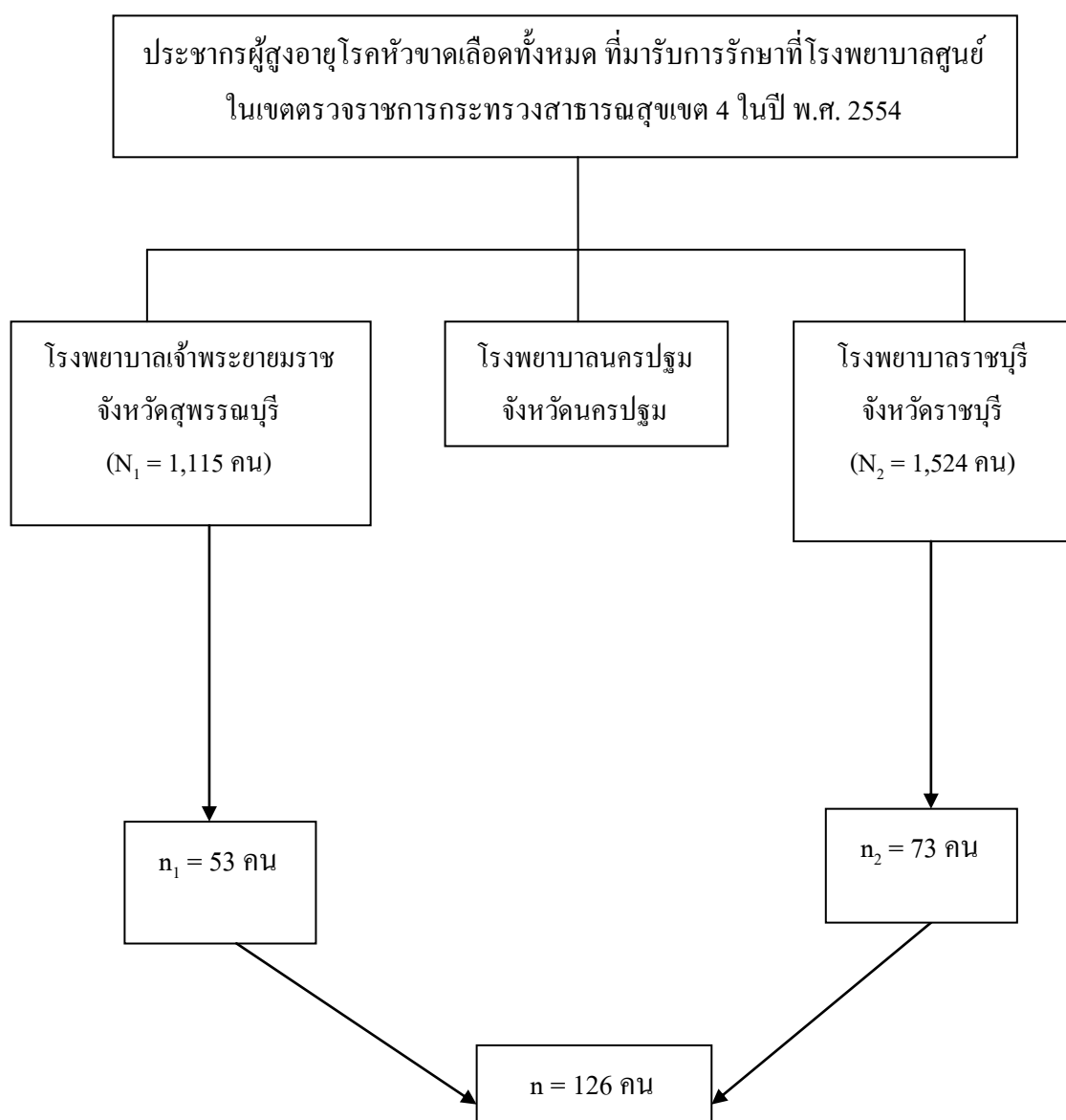
การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) .25 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) ที่ Cohen (1988) แนะนำว่าเหมาะสมกับในงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ที่ไม่สามารถหาค่าขนาดอิทธิพลได้โดยตรง และจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Sample size estimates for bivariate correlation) ของ Polit and Hungler (1987) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวนอย่างน้อย 126 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้สุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้สำรวจโรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ซึ่งมีโรงพยาบาลศูนย์ ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม แล้วทำการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) โรงพยาบาลศูนย์ 2 โรงพยาบาล จากทั้งหมด 3 โรงพยาบาล โดยใช้อัตราส่วน 2 ใน 3 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาล 2 แห่งคือ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวม และศึกษาข้อมูลการเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2554
3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อกับเจ้าหน้าที่หัวหน้าคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมดที่จะมารับบริการตามนัด จากนั้นผู้วิจัยได้ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้นจากผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ผู้วิจัยจัดทำบัญชีรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล แล้วนำมาทำการสุ่มแบบง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ จากรายชื่อของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมดในแต่ละโรงพยาบาล จนครบจำนวน

กลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในแต่ละโรงพยาบาล ด้วยการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น ซึ่งได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 53 คน และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 73 คน รวมทั้งหมด 126 คน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด แบบประเมินภาวะ โรคร่วม แบบสัมภาษณ์ความเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบ สัมภาษณ์การปรับตัว ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้

1.1.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวโรคอื่น การรักษาที่ได้รับ

1.2 แบบประเมินภาวะ โรคร่วม ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินโรคร่วม ของ เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ (Utriyaprasit, 2001) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาจาก Charlson Criteria Checklist พัฒนาโดย Charlson, Pompei, Ales, and Mackenzie (1987) ซึ่งเป็นแบบประเมิน โรคร่วมที่มีผลต่อ การทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย สามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือ จากการสอบถามจากผู้ป่วย ประกอบด้วย 19 โรคร่วม เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็น โรคหลักในการศึกษาครั้งนี้ จึงตัดออกจากรายการภาวะ โรคร่วมเหลือโรคที่ต้องประเมิน 18 โรค ซึ่งแต่ละโรคมีย่ คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ให้น้ำหนักคะแนนแตกต่างกันในแต่ละโรค โดยคะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคร่วมมาก และคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคร่วมน้อย

เครื่องมือชุดนี้ พรนภา เสงเจริญสุวรรณ (2552) ได้นำมาใช้ในการประเมินปัจจัยที่ สัมพันธ์กับวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ข้อคำถามสามารถประเมินได้จากประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือ จากการสอบถามจากผู้ป่วย ประกอบด้วย 18 โรคร่วม ซึ่งแต่ละโรคมีย่คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน เนื้อหาที่มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1.3 แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มาใช้ซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้สร้าง โดยกลุ่ม ฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum Thailand) โดยใช้ต้นแบบจากแบบวัด ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening: GDS) ของ Yesavage et al. (1983) มาเรียบเรียง

คำถามใหม่ในบางหัวข้อ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุไทย หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 275 คน ทั่วประเทศไทย จำแนกเป็นเพศชาย 121 คน และเพศหญิง 154 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุเพศหญิง เท่ากับ .94 และผู้สูงอายุเพศชาย เท่ากับ .91 และมีค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์ความเครียดนี้ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 30 ข้อ การตอบมี 2 ลักษณะคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” สำหรับการให้คะแนน คือ 0 หรือ 1 คะแนน โดยข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกทางด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 หากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้ ได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เหลืออีก 20 ข้อ ซึ่งเป็นความรู้สึกทางด้านลบ ถ้าตอบ “ใช่” ได้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

เกณฑ์การแบ่งระดับ คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน มีดังนี้

คะแนน 0-12 คะแนน	แสดงว่า	ผู้สูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 13-18 คะแนน	แสดงว่า	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
คะแนน 19-24 คะแนน	แสดงว่า	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง
คะแนน 25-30 คะแนน	แสดงว่า	ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูง

เครื่องมือชุดนี้ เป็นเครื่องมือที่สร้างเพื่อใช้วัดความเครียดในผู้สูงอายุไทยโดยเฉพาะ และได้รับการยอมรับจากแพทย์ไทยทั่วประเทศ แบบวัดนี้ข้อคำถามเข้าใจง่าย เนื้อหา มีความชัดเจน ใช้เวลาสั้น มีค่าความเชื่อมั่นสูง และสอดคล้องเหมาะสมกับวัฒนธรรมประเพณีของคนไทย ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1.4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมที่ วรณี เดียวอิสเรศ (Deoisres, 1999) แปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค(Norbeck Social Support Questionair: NSSQ) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ให้ระบุบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือพร้อมทั้งความสัมพันธ์ของบุคคลนั้น ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ และด้านวัตถุประสงค์ของจากบุคคลที่ได้ระบุไว้ในส่วนที่ 1 ลักษณะคำตอบของข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากทีเดียว และอย่างมากมาย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

คำตอบ ไม่เลย	ให้	0	คะแนน
คำตอบ เล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
คำตอบ ปานกลาง	ให้	2	คะแนน

คำตอบ มากทีเดียว ให้ 3 คะแนน

คำตอบ อย่างมากมาย ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0-24 คะแนน

โดยคะแนนรวมที่สูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

เครื่องมือชุดนี้ ขนาด สุ่มเงิน (2543) ได้นำไปทดลองใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความสัมพันธ์ของคะแนนแต่ละข้อคำถามกับคะแนนข้อคำถามทั้งหมด (r) ตั้งแต่ .49 ถึง .71 แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ แบบวัดนี้ข้อคำถามเข้าใจง่าย เนื้อหามีความชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1.5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิตา หาญคุณากุล (2539) ที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ จิรประภา ภาวิไล (2535) ซึ่งพัฒนาขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของ Brook et al. (1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17 และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1, 11, 12

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบางส่วน

ไม่เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)		ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)	
เห็นด้วยมากที่สุด	4		1
เห็นด้วย	3		2
ไม่เห็นด้วย	2		3
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1		4

การแปลความหมายคะแนนทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 17-68 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ไม่ดี และคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน และตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย วนิตา หาญकुณากุล นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ มีข้อคำถามเข้าใจง่าย เนื้อหามีความชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วย ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ผู้วิจัยจึงนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิตา หาญकुณากุล (2539) มาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้

1.6 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ วนิตา หาญकुณากุล (2539) ซึ่งสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีการปรับตัวของ Roy and Andrews (1991) ซึ่งประเมินการปรับตัว 4 ด้าน ประกอบด้วย การปรับตัวด้านร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านพึงพาระหว่างกัน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 54 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวก จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 และเป็นข้อความทางลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ 1, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 38, 39

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ดังนี้		
ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนาน ๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลางหรือบางครั้ง
มาก	หมายถึง	ท่านไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นส่วนใหญ่
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกประการ

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
เล็กน้อย	2	4
ไม่เลย	1	5

เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนนการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน กระจายอยู่ระหว่าง 54-270 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงทิศทางการปรับตัวที่เหมาะสม และคะแนนต่ำแสดง ทิศทางการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน และตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย วนิดา หาญคุณากุล (2539) นำแบบสัมภาษณ์ การปรับตัวผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ มีข้อคำถามเข้าใจง่ายเนื้อหา มีความชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย version 2002 (MMSE-Thai 2002) พัฒนามาจาก แบบทดสอบ MMSE ของ Folstein, Folstein, and McHugh (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2542) มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือ อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้ มีการทดสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ ชลบุรี นครสวรรค์ ขอนแก่น นครราชสีมา ราชบุรี สุราษฎร์ธานี และสงขลา โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 120 คน และผู้สูงอายุกลุ่มปกติ ที่มี

ระดับการศึกษาต่าง ๆ กัน จำนวน 614 คน คณะแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ อายุรแพทย์ทางประสาทวิทยา และอายุรแพทย์ทางผู้สูงอายุ ได้ทำการตรวจวินิจฉัยประชากรที่ศึกษาทุกคนเพื่อยืนยันการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม และยืนยันการไม่เป็นภาวะสมองเสื่อมในประชากรปกติ พบว่า แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าจำเพาะ (Specificity) อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง โดยแบบสอบถามนี้มี 11 หัวข้อ มีจุดตัด (Cut of point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน ≤ 14 คะแนน จาก 23 คะแนน (ไม่ต้องทำแบบทดสอบข้อ 4, 9, 10)

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนน ≤ 17 คะแนน จาก 30 คะแนน

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนน ≤ 22 คะแนน จาก 30 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ส่วนแบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้วโดยไม่ได้มีการดัดแปลง ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุน

ทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เท่ากับ .85, .81, .81, และ .88 ตามลำดับ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
2. เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ตามรหัสจริยธรรมการวิจัย 07 – 09 – 2555 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดและอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างควรจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มอบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชุก ซึ่งเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาศาखाวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามชุก ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดีจำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับความเป็นมาวัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดในการบันทึกข้อมูล และการใช้แบบสัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือการวิจัยได้อย่างถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นตัวอย่าง

จำนวน 3 ราย จนผู้ช่วยวิจัยเกิดความเข้าใจ หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อย 3 ราย เพื่อช่วยให้ผู้ช่วยวิจัย มีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาราช จังหวัดสุพรรณบุรี และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามวันและเวลา ซึ่งโรงพยาบาลเจ้าพระยาราช จังหวัดสุพรรณบุรี เปิดให้บริการวันพุธช่วงบ่าย ส่วนโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดีช่วงเช้า
3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายคนที่ทำการสุ่มไว้แล้ว ขณะกำลังรอรับการตรวจจากแพทย์ ทำการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่กำหนด
4. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เก้าอี้รอตรวจหน้าห้องตรวจ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ พร้อมทั้งทำการบันทึกคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อลงในแบบสัมภาษณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที และเมื่อกำลังถึงคิวเข้าห้องตรวจ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจก่อน หลังจากกลุ่มตัวอย่างตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อ ขณะที่ไปรอรับยาที่เก้าอี้หน้าห้องรอรับยา
5. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายไปจนครบในแต่ละโรงพยาบาล ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

6. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาของ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด โดยใช้สถิติสหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการปรับตัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 126 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ซึ่งผลจากการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวโรคอื่น แสดงไว้ในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวในรายรวมและรายด้านของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด แสดงไว้ในตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับการปรับตัว แสดงไว้ในตารางที่ 3

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรคือ พิจารณาระดับการวัดของตัวแปรต้นและตัวแปรตามกลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร ตรวจสอบลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรว่ามีความสัมพันธ์แบบเส้นตรง (Linear relationship) ตรวจสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีลักษณะปกติ (Homoscedasticity) และตรวจสอบการกระจายของตัวแปร ทดสอบโดยการทำ Histogram, Stem and Leaf Plot, Box Plots, สถิติ Kolmogorov-smirnov และค่า Fisher's Skewness coefficient & Fisher's Kurtosis coefficient พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง มีการกระจายของข้อมูลเป็นไปตามปกติ (Normal distribution) ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถาม 126 ชุด ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวโรคอื่น ผลการวิเคราะห์ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและ ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 126$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($M = 66.55, SD = 1.04$)		
60-69 ปี	75	59.52
70-79 ปี	37	29.37
มากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี	14	11.11
เพศ		
หญิง	74	58.70
ชาย	52	41.30
สถานภาพสมรส		
โสด	34	27.00
คู่	48	38.10
หม้าย/ หย่าร้าง	44	34.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.60
ประถมศึกษา	58	46.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	34.20
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	15	11.90
ปริญญาตรี	8	6.30

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	75	59.52
ไม่เพียงพอ	51	40.48
ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด		
ทำกิจกรรมได้ปกติ	60	47.60
เมื่อทำกิจกรรมมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย	47	37.30
มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมแต่ไม่มีอาการขณะพัก	19	15.10
ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แม้ในขณะพัก	0	0.00
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-3 เดือน	40	31.70
4-6 เดือน	15	11.90
7-9 เดือน	18	14.30
10-12 เดือน	53	42.10
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคเบาหวาน	67	19.20
โรคความดันโลหิตสูง	79	22.64
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	67	19.20
อื่น ๆ (เช่น โรคไต โรคกระเพาะ)	136	38.96

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 59.52) อายุเฉลี่ย 66.55 ปี ($SD = 1.04$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.10) รองลงมา คือ มีสถานภาพสมรสหม้าย/ หย่าร้าง (ร้อยละ 34.90) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 34.20) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 59.52) ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่ทำกิจกรรมได้ปกติ (ร้อยละ 47.60) รองลงมา คือ เมื่อทำกิจกรรมมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย (ร้อยละ 37.30) ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลา 10-12 เดือน (ร้อยละ 42.10) รองลงมา คือ มีระยะเวลา 1-3 เดือน (ร้อยละ 31.70)

มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคกระเพาะ (ร้อยละ 38.96) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.64)

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปรับตัวในด้านร่างกาย ารรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัว ในด้านร่างกาย ด้านอ้อมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ($n = 126$)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
รายการรวม		
การปรับตัว	183.56	16.71
รายด้าน		
ด้านร่างกาย	64.94	6.07
ด้านอ้อมโนทัศน์	60.22	8.38
ด้านบทบาทหน้าที่	33.95	3.51
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	24.45	1.63

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวโดยรวม เท่ากับ 183.56 ($SD = 16.71$) ด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ย 64.94 ($SD = 6.07$) ด้านอ้อมโนทัศน์มีคะแนนเฉลี่ย 60.22 ($SD = 8.38$) ด้านบทบาทหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ย 33.95 ($SD = 3.51$) และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีคะแนนเฉลี่ย 24.45 ($SD = 1.63$)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัว แสดงไว้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ($n = 126$)

ตัวแปร	ภาวะโรคร่วม	ภาวะซึมเศร้า	การสนับสนุนทางสังคม	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	การปรับตัว
ภาวะโรคร่วม	1				
ภาวะซึมเศร้า	.080	1			
การสนับสนุนทางสังคม	-.373**	-.292**	1		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.228	-.260**	.794**	1	
การปรับตัว	-.322**	-.360**	.946**	.824**	1

** $p < .01$

* $p < .05$

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.322$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.360$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .946$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .824$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 126 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .81, .81, และ .88 ตามลำดับ และแบบประเมินภาวะโรคร่วมซึ่งเป็นแบบคำถามข้อเดียว ข้อมูลนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี จำนวน 126 ราย ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 59.52) อายุเฉลี่ย 66.55 ปี ($SD = 1.04$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.70) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.10) รองลงมาคือสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 34.90) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 34.20) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 59.52) ความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าทำกิจกรรมได้ปกติ (ร้อยละ 47.60) รองลงมาคือเมื่อทำกิจกรรมมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย (ร้อยละ 37.30) ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่ามีระยะเวลา 10-12 เดือน (ร้อยละ 42.10) รองลงมามีระยะเวลา 1-3 เดือน (ร้อยละ 31.70) มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคอื่น ๆ (โรคไต โรคกระเพาะ) (ร้อยละ 38.96) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 22.64)

2. ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัว เท่ากับ 183.56 ($SD = 16.71$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.322$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.360$)

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .946$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .824$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด มีคะแนนเฉลี่ย 183.56 ($SD = 16.71$) ปัจจัยด้านภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.322$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.360$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .946$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .824$) สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวโดยมีคะแนนเฉลี่ย 183.56 ($SD = 16.71$) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมด ซึ่งแสดงถึงทิศทางการปรับตัวที่เหมาะสม จึงอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด มีภาวะการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคร่วมมาก่อนทำให้มีประสบการณ์การเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวได้ดีตามคำแนะนำ มีความรู้ประสบการณ์ในการดูแลตนเองจากการได้รับสิ่งเร้าบวกจากภายในและภายนอกได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากผลร้ายและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรสิริ พงมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชินวงศ์ (2556) เรื่องพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมการปรับตัวป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 70.43, SD = 11.69$)

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยโรคร่วม เท่ากับ 2.27

($SD = 1.82$) และภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.322$) ซึ่งหมายความว่า การมีภาวะโรคร่วมน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดปรับตัวได้ดีและเหมาะสม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าภาวะโรคร่วมมากส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น และเกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะทำกิจวัตรประจำวัน เพราะกลัวอาการของโรคจะรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งจากศึกษาของ วณิดา หาญคุณากุล (2539) เรื่อง ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การปรับตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโรคร่วม ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้พบค่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนภาวะโรคร่วม 2 โรค และส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นชินและมีการปรับตัวต่อโรคร่วมที่เป็นอยู่

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.45

($SD = 3.98$) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.360$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การมีภาวะซึมเศร้าน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดปรับตัวได้ดีเหมาะสม ซึ่งภาวะซึมเศร้า จัดเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต่อการประเมินคุณค่าตนเองในการเผชิญกับพยาธิสภาพที่เกิดจากความเรื้อรังของโรคเป็นระยะเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ วิจิตระกูลถาวร (2545) เรื่องความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.39$) เมื่อพิจารณาโดยรวมจากคะแนนค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยจึงยังไม่เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าสูง 1 ราย ได้ให้ความช่วยเหลือแก้ปัญหาโดยแจ้งพยาบาลประจำคลินิกทราบ และพูดคุยเพื่อหาสาเหตุและแก้ไขปัญหานั้นต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 14.06 ($SD = 6.26$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .946$) ซึ่งหมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมสูงจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับตัวเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจัดเป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้เกิดการปรับตัว เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นและเกิดความเครียด แต่ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือการเอื้ออำนวย มีแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างและสังคมให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับโรค เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องยาวนานตลอดชีวิต อาการของโรคและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจรบกวนการดำรงชีวิตตามปกติของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ถ้าผู้สูงอายุสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากพอ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับตัวและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุลดความเครียด เหนื่อยความเครียดได้ดีขึ้นและมีการปรับตัวที่เหมาะสม (รุจิรงค์ แอกทอง, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .64$) และการศึกษาของ รุจิรงค์ แอกทอง (2549) เรื่องการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถทำนวยการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของ วรณี จิวสืบพงษ์ (2550) เรื่องระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .412, P < .01$) ซึ่งถ้าผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันผู้สูงอายุให้ปลอดภัยจากความรุนแรงของโรค และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุนับรู้ความรักและการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรณี จิวสืบพงษ์, 2550)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 51.70 ($SD = 16.57$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการปรับตัวผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .826$) ซึ่งหมายความว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการปรับตัวเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกและความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อความเจ็บป่วยของตนเอง จัดเป็นปัจจัยนำเข้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีกำลังใจต่อสู้อุปสรรคและเกิดการปรับตัวที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต้องเผชิญกับอาการรุนแรงของโรค ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเข้าใจในตนเอง การตระหนักเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการเผชิญปัญหา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์แวดล้อมได้เหมาะสม และนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เพราะ การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ต่อความเจ็บป่วยของตนเอง และประสบการณ์เจ็บป่วยในอดีตที่ส่งผลต่อการปรับตัว ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ตามความเป็นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่จะต่อสู้อุปสรรค และเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน การดูแลตนเอง รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคม เกิดการปรับตัวที่ดี (ไฉนพร ชื่นใจเรือง, 2536; Sarkar et al., 2007) จากการศึกษาของ ศิริพร แก้วกุลพัฒน์ (2541) เรื่องความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ($r = .54$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีเป็นตัวทำนายที่ดีกับการปรับตัว ร้อยละ 29.04 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นพยาบาลจึงควรติดตามภาวะโรคร่วมของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ส่วนด้านภาวะซึมเศร้า นั้น พยาบาลติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าทุกครั้งของการมาตรวจตามนัดของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและหากวิธีส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ด้านการสนับสนุนทางสังคม พยาบาลควรส่งเสริมโดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของผู้ดูแล ส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุนผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดย ให้ความรู้ คำแนะนำและข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

1.2 ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดให้มีแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด โดยการเสริมการรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะซึมเศร้า เฝ้าระวังภาวะโรคร่วม ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ให้แก่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลอ้างอิงในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

1.4 ด้านการวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยทางการพยาบาลนำผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการสร้างพัฒนารูปแบบ และการจัดโปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้าน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดต่อไป

2.2 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เลือกศึกษาได้แก่ ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของ

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จึงควรมีการศึกษาหารูปแบบ วิธีการส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ที่มีปัญหาการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3 กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะกลุ่มพื้นที่ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 4 จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรในท้องถิ่น ใด ๆ ได้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในเขตพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้ครอบคลุมมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ เสน่ห์วงศ์. (2548). การสนับสนุนของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์. (2550). เอกสารคำสอนรายวิชา ทฤษฎีทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร แอชตัน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง สังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วย บอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร ทองดี. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจนเนตร พลเพชร. (2546). พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจภายหลังการจำหน่าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารการพยาบาล*, 52(2), 122 -134.
- นัตยาพร เสมอใจ. (2550). พฤติกรรมผู้บริโภครัก. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

- ไฉนพร ชื่นใจเรือง. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพการสนับสนุน จากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตติรัตน์ ทองขาว. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนิดา เขียรธำรงสุข. (2543). *ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2554). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: จรัสสนิทวงศ์ การพิมพ์.
- นิตากร โพธิ์ชัย. (2541). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญศรี นุเกตุ และปาลีรัตน์ พรทวีกันทา. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.

- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2552). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน วันชัย วนะชีวานาวิน, สุทิน ศรีอัยฎาพร และวันชัย เดชสมฤทธิฤทัย (บรรณาธิการ), *ตำราอายุศาสตร์: โรคตามระบบ 2*. (หน้า 169-196) กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554 ก). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554 ข). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พรณา เสงเจริญสุวรรณ. (2552). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชราพร เถาว์พันธ์. (2544). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์ จารุวรรณ กฤตย์ประชา และทิพมาศ ชินวงศ์. (2556). พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *การประชุมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4*, 185 – 194.
- รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจิรางค์ แอกทอง. (2549). *การปรับตัวของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- วนิดา กองแก้ว. (2549). *ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- วนิดา หาญคุณากุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.*
- วรรณิ จิวสืบพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- วลัยพร นันท์สุภวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.*
- วิษุตา คิชัย. (2547). *ประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- วิชัย เอกพลาการ. (2552). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552. นนทบุรี: การพิโกซิสตีมีส์.*
- วิรัชรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์ และ ศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วีรนุช ไตรรัตน์โนภาส. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*

- วีระวรรณ อึ้งอร่าม. (2545). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. (2541). *ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริรัตน์ วิจิตรตระกูลถาวร. (2545). *ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2542). *ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(3), 58-65.
- ศุภิสรา ลานอก. (2543). *สิ่งเร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สถิตินิโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช. (2554). *เวชระเบียนและงานสถิติโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช*. ม.ป.ท.
- สถิตินิโรงพยาบาลราชบุรี. (2554). *เวชระเบียนและงานสถิติโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี*. ม.ป.ท.
- สมปอง พรหมโคตร. (2545). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปรับตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรภพ บรรหารักษ์. (2553). *ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2553). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ 2553: Public health Statistic 2010*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ICD – 10 – TM Standard Coding Guidelines 2011*. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานประจำปี 2552*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2548). แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ST-Elevate. ใน *วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ). Evidence-Base Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม* (หน้า 416 - 426), (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ สังขมรรทร. (2549). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ. (2545). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 1-16.
- สู่ขวัญ จำปาวงศ์. (2552). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หัตยา ประสิทธิ์ดำรง. (2553). Pathogenesis and risk factors of coronary artery disease. ใน *ปริษา เอื้อโรจน์อังกูล (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด* (หน้า 1- 12). กรุงเทพฯ: มิตรสัมพันธ์.
- อรุณวรรณ มุขแก้ว. (2550). *การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ ฟองเพชร. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อำพร มิ่งขวัญ. (2547). *การปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวด โครงตาข่าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- อุษา เอี่ยมสังข์. (2546). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Alexander, K. P., Newby, L. K., Armstrong, P. W., Cannon, C. P., Gibler, W. B., Rich, M. W., Werf, F. V., White, H. D., Weaver, W. D., Naylor, M. D., Gore, J. M., Krumholz, H. M., & Ohman, E. M. (2007). Acute coronary care in the elderly: Part II ST-segment-elevation myocardial infarction a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology. *Circulation, 115*, 2570-2589.
- Brook, H. R., Ware, J. E., Davies – Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., Williams, K. N., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fields. *Medical Care, 17*(7), 1-131.
- Buapan, A. (2008). *Factors influencing adaptation in heart failure patients*. Master's thesis, Department of Nursing Science, Mahidol University.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & Mackenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic co – morbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of Chronic Disability, 40*, 373 – 383.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Davis, C. M., Marden, S., & Leidy, N. K. (2006). The New York Heart Association classes and functional status: what are we really measuring. *Heart & Lung, 35*(4), 217 – 224.
- Deoisres, W. (1999). *Psychological well-being in employed and non-employed thai mothers following childbirth*. Doctoral dissertation, New York : The Case Western Reserve University.

- Dunderdalc, K., Thompson, D. R., Miles, J. N. V., Beer, S. F., & Furze, G. (2005). Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective. *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 572– 582.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing* (6th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins Lippincott.
- Ferebee, L. (2006). Cardiovascular function. In S. E. Meiner, & A. G. Lueckenotte (Eds.), *Gerontologic nursing* (3rd ed.) (pp. 468 - 481). USA: Mosby Elsevier.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198
- Frasure –Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial Infarction Impact on 6-month survival. *JAMA*, 270(15), 1819 -1825.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Kapral, M. K., Fang, J., Nolan, R. P., & Stewart, D. E. (2005). Effect of depression on five - year mortality after an acute coronary syndrome. *American Journal of Cardiology*, 96(9), 1179-1185.
- Marla, J., Chug, M. L., Roser, L. P., Jensen, L. A., Kelso, L. A., Dracup, K., Mckinley, S., Yamasaki, K., Kim, C-J., Riegel, B., Ball, C., Doering, L. V., An, K., Barnett, M., & Moser, D. K. (2004). A five – country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascula Nursing*, 11(3), 129 -134.
- Molloy, G. J., Perkins-Porras, L., Strike, P. C., & Steptoe, A. (2008). Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. *Health Psychology*, 27(1), 52-58.
- Myers, J., Bader, D., Madhavan, R., & Froelicher, V. (2001). *Validation of a specific activity questionnaire to estimate exercise tolerance in patients referred for exercise testing*. American. *Heart Journal*, 142(6), 1041-1046.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1987) . *Nursing research: Principles and methods* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Romanelli, J., Fauerbach, J. A., Bush, D. E., & Ziegelstein, R. C. (2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *American Geriatrics Society, 50*(5), 817-822.
- Roy, C., & Andrews, H. A., (1991). *The roy adaptation model*. California: Appleton & Lange.
- Roy, C. (2009). *The roy adaptation model* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the heart and soul study. *JAMA, 209*(2), 215 -221.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. (2007). Self – efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart soul study. *Psychosomatic Medicine, 69*, 306 – 312.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. (1981). Health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-401.
- Schwartz, J. B., & Zipes, D. P. (2008). Cardiovascular disease in the elderly. In P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann, & D. P. Zipes (Eds), *Braunwald's heart disease: A textbook of Cardiovascular medicine* (8th ed). (pp. 1,923-1,953). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Shen, B. J., Myers, H. F., & McCreary, C. P. (2006). Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation quality of life outcomes. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 3 –11.
- Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adults. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds.), *Advanced practice nursing with older adults clinical guidelines* (pp. 29 -66). New York: McGraw-Hill.
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and functional outcomes in Thai CABG patients*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, OH.
- Varcarolis, E. M. (2002). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A Clinical approach* (4th ed.). New York: W. B. Saunders.

- Wattanakitkrileart, D. (2009). Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 22 – 31.
- Webster, R. A., Thompson, D. R., & Davidson, P.M. (2003). The first 12 weeks following discharge from hospital: the experience of Gujarati South Asian survivors of acute myocardial infarction and their families. *Contemporary Nurse*, 15(3), 288 - 299.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17(1), 37 – 49.
- Ziegelstein, R. C. (2001). Depress in patients recovering from a myocardial infarction. *JAMA*, 286(13), 1621 – 1627.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ท่านโปรดตอบคำถามซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของท่าน โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และ กรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ

() หญิง

() ชาย

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() คู่

() หม้าย

() หย่า/ แยกทาง

4. ท่านสำเร็จการศึกษาระดับใด

() ไม่ได้เรียน

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() ประกาศนียบัตร

()ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

5. รายได้ที่ท่านได้รับ

() เพียงพอ

() ไม่เพียงพอ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพ

1. ระดับความรุนแรงของโรค

- () ท่านไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปโดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก
- () ท่านไม่มีอาการเหนื่อยขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมทั่วไปอาจมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย
- () ท่านจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก
- () ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก แม้ในขณะพัก

2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระบุจำนวน.....เดือน

- () 1 - 3 เดือน
- () 4 - 6 เดือน
- () 7 - 9 เดือน
- () 10 - 12 เดือน

3. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวโรคอื่นหรือไม่

- () ไม่มี
- () มีโรคประจำตัวโรคอื่น โปรดระบุ

4. การรักษาที่ได้รับ

โปรดระบุ วิธีการรักษา

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินภาวะโรคร่วม

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้ต้องการทราบถึงโรคอื่นที่เป็นร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดของท่าน ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะประเมินจากการสอบถามท่าน โดยถ้าท่านมีอาการดังต่อไปนี้

ให้ 1 คะแนน (อย่างน้อย 1 อาการ)

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (MI): _____
 - ได้รับการวินิจฉัยหรือสันนิษฐานว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างน้อย 1 ครั้ง (โปรคระบุด้ามากกว่า 1 ครั้ง: _____ ครั้ง)
 - พบความผิดปกติของ ECG ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ/ หรือมีการเปลี่ยนแปลงในระดับเอนไซม์ของหัวใจ (cardiac enzyme) ถ้าตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของ ECG เพียงอย่างเดียว ไม่ถือว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง
- ภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF): _____
 - ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Exertional dyspnea) หรือมีอาการหอบเหนื่อยจนต้องตื่น (Paroxysmal nocturnal dyspnea) และผู้ป่วยที่มีการตอบสนองทางอาการ หรือจากการตรวจร่างกายต่อยากระตุ้นหัวใจ (Digitalis) ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) หรือยา Afterload reducing agents (ทั้งนี้ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา แต่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา)
- โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (PVD): _____
 - ผู้ป่วยที่มีอาการเดินขาจะเข็งแบบเป็น ๆ หาย ๆ (Intermittent claudication) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อเส้นโลหิต เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นโลหิตแดง (Arterial insufficiency) เนื้อตาย (Gangrene) หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นโลหิตแดงอย่างเฉียบพลัน (Acute arterial insufficiency) และผู้ป่วยที่มีเส้นโลหิตโป่งพองในช่องอกหรือช่องท้อง (Thoracic or abdominal aneurysm) ขนาด 6 ซม. ขึ้นไปและยังไม่ได้รับการรักษา
- โรคของหลอดเลือดในสมอง (CVD): _____
 - ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคอับัติเหตุของหลอดเลือดสมอง (CVA) และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attacks)
- โรคความจำเสื่อม (Dementia): _____
 - ผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางด้านความคิดและความเข้าใจชนิดเรื้อรัง (Chronic cognitive deficit)

- โรคปอดชนิดเรื้อรัง (Chronic lung disease): _____

- ชนิดไม่รุนแรง: ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมพอประมาณ และไม่ได้รับการรักษา หรือผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเฉพาะ เมื่อมีอาการหอบหืดเท่านั้น
- ชนิดรุนแรงปานกลาง: ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย (ไม่ว่าเมื่อได้รับการรักษาหรือไม่) หรือผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมพอประมาณแม้ว่าจะได้รับการรักษา

- โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disease): _____

- ผู้ป่วยโรคลูปัส (SLE), โรคกล้ามเนื้ออักเสบหลายส่วน (Polymyositis), โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแบบผสม (Mixed connective tissue disease), อาการปวดข้อต่อและกล้ามเนื้อ (Polymyalgia rheumatica), โรคปวดข้อเรื้อรังชนิดรุนแรงมาก (Mod-severe rheumatoid arthritis)

- โรคแผลในกระเพาะอาหาร (PUD): _____

- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาจากโรคแผลในกระเพาะอาหาร, รวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีเลือดออกในกระเพาะเนื่องจากแผลในกระเพาะอาหาร

- โรคตับชนิดไม่รุนแรง (Mild liver disease): _____

- ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งแต่ไม่มีภาวะความดันสูงที่หลอดเลือดดำที่เข้าตับ (Portal HTN) หรือผู้ป่วยตับอักเสบชนิดเรื้อรัง (Chronic hepatitis)

- โรคเบาหวาน (Diabetes): _____

- ชนิดไม่รุนแรง: ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน หรือยาลดระดับกลูโคสในเลือดชนิดรับประทาน (ไม่รวมผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว)
- ชนิดรุนแรงปานกลาง: ผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากมีการสะสมของสารคีโตนในร่างกาย (Ketoacidosis), ผู้ป่วยที่หมดสติเนื่องจากความผิดปกติของความเข้มข้นของน้ำตาล (Hyperosmolar coma), ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาควบคุมน้ำตาลในโรงพยาบาล และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่เป็นในเด็ก (Juvenile DM), หรือชนิดควบคุมได้ยาก (Brittle diabetes)

ให้ 2 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

- โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): _____

- ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หรืออัมพาตส่วนล่างของร่างกาย (Paraplegia) ซึ่งเกิดจากโรคอุบัติเหตุของหลอดเลือดสมอง หรือจากสาเหตุอื่น ๆ

- โรคเบาหวานในระยะสุดท้าย (Diabetes end organ damage): _____

- ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมอย่างรุนแรงของเรตินา (Retinopathy), ระบบประสาท (Neuropathy), ไต (Nephropathy)

● โรคไต (Renal disease): _____

- ชนิดรุนแรงปานกลาง: ตรวจพบระดับซีรั่มครีเอตินินมากกว่า 3 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้ป่วย

- ชนิดรุนแรง: ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาโดยวิธีล้างไต (Dialysis), ได้รับการเปลี่ยนไต (Transplant), และผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของไตที่ทำให้โลหิตมีสารของปัสสาวะและทำให้เกิดภาวะเป็นพิษขึ้นได้ (Uremia)

● เนื้องอก (Any tumor): _____

- ผู้ป่วยที่มี Solid tumor ที่ยังไม่มีการแพร่กระจายแต่ได้รับการรักษาครั้งแรกภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (รวมถึงเนื้องอกที่เต้านม, ลำไส้ใหญ่, ปอด และอื่น ๆ)

● โรคเม็ดโลหิตขาวผิดปกติ (Leukemia): _____

- ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดโลหิตขาวผิดปกติเนื่องจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อระบบน้ำเหลือง ชนิดเฉียบพลัน และเรื้อรัง (Acute and chronic lymphocytic leukemia)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดโลหิตขาวผิดปกติเนื่องจากความผิดปกติของเนื้อเยื่อไขกระดูกชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง (Acute and chronic myelogenous leukemia)

● โรคความบกพร่องของการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (Lymphoma): _____

- ผู้ป่วยโรคต่อมน้ำเหลืองอักเสบเรื้อรัง (Hodgkins), โรคมะเร็งของเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (Lymphosarcoma), โรคเนื้องอกที่ประกอบด้วยเซลล์ไขกระดูก (Myeloma), ผู้ป่วยที่มีพลาสมาโปรตีนขนาดใหญ่ (Waldenstrom's macroglobulinemia), และผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อน้ำเหลืองชนิดอื่น ๆ

ให้ 3 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

● โรคตับ (Liver disease): _____

- ชนิดรุนแรงปานกลาง: ผู้ป่วยที่มีตับแข็ง (Cirrhosis), มีภาวะความดันสูงที่หลอดเลือดดำที่เข้าสู่ตับ (Portal HTN) แต่ไม่มีประวัติเลือดออกจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Variceal bleeding)

- ชนิดรุนแรงมาก: ผู้ป่วยที่มีตับแข็ง (Cirrhosis), มีภาวะความดันสูงที่หลอดเลือดดำที่เข้าสู่ (Portal HTN) และมีประวัติเลือดออกจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Variceal bleeding)

ให้ 4 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

- โรคเอดส์ (AIDS): _____

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย หรือสันนิษฐานว่าเป็นโรคเอดส์

- โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastatic solid cancer): _____

- มีเนื้องอกในระยะที่มีการแพร่กระจาย (รวมถึงเนื้องอกที่เต้านม, ปอด, ลำไส้ใหญ่, หรือที่

อื่น ๆ)

คะแนนรวม _____

แบบสัมภาษณ์ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS)

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของท่าน โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟังซ้ำๆ ขอให้ท่านประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีคำตอบให้เลือก ดังนี้

“ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้น ตรงกับความรู้สึกของท่าน

“ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อย ๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่ออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบัน เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อย ๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่มีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่ ๆ		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียบ่อยกับเรื่องเล็กน้อยอยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลต่าง ๆ อันดับแรกขอให้ท่านระบุนามชื่อบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ท่าน พร้อมกับระบุความสัมพันธ์ของบุคคลนั้นแก่ท่าน หลังจากนั้นในคำถามข้อที่ 1 ถึง 6 โปรดระบุว่าท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวมากน้อยเพียงใด โดยใช้เกณฑ์ ดังต่อไปนี้

- 0 หมายถึง ไม่เลย
- 1 หมายถึง เล็กน้อย
- 2 หมายถึง ปานกลาง
- 3 หมายถึง มากทีเดียว
- 4 หมายถึง อย่างมากมาย

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตน ภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ฟังซ้ำๆ และขอให้ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด ซึ่งมีคำตอบให้ท่านเลือก 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย มาก
1. รู้สึกว่าการเจ็บป่วยในอดีตมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ				
2. คิดว่าในอดีตตนเองมีสุขภาพดี				
3. รู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นตามที่แพทย์บอก				
4. ถึงแม้จะเจ็บป่วยบ้าง ก็คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต				
5. คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ช่วยส่งเสริมกำลังใจได้มาก				
6. ถึงแม้จะเจ็บป่วยก็ยังคิดว่าตนเองเป็นผู้มีสุขภาพดี				
7. เชื่อว่าร่างกายของตนเองจะค่อย ๆ แข็งแรงขึ้น				
8. คิดว่าจะปฏิบัติหน้าที่การทำงานได้ตามปกติ				
9. คิดว่าสามารถควบคุมโรคได้ ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล				
10. คิดว่าร่างกายสามารถต้านทานโรคได้ดี				
11. คิดว่าหลังจากเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้มีโอกาสเกิดโรคอื่น ๆ ได้ง่ายกว่าปกติ				
12. คิดว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยซ้ำ และต้องมารับการรักษาอีก				

ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยมาก
13. ถ้าให้ความสนใจสุขภาพจะ ควบคุมความรุนแรงของโรคได้				
14. มีความสนใจเกี่ยวกับความ ผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง				
15. คิดว่าต้องให้ความสนใจกับ สิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัยที่ อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ				
16. การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ เหมาะสม เช่น สถานที่แออัด จะทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย				
17. แม้สุขภาพจะดีขึ้นมาก ก็จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด				

แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำชี้แจง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงการกระทำหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่าน ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟังซ้ำ ๆ ขอให้ท่านคิดว่าท่านมีการกระทำหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด ซึ่งมีคำตอบให้ท่านเลือก 5 ระดับ ดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
- เล็กน้อย หมายถึง มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนาน ๆ ครั้ง
- ปานกลาง หมายถึง มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลางหรือบางครั้ง
- มาก หมายถึง มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นส่วนใหญ่
- มากที่สุด หมายถึง มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกประการ

คำตอบจะไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบคำถามด้วยความสบายใจ คำตอบที่ได้จะสรุปผลโดยภาพรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อท่านแต่อย่างใด และผลที่ได้จะนำไปใช้ในการปรับปรุงบริการการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
กังวลต่อการที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล	√				

จากตัวอย่าง หมายถึง ท่านไม่มีความกังวลต่อการที่ต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเลย

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านร่างกาย 1-19					
1. ฉันทำงานน้อยลงกว่าแต่ก่อน เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป					
2. ฉันพยายามพักผ่อนเมื่อรู้สึกเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย					
3. ฉันพยายามนอนให้ได้อย่างน้อยวันละ 8-9 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่					
4. ฉันพยายามหนุนหมอนให้สูงเพื่อให้นอนหลับได้นานขึ้น					
5. ฉันหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ที่ต้องออกแรงมาก ๆ เช่น ยกของหนักเพื่อไม่ให้หัวใจทำงานมากขึ้น					
6. เมื่อทำงานฉันจะค่อย ๆ ทำไม่หักโหมหรือรีบเร่ง ถ้ารู้สึกเหนื่อยจะหยุดพักเป็นระยะ ๆ					
7. ฉันพยายามออกกำลังกายตามคำแนะนำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น					
8. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงความตึงเครียด เช่น ตื่นเต้น ตกใจ ดีใจ โกรธ เพราะอาจทำให้โรคหัวใจกำเริบขึ้นได้					
9. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมูหรือน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม					
10. ฉันใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11. ฉันหยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่รู้ว่าเป็นโรคหัวใจ					
12. ฉันงดการดื่มแอลกอฮอล์ และกาแฟ					
13. เมื่อมีอาการท้องผูก ฉันจะดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่มีกากเพิ่มขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ และหลีกเลี่ยงการดื่มชา					
14. ฉันพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
15. เมื่อมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ฉันจะรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย และค่อย ๆ เพิ่มมื้ออาหารให้มากขึ้น					
16. เมื่อมีอาการบวมที่เท้า ขา หรือมือ ฉันจะต้องรับประทานอาหารรสจืด					
17. ฉันจะอมยาใต้ลิ้น หรือยาพ่นใต้ลิ้น เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก					
18. ฉันจะนอนพักเมื่อมีอาการหน้ามืด หรือเวียนศีรษะ					
19. เมื่อมีอาการปวดศีรษะ ฉันจะรับประทานยาพาราเซตามอล ครั้งละ 2 เม็ด ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง โดยระวังไม่ให้เกิน 3 ครั้งต่อวัน					
ด้านอัตมโนทัศน์ 20-37					
20. ร่างกายของฉันยังแข็งแรงเหมือนเดิม					
21. ฉันพอใจ รูปร่าง หน้าตาของฉันที่เป็นอยู่ขณะนี้					
22. ฉันทำอะไรด้วยตัวเองได้น้อยลง					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
23. ฉันกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น					
24. ฉันคิดว่าชีวิตของฉันอยู่กับความไม่แน่นอน เพราะไม่รู้ว่าอาการของโรคหัวใจจะเกิดขึ้นเมื่อใด					
25. ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติ					
26. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ฉันรู้สึกท้อแท้					
27. ฉันรู้สึกเบื่อหน่าย กับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่					
28. ฉันไม่แน่ใจว่า อาการของฉันจะดีขึ้น					
29. ฉันคิดว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น/ ครอบครัว/ คนใกล้ชิด					
30. ฉันรู้สึกว่าคุณค่า เพราะไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม					
31. ฉันเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น					
32. ฉันยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ					
33. ฉันหมดความภาคภูมิใจในตนเอง					
34. ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง					
35. ฉันเป็นทุกข์เมื่อคิดว่าการที่ฉันป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นผลมาจากเวรกรรมที่ฉันเคยทำไว้					
36. ฉันตำหนิตนเองที่ไม่เอาใจใส่ตนเองจนทำให้เป็นโรคหัวใจ					
37. ฉันคิดว่า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต้องคุ้มครองฉัน และทำให้อาการของฉันดีขึ้น					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ด้านบทบาทหน้าที่ 38 - 47					
38. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ฉันไม่สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้อย่างเดิม					
39. ฉันรับภาระในครอบครัวน้อยลงตั้งแต่เจ็บป่วย					
40. ฉันสามารถดูแล/ช่วยเหลือสามี/ภรรยา ได้เหมือนเดิม					
41. ฉันสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และสมาชิกในครอบครัวได้					
42. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ					
43. ฉันรับประทานยาที่แพทย์ให้มาไม่เคยขาดยา					
44. ฉันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง					
45. ฉันสนใจและเสาะหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น					
46. ฉันพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน					
47. ฉันสนใจสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายของฉัน					
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน 48 - 54					
48. เมื่อนักรู้สึกว่าตนเองต้องเผชิญปัญหาอยู่แต่เพียงอย่างเดียว ฉันจะพยายามพูดคุยปรึกษากับสามี/ภรรยา หรือคนใกล้ชิด					

ข้อความ	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
49. ฉันจะขอความช่วยเหลือจากบุคคล ใกล้ชิดในทุกๆ เรื่อง					
50. ฉันมีบุคคลใกล้ชิด คอยให้กำลังใจ เสมอ					
51. ฉันจะพยายามช่วยตนเองก่อน และ ขอความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด เมื่อ จำเป็นหรือต้องการ					
52. ฉันให้กำลังใจและปลอบใจ คนใกล้ชิดเมื่อเขากังวลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยของฉัน					
53. ฉันให้คำปรึกษา/คำแนะนำ แก่บุคคล ใกล้ชิด เมื่อเขามีปัญหาหรือต้องการ คำแนะนำ					
54. ฉันให้การช่วยเหลือ/ดูแล บุคคล ใกล้ชิดได้ตามปกติโดยไม่ขัดกับ ข้อห้ามของโรคที่เป็น					

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ดินัน จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย...) ตั้งใจฟังให้
 ดินะ เพราะเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ดินัน พูดยบ ให้ คุณ (ตา,ยาย...) พูดยบตามที่
ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดียวดินันถามซ้ำ การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกัน
 ประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป

(ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

- | | คะแนน |
|--|--------------------------|
| <input type="radio"/> ดอกไม้ <input type="radio"/> แม่น้ำ <input type="radio"/> รถไฟ | <input type="checkbox"/> |
| ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า | |
| <input type="radio"/> ต้นไม้ <input type="radio"/> ทะเล <input type="radio"/> รถยนต์ | <input type="checkbox"/> |

4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิคุณ (ตา, ยาย...) คิดเลขในใจเป็นไหม ?
 ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไร
 บอกมา”

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าลบได้ 1, 2, หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ดินัน จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอย
 หลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน
 ไหนคุณ (ตา, ยาย...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ”

.....
 ว ำ น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

คะแนน

- 6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า
 “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”
- ยื่นปากกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า
 “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

- “ตั้งใจฟังดิฉันนะ เมื่อ ดิฉันพูดข้อความนี้
 แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดตาม ดิฉัน จะบอกเพียงทีละวลีเดียว”
 “ใครใคร่ขายไก่ไข่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

- “ฟังดี ๆ นะเดี๋ยว ดิฉันจะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย...)
 รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง แล้ววางไว้ที่พื้น...” (พื้น, โตะ, เียง)
 ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ
 ○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่ง ○ วางไว้ที่พื้น รับด้วยมือขวาพับครึ่งด้วยมือ
 2 ข้างแล้ววางที่พื้น

9. Written command (1 คะแนน)

- ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน
 แล้วทำตามคุณ (ตา, ยาย...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
 ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ○ หลับตาได้

10. Writing (1 คะแนน)

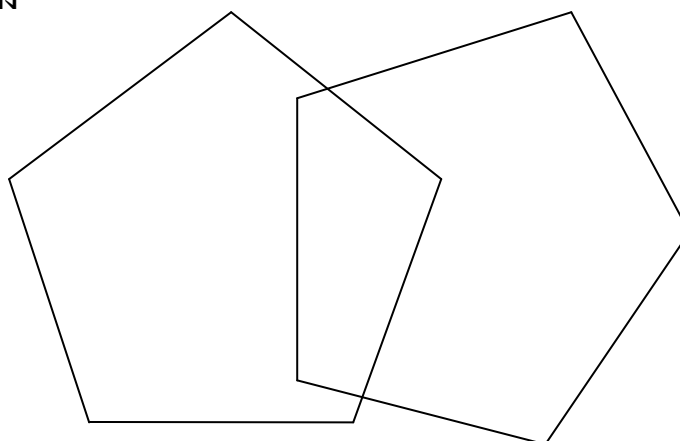
- ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง
 หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”
 ○ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง”
(ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



ภาพตัวอย่าง



ภาพที่ผู้สูงอายุวาด

หลับตา

เกณฑ์การให้คะแนน

จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive Impairment)

ดังนี้

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

สรุปผลการประเมิน.....

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

รหัสจริยธรรมการวิจัย 07 - 09 - 2555

ชื่อผู้วิจัย นางนุชนาด สุวรรณประทีป

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ในระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ ซึ่งไม่เคยได้รับการผ่าตัดเปิดหัวใจมาก่อน และมีอาการของโรคคั่งที่สามารถอ่านออก เขียนได้ มีสติ สัมผัสัญญะสมบูรณ์ สามารถรับรู้ รับฟัง สื่อสารได้ปกติและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะมีผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 126 คน

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความให้ท่านฟังตามแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แล้วให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ โดยให้ท่านพิจารณาให้ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นตามความเป็นจริงในชีวิตของท่านมากที่สุด หลังจากนั้นให้ท่านตอบคำถามตามแบบสอบถามทีละข้อ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะบันทึกคำตอบที่ได้จากท่านในแต่ละข้อตามแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจในข้อความใดท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อตัวท่านและผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด โดยพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สนใจจะได้ทราบข้อมูล เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของท่าน เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและวางแผนเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของท่านและผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยไม่มีการใส่ชื่อหรือนามสกุลแต่จะใช้รหัสแทน ท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกหรือขอลอนตัวเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ และการบอกยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อท่าน แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการตอบเสร็จเรียบร้อยแล้วจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสาร ใ้สูญญะ เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะใช้ข้อมูลได้ การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และข้อมูล ของท่านจะได้รับการทำลายภายใน 1 ปี หลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางนุชนาด สุวรรณประทีป หมายเลขโทรศัพท์ 089 - 9113190 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081 - 6134836

นางนุชนาด สุวรรณประทีป
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางนุชนาถ สุวรรณประทีป)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้า ฟังจนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าใน ใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางนุชนาถ สุวรรณประทีป)

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
Factors Related to Adaptation of Elderly with Ischemic Heart Disease

2. ชื่อนิติ นามขนาด สุวรรณประทีป

รหัสประจำตัวนิติ 52910005 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 07-09-2555 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 126 ราย

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (Informed consent) และ
ผู้ปกครอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้ง
การปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ถึง วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2556

5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ในเขตตรวจ
ราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 4 ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมัย จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาล
ราชบุรี จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

4. วันที่ให้การรับรอง: 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



**แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)**

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
Factors Related to Adaptation of Elderly with Ischemic Heart Disease

2. ชื่อนิติ นางนุชนาด สุวรรณประทีป

รหัสประจำตัวนิติ 52910005 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 07 - 09 - 2555
ให้เพิ่มเติม คือ ขยาย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล วันที่ 1 มีนาคม 2556 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2556

4. วันที่ให้การรับรอง: 24 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ

ตารางตัวแปรที่ไม่ได้นำเสนอในบทที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ ช่วงคะแนนที่เป็นจริง คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 โดยรวม ($n = 126$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน ที่เป็นจริง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ภาวะโรคร่วม	1 - 33	0 - 10	2.27	1.82
ภาวะซึมเศร้า	0 - 30	8 - 26	15.45	3.98
การสนับสนุนทางสังคม	0 - 24	0 - 20	14.06	6.26
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	17 - 68	17 - 68	51.70	16.57

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวด้านร่างกายรายข้อ ($n = 126$)

การปรับตัวด้านร่างกายรายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ฉันทำงานน้อยลงกว่าแต่ก่อน เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป*	3.32	.73
2. ฉันพยายามพักผ่อนเมื่อรู้สึกเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย	3.34	.67
3. ฉันพยายามนอนให้ได้อย่างน้อยวันละ 8 – 9 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่	3.44	.65
4. ฉันพยายามหุนหมอนให้สูง เพื่อให้หันอนหลับได้นานขึ้น	3.25	.64
5. ฉันหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ที่ต้องออกแรงมาก ๆ เช่น ยกของหนัก เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานมากขึ้น	3.46	.68
6. เมื่อทำงานฉันจะค่อย ๆ ทำไม่หักโหม หรือรีบเร่ง ถ้ารู้สึกเหนื่อย จะหยุดพักเป็นระยะ ๆ	3.58	.62
7. ฉันพยายามออกกำลังกายตามคำแนะนำ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น	3.44	.70
8. ฉันพยายามหลีกเลี่ยงความตึงเครียด เช่น ตื่นเต้น ตกใจ ดีใจ โกรธ เพราะอาจทำให้โรคหัวใจกำเริบขึ้นได้	3.49	.68
9. ฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันหมู หรือน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม	3.44	.64
10. ฉันใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด	3.51	.65
11. ฉันหยุดสูบบุหรี่ ตั้งแต่วิวว่าเป็นโรคหัวใจ	3.41	.62
12. ฉันงดการดื่มแอลกอฮอล์ และกาแฟ	3.47	.62

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การปรับตัวด้านร่างกายรายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
13. เมื่อมีอาการท้องผูก ฉันจะดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารที่มีกากเพิ่มขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ และหลีกเลี่ยงการดื่มชา	3.44	.60
14. ฉันพยายามควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	3.41	.58
15. เมื่อมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ฉันจะรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและค่อย ๆ เพิ่มมื้ออาหารให้มากขึ้น	3.44	.59
16. เมื่อมีอาการบวมที่เท้า ขา หรือมือ ฉันจะต้องรับประทานอาหารรสจืด	3.44	.63
17. ฉันจะอมยาใต้ลิ้น หรือยาพ่นใต้ลิ้น เมื่อรู้สึกเจ็บหน้าอก	3.44	.54
18. ฉันจะนอนพักเมื่อมีอาการหน้ามืด หรือเวียนศีรษะ	3.41	.58
19. เมื่อมีอาการปวดศีรษะ ฉันจะรับประทานยาพาราเซตามอล ครั้งละ 2 เม็ด ห่างกันทุก ๆ ชั่วโมง โดยระวังไม่ให้เกิน 3 ครั้งต่อวัน	3.22	.50
คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปรับตัวด้านร่างกายโดยรวม	64.94	6.07

*ข้อความทางลบ

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์รายข้อ
($n = 126$)

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์รายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. ร่างกายของฉันยังแข็งแรงเหมือนเดิม	3.27	.74
2. ฉันพอใจ รูปร่าง หน้าตาของฉันที่เป็นอยู่ขณะนี้	3.31	.81
3. ฉันทำอะไรด้วยตัวเองได้น้อยลง*	3.29	.92
4. ฉันกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น*	3.31	.81
5. ฉันคิดว่าชีวิตของฉันอยู่กับความไม่แน่นอน เพราะไม่รู้ว่า อาการของโรคหัวใจจะเกิดขึ้นเมื่อใด*	3.28	.65
6. ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถมีชีวิตเหมือนคนปกติ*	3.22	.66
7. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ฉันรู้สึกท้อแท้*	3.25	.63
8. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่*	3.25	.64
9. ฉันไม่แน่ใจว่า อาการของฉันจะดีขึ้น*	3.30	.76
10. ฉันคิดว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น/ครอบครัว/ คนใกล้ชิด	3.39	.80
11. ฉันรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เพราะไม่สามารถทำกิจวัตร ประจำวันต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม*	3.39	.69
12. ฉันเป็นคนมีคุณค่าทัดเทียมผู้อื่น	3.37	.68
13. ฉันยังเป็นที่พึ่งพาของลูกหลานเสมอ	3.43	.76
14. ฉันหมดความภาคภูมิใจในตนเอง*	3.37	.70
15. ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง	3.45	.75
16. ฉันเป็นทุกข์เมื่อคิดว่าการที่ฉันป่วยด้วยโรคหัวใจ เป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ฉันเคยทำไว้	3.48	.77

ตารางที่ 6 (ต่อ)

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์รายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
17. ฉันตำหนิตนเองที่ไม่เอาใจใส่ตนเองจนทำให้เป็น โรคหัวใจ	3.48	.85
18. ฉันคิดว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ต้องคุ้มครองฉันและทำให้อาการ ของฉันดีขึ้น	3.39	.77
คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปรับตัว ด้านอัตมโนทัศน์โดยรวม	60.22	8.38

*ข้อความทางลบ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่รายข้อ
($n = 126$)

การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่รายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ฉันไม่สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้อย่างเดิม*	3.41	.64
2. ฉันรับภาระในครอบครัวน้อยลง ตั้งแต่เจ็บป่วย*	3.44	.73
3. ฉันสามารถดูแล/ช่วยเหลือ สามี/ภรรยา ได้เหมือนเดิม	3.36	.69
4. ฉันสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง และสมาชิกในครอบครัวได้	3.28	.79
5. ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ	3.46	.62
6. ฉันรับประทานยาที่แพทย์ให้มาไม่เคยขาดยา	3.32	.65
7. ฉันมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	3.42	.72
8. ฉันสนใจและเสาะหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น	3.34	.74
9. ฉันพยายามศึกษาเกี่ยวกับยา และผลข้างเคียงของยาที่ได้รับประทาน	3.45	.77
10. ฉันสนใจ สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงสุขภาพร่างกายของฉัน	3.47	.74
คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่โดยรวม	33.95	3.51

*ข้อความทางลบ

ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน
รายข้อ ($n = 126$)

การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันรายข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. เมื่อนั้นรู้สึกว่าคุณต้องเผชิญปัญหาอยู่แต่เพียงอย่างเดียว ฉันจะพยายามพูดคุยปรึกษากับสามี/ภรรยา หรือ คนใกล้ชิด	3.48	.52
2. ฉันจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในทุก ๆ เรื่อง	3.50	.50
3. ฉันมีบุคคลใกล้ชิดคอยให้กำลังใจเสมอ	3.54	.52
4. ฉันจะพยายามช่วยตนเองก่อน และขอความช่วยเหลือ จากคนใกล้ชิด เมื่อจำเป็นหรือต้องการ	3.44	.54
5. ฉันให้กำลังใจและปลอบใจ คนใกล้ชิดเมื่อเขากำลัง เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของฉัน	3.50	.52
6. ฉันให้คำปรึกษา/คำแนะนำ แก่บุคคลใกล้ชิดเมื่อเขามี ปัญหาหรือต้องการคำแนะนำ	3.51	.50
7. ฉันให้การช่วยเหลือ/ดูแล บุคคลใกล้ชิดได้ตามปกติ โดยไม่ขัดกับข้อห้ามของโรคที่เป็น	3.47	.52
คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปรับตัว ด้านการพึ่งพาระหว่างกันโดยรวม	24.45	1.63