

ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ \*

Predictive Factors of Hope among the Elderly with Coronary Artery Disease \*

อังคณา ศรีวิรุญ, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) \*\*

Aungkana Sriwirun, M.N.S. (Gerontological Nursing) \*\*

ชมนาด สุ่มเงิน, พ.ศ. (การพยาบาล) \*\*\*

Chommanard Sumngern, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

สิริลักษณ์ ไสมาบุตรณ์, พ.ศ. (การพยาบาล) \*\*\*\*

Sirilak Somanusorn, Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับความหวัง และปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด จำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .90 และแบบประเมินความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .81 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 37.77$ ,  $SD = 5.58$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .619$ ,  $p < .01$ )

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูงของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี การสนับสนุนทางสังคม

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
\*\* มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
\*\*\* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

## Abstract

This predictive correlational research aimed to determine hope among elderly with coronary artery disease (CAD) and its predictive factors. The samples consisted of 90 elderly who followed up in cardiovascular clinic, out patient department, Trat Hospital. The research instruments included the Chula Mental Test, a recording form of CAD patient basic data, the General Health Perception Battery with the reliability of .82, the Seligman Attributional Style Questionnaire with the reliability of .73, the Mishel Uncertainty in Illness Scale with the reliability of .78, the Personal Resource Questionnaire with the reliability of .90, and the Herth Hope Index with the reliability of .81. Data were collected from June to August, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that the elderly with CAD perceived their hope at a high level ( $\bar{X} = 37.77$ ,  $SD = 5.58$ ). The combination of health perception, optimism, and social support together could statistically significant predict 61.90% of hope of the elderly with CAD ( $R^2 = .619$ ,  $p < .01$ ).

This research suggested that nurses and health care providers should design nursing interventions for elderly with CAD concerning their social support, health perception and optimism in order to promote and maintain their high level of hope.

**Keywords:** Elderly with coronary artery disease, Hope, Health perception, Optimism, Social support

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; Miller, 2009) และอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยสูงอายุและญาติรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงชีวิต (อุมา จันทวิเศษ, 2539) โดยเฉพาะเมื่อมีอาการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน เช่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย บุคคลจะรู้สึกว่าเป็นภาวะใกล้ตาย รู้สึกทุกข์ทรมาน และขาดความมั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง แม้ไม่มีอาการกำเริบของโรค ผู้สูงอายุก็ต้องเผชิญ

กับความไม่แน่นอนต่อสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต (ชมขนาด สุ่มเงิน, 2543) และในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางเสื่อม โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้การรักษา มีความซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และพบอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าช่วงวัยอื่น (Miller, 2009; Alcaimo & Lama, 2011)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ต้องได้รับยารักษาโรคหัวใจ ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงจากยา ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวและปรับบทบาทหน้าที่ที่เคยทำตามปกติ รวมทั้งปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับการสูญเสียภาวะ

สุขภาพ โดยเฉพาะสมรรถภาพหัวใจ สูญเสียรายได้หลัก เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทำให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กระทบต่อความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อมั่นของตนเองในการที่จะผ่านเหตุการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรงในชีวิต ซึ่งทำให้ความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบลดต่ำลงได้ และอาจทำให้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น ดังการศึกษาของ Beckerman and Northrop (1996) เกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าความหวังในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีระดับต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี

ความหวังเป็นสิ่งสำคัญของบุคคลในการดำรงชีวิต เป็นภาวะทางจิตใจที่เป็นพลังภายในของบุคคลที่แสดงออกมาทางความรู้สึก ความเชื่อ และการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต Herth (1990) ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับความหวังออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราวและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกภายในของบุคคลถึงความพร้อมเชิงบวกและความคาดหวัง และ 3) ความเชื่อมโยงระหว่างตนเองและบุคคลอื่น ทั้งนี้ การเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะทำให้ลดปัญหาภาวะซึมเศร้า ลดความรู้สึกสิ้นหวัง เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุให้มากขึ้น แม้ว่าผู้สูงอายุยังต้องทนอยู่กับความเจ็บป่วยของตนเองก็ตาม (จันทนา เชระคฤห, 2540; Caboral, Evangelista, & Whetsell 2012) ความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและมีความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดความหวังของ Herth (1990) พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่น่าจะร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ อันประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอน

ต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ในการเลือกที่จะรับรู้แล้วตีความตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งที่สุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไป หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะมองการเจ็บป่วยว่าไม่เป็นอุปสรรคหรือสิ่งรบกวนการดำเนินชีวิตมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง โดยการศึกษาของอรัญญา รักษาบท, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานันต์, และอังศุมา อภิชาติ (2550) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ( $r = .500$ )

การมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีท่ามกลางอุปสรรค เป็นมุมมองที่เชื่อว่าจะมีสิ่งดี ๆ เกิดขึ้นเสมอ รับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายและพยายามเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้น คนที่มองโลกในแง่ดีจะมีความเครียดน้อยกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย และคนที่มองโลกในแง่ดีจะมีสุขภาพที่ดีกว่า เพราะมองว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีทางเป็นไปได้ และพร้อมที่จะปรับปรุงตัวเอง ถ้าเสี่ยง ถ้าตัดสินใจ และประสบความสำเร็จมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ร้าย การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ที่พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( $r = .400$ )

ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัญหาทางจิตสังคมที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ อันเนื่องมาจากการที่ไม่อาจคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นมาเมื่อใด รวมทั้งการรักษาโรคหัวใจในผู้สูงอายุมักมีความยุ่งยากซับซ้อน อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรู้สึกไม่คุ้นเคยกับข้อมูล และรู้สึกไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะวิกฤตหรือภาวะคงที่ ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยอาจเกิดขึ้นได้เสมอตามจินตนาการของผู้ป่วย ดังการศึกษาของ Fitzsimons, Parahoo, Richardson, and Stringer (2003) ที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

ขณะรอผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหัวใจ และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล ถูกคุกคาม และไม่มีความปลอดภัยในชีวิต รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ไม่มีความแน่นอน และตนเองไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความหวัง โดยทำให้ความหวังของผู้สูงอายุลดต่ำลงได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความหวัง ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว มีความหวัง และแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความหวัง ดังการศึกษาของรณมาศ ลุ่มเงิน (2543) ที่พบว่าความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ( $r = .340$ )

จากสถิติในช่วงปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราดเพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 359 คน ในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 377 คน และในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 390 คน ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนายความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตราด โดยผลการศึกษาที่ได้จะนำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมทางการแพทย์ เพื่อเสริมสร้างความหวังให้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

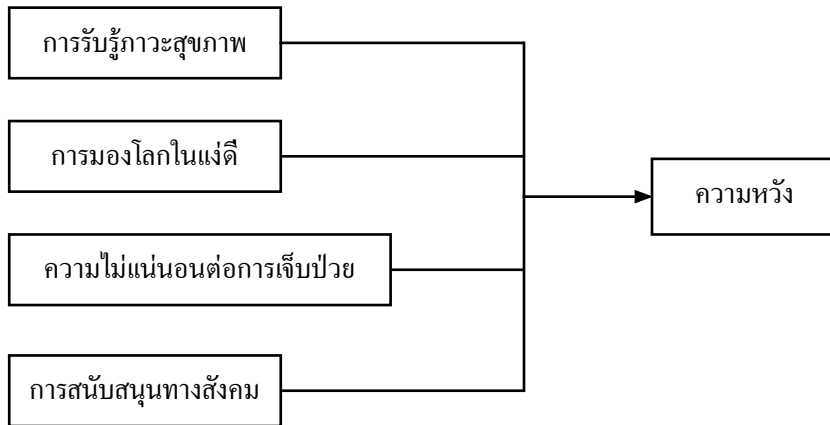
1. เพื่อศึกษาระดับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความหวังของ Herth (1990) ซึ่งอธิบายไว้ว่าความหวังเป็นพลังภายในของบุคคลที่แสดงออกมาเป็นแนวคิด ความรู้สึก และการกระทำที่แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นว่าบุคคลจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่กำลังเผชิญอยู่ และจะได้มาซึ่งสิ่งที่ตนคาดหวัง มีความเชื่อมั่นว่าจะผ่านภาวะเครียดไปได้ด้วยดี และจะพบกับสิ่งที่ดีกว่าในชีวิตองค์ประกอบของความหวังแบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้สึกภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นชั่วคราวและความรู้สึกต่ออนาคต 2) ความรู้สึกภายในของบุคคลถึงความพร้อมเชิงบวกและความคาดหวัง และ 3) ความเชื่อมโยงระหว่างตนเองและบุคคลอื่น โดยการวิจัยครั้งนี้มีปัจจัยคัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยคัดสรรเหล่านี้จะสามารถร่วมกันทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 05-04-2558)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด และแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 400 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) เป็นเพศชายหรือเพศหญิง 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณทรากูร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 90 คน

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ใช้สำหรับคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ โรคประจำตัวอื่น ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และระยะเวลาของการเจ็บป่วยจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของวงนิตา หาญคุณากุล (2539) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของ Brook et al. (1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรคและการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (17-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-51 คะแนน) และในระดับสูง (52-68 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของจอร์จรี แส่นปีญญา (2553) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมองโลกในแง่ดีของ Seligman (1990) ซึ่งสร้างแบบวัด (Seligman Attributional Style Questionnaire) และอธิบายสาเหตุการเกิดพฤติกรรมไว้ โดยได้แบ่งการมองโลกในแง่ดีออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความคงทนถาวร (permanence) การแพร่ขยาย (pervasiveness) และการเกิดเหตุจากตนเอง (personalization) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการมองโลกในแง่ดีในระดับต่ำ (15-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-45 คะแนน) และในระดับสูง (46-60 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของ Mishel (Mishel Uncertainty in Illness Scale) ในปี ค.ศ. 1990 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ ในปี พ.ศ. 2535 ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 จันทร์ทิพย์ วงษ์วิวัฒน์ ได้ปรับปรุง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความคลุมเครือ (ambiguity) จำนวน 12 ข้อ 2) ด้านความซับซ้อน (complexity) จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการขาดข้อมูล (lack of information inconsistency) จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง และจริงมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในระดับต่ำ (26-64 คะแนน) ในระดับ

ปานกลาง (65-102 คะแนน) และในระดับสูง (103-130 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยกาญจนา พิบูลย์ ในปี พ.ศ. 2554 โดยแบบวัดนี้ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามการรับรู้ของผู้สูงอายุถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล (Personal Resource Questionnaire) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 7 แบบประเมินความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (Herth Hope Index) (Herth, 1992) ที่แปลและเรียบเรียงโดยจินทนา เตชะคฤห (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-23 คะแนน) ในระดับปานกลาง (24-35 คะแนน) และในระดับสูง (38-48 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวัง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ทหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช

ได้ค่าเท่ากับ .82, .73, .78, .90 และ .81 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในขณะที่รอรับการตรวจรักษา และนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อ่านข้อคำถามและคำตอบในแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินการมองโลกในแง่ดี แบบประเมินความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินความหวัง ให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และบันทึกคำตอบลงในแบบประเมิน ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ข้อมูลการมองโลกในแง่ดี ข้อมูลความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลความหวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวัง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น) และ 70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.10 เท่ากัน

โดยมีอายุเฉลี่ย 71.69 ปี (SD = 8.31) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.70 ระบุว่าตนเองมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 94.40 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น คิดเป็นร้อยละ 34.40 และมีโรคประจำตัวอื่นเพียง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 27.80 มีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ใน Class I มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.70 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.20 โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.26 ปี (SD = 3.44)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 51.12$ , SD = 6.64) มีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 43.86$ , SD = 5.39) มีคะแนนเฉลี่ยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยโดยรวมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 78.74$ , SD = 10.80) และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 81.12$ , SD = 12.64)

3. ความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังโดยรวมในระดับสูง ( $\bar{X} = 37.77$ , SD = 5.58)

4. อำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $R^2 = .619$ ,  $p < .01$ ) โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้มากที่สุด (Beta = .458,  $p < .05$ ) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .245,  $p < .05$ ) ส่วนการมองโลกในแง่ดี เป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้น้อยที่สุด (Beta = .231,  $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การหาอำนาจการทำนายของปัจจัยคัดสรรต่อความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (n = 90)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การสนับสนุนทางสังคม	.200	.039	.458	5.100	.010
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.204	.077	.245	2.661	.010
การมองโลกในแง่ดี	.237	.080	.231	2.972	.010
ค่าคงที่ (constant)	.606	3.430	-	.177	.860

R = .787, R<sup>2</sup> = .619, adjusted R<sup>2</sup> = .606, F = 7.083, p < .01

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความหวังในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) และวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) ถึงร้อยละ 82.20 และมีอายุเฉลี่ย 71.69 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ เป็นผู้สูงอายุในช่วงวัยที่มีพลังร่างกายและสติปัญญา มีความกระฉับกระเฉงอยู่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งเป็นระดับความรุนแรงที่ยังไม่มาก ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่มีอาการเหนื่อยมากนัก (New York Heart Association, 1964) ประกอบกับร้อยละ 34.40 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น และร้อยละ 27.80 มีโรคประจำตัวอื่นเพียง 1 โรค ซึ่งโรคประจำตัวอื่นได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคข้อต่อเสื่อม และโรคเบาหวาน ทั้งนี้ โรคต่างๆ อยู่ในระยะอาการสงบ ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวอื่นมากนัก โดยยังคงสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีรายได้

เพียงพอร้อยละ 94.40 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการมีรายได้เพียงพอสะท้อนถึงโอกาสในการได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เนื่องจากรายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ และตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ อีกทั้งผู้สูงอายุร้อยละ 56.70 มีคู่สมรสอยู่ด้วยกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วยและประคับประคองซึ่งกันและกัน นับว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น ระดับความหวังของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้จึงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Herth (1992) ที่เชื่อว่าหากบุคคลรับรู้มีความเชื่อมั่น มีความพร้อม มีความคาดหวังในเชิงบวก และมีแหล่งสนับสนุนทั้งที่สร้างขึ้นภายในตนเองและสิ่งรอบตัว บุคคลจะมีความหวังและเผชิญกับความเครียดในชีวิตได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินทนา เตชะคฤห (2540) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ใน Class I และการศึกษาของชมจินดา สุ่มเงิน (2543) ที่ศึกษาความหวังในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มาเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ ประกอบด้วย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมองโลกในแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายความหวังได้ร้อยละ 61.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความหวังได้มากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี ส่วนความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยคัดสรรที่ไม่สามารถทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญและร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถได้รับจากหลากหลายช่องทาง อาจเป็นลักษณะของการให้และการรับความช่วยเหลือที่เป็นสิ่งของ เครื่องใช้ หรือวัสดุอุปกรณ์ การช่วยเหลือจากการมีปฏิสัมพันธ์ และการช่วยเหลือด้านอารมณ์ที่ได้จากสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด รวมทั้งการให้คำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ที่อยู่รอบ ๆ ตัว (Weinert, 2003) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นการช่วยเหลือที่ได้จากครอบครัวที่มีความใกล้ชิด ผูกพัน เอาใจใส่ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และจากทีมสุขภาพที่ให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ทำให้มีความรู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึก และคอยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความหวัง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม หากผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการใช้ชีวิต และเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้เพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yadav (2010) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง ( $r = .352, p < .01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชมณาต สุ่มเงิน (2543) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม

มีความสัมพันธ์กับความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ( $r = .336, p < .05$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Denewer, Farouk, Mostafa, and Elshamy (2011) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหวังของผู้หญิงชาวอียิปต์ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการตัดเต้านมได้ร้อยละ 43 (Beta = .614,  $p < .001$ )

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึก ความเข้าใจของผู้สูงอายุ และเลือกที่จะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ต่อภาพรวมของสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากวัยอื่น โดยวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองต่อการเจ็บป่วยจากความสามารถในการทำงาน การลดบทบาทในสังคม และจากสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะที่ลดลง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีเป้าหมายของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดีและเหมาะสมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้มีความหวัง มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถผ่านพ้นปัญหา และค้นหาแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย ดังการศึกษาของดาวรุ่ง สุภาภรณ์ (2540) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ( $r = .440, p < .001$ ) และ การศึกษาของอรัญญา รักหาบ และคณะ (2550) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวัง

ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ( $r = .450, p < .01$ ) และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดียังมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนด้านการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย

การมองโลกในแง่ดี ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยการมองโลกในแง่ดีในระดับปานกลาง ซึ่งการมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ โดยการมองโลกในแง่ดีเป็นความสามารถของบุคคลในการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่ดี โดยมีความคิดและความเชื่อว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในชีวิตเสมอ ส่วนด้านความล้มเหลวผิดหวังนั้นจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และความล้มเหลวผิดหวังจะกลายเป็นสิ่งที่ดีในที่สุด แม้มีปัญหาหรืออุปสรรคก็จะผ่านพ้นไปได้ (Seligman, 1990) การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยที่น่าจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขแม้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจก็ตาม คุณลักษณะนี้น่าจะช่วยเสริมลักษณะของความรู้สึกพร้อมและความคาดหวังในเชิงบวกตามแนวคิดของ Herth (1992) จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดความหวังเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Scioli et al. (1997) ที่ศึกษาความหวัง การมองโลกในแง่ดี และผลลัพธ์ของสุขภาพ พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับความหวัง ( $r = .400, p < .01$ ) และความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ของการเจ็บป่วยที่ดีขึ้น

ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย พบว่าผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีคะแนนเฉลี่ยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ซึ่งความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุไม่อาจคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ว่าอาการของโรครุนแรงขึ้นเมื่อใดในอนาคต ซึ่งผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งเป็นผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง

มาก ยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง อีกทั้งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.27 ปี และไม่มีอาการกำเริบของโรคที่รุนแรง ตามแนวคิดวิถีทางความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness Trajectory Model) อธิบายว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผ่านช่วงระยะวิกฤตของการเจ็บป่วยและได้เข้าสู่ระยะการเจ็บป่วยที่ควบคุมโรคได้ อาการของโรครสงบ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ตามสมควร (Corbin & Strauss, 1988 อ้างถึงในวิไลวรรณทองเจริญ, 2554) นอกจากนี้ จากบริบทของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจทุกคนมีโอกาสดูแลความรู้เกี่ยวกับโรคและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค รวมทั้งได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรคหัวใจ และได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาสม่ำเสมอ และอาการของโรคค่อนข้างคงที่ ไม่มีอาการกำเริบ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้ ความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยจึงอาจเป็นผลจากบริบทของการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่เป็นปัจจัยที่สำคัญและไม่สามารถร่วมกับปัจจัยคัดสรรอื่นๆ ในการทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้รับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความหวังในระดับสูง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษา รูปแบบการพยาบาลที่บูรณาการปัจจัยด้านการสนับสนุน ทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมองโลกในแง่ดี เพื่อช่วยเสริมสร้างความหวังในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด หัวใจตีบ

### เอกสารอ้างอิง

ขจรศรี แสนปัญญา. (2553). *ความวิตกกังวลต่อความตาย การมองโลกในแง่ดี ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และการปรับตัวต่อความตายของผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

จันทนา เตชะภุห. (2540). *ความหวัง ความเข้มแข็ง ในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชนมด ลุ่มเงิน. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็ง ในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดาวรุ่ง สุภากรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตน ด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม* (วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัย มหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). *การพยาบาลโรคหัวใจและ หลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ขอนแก่น: คลังนา นานา วิทยา.

วนิดา หาญคุณากุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัว อย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและ การปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาล ผู้สูงอายุ*. นครปฐม: โครงการตำราคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมผู้สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

อรัญญา รักหาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานัต, และอังศุมา อภิชาติ. (2550). การปฏิบัติ ตามหลักธรรมศาสนาพุทธ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 259-270.

อุมา จันทวิเศษ. (2539). *การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลัง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

Alcaino, M., & Lama, D. (2011). *Coronary artery disease in the elderly*. Retrieved January 19, 2013, from <http://www.intechopen.com/books/atherosclerotic-cardiovascular-disease/coronary-artery-disease-in-the-elderly>

Beckerman, A., & Northrop, C. (1996). Hope, chronic illness and the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(5), 19-25.

Brook, H. R., et al. (1979). Overview of adult health status measures fields. *Medical Care*, 17(7 suppl.), 1-131.

- Caboral, M. F., Evangelista, L. S., & Whetsell, M. V. (2012). Hope in elderly adults with chronic heart failure. Concept analysis. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 30(3), 406-411.
- Denewer, A., Farouk, O., Mostafa, W., & Elshamy, K. (2011). Social support and hope among Egyptian women with breast cancer after mastectomy. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 5, 93-103.
- Fitzsimons, D., Parahoo, K., Richardson, S. G., & Stringer, M. (2003). Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 32(1), 23-31.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(11), 1250-1259.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-1259.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for wellness in older adults* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *The Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 256-262.
- New York Heart Association. (1964). *Disease of the heart and blood vessels: Nomenclature criteria for diagnosis* (6th ed.). Boston: Little, Brown and Co.
- Scioli, A., et al. (1997). A prospective study of hope, optimism, and health. *Psychological Reports*, 81(3 Pt 1), 723-733.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ2000. In Strickland, O., & Dilorio, C. (Eds.). *Measurement of nursing outcome*. pp.161-172. New York: Springer.
- Yadav, S. (2010). Perceived social support, hope, and quality of life of persons living with HIV/AIDS: A case study from Nepal. *Quality of Life Research* 19(2), 157-166.
-