



ท.002811

ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง
The Effect Of Planned Nursing Intervention On Changing Of Paraplegic
Patients' Self-Concept

นางสาว สุดศิริ ศิริขันธ์

อภินันทนาการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย ม.มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2530

ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจาก China Medical Board Of New York, INC.

ISBN 974 - 586 - 180 - 4

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

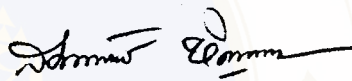
เรื่อง

ผลของการพยายามอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ซึ่งนับเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาคามหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาดพิศ สาขาพยาบาลศาสตร์ ได้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2530



(นางสาว สุกศิริ คีริชาน)

ผู้เสนอ



(รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ทิพย์ระนันท์)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์



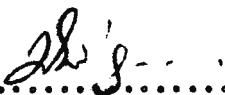
(อาจารย์สายพิณ เกษมกิจวัฒนา)

อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณิ สัตยวิวัฒน์)

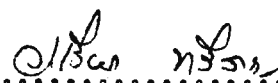
อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คร.มันตรี จดสมัย)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



(รองศาสตราจารย์ คร.วิเชียร ทวีลาภ)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการได้ทำการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราในทัศนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

โดย

นางสาว สุคศิริ หิรัญฤทธิ์

เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2530 เห็นสมควรอนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

(รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิรัญฤทธิ์)

ประธานกรรมการ


.....

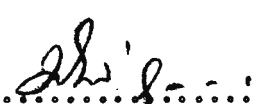
(อาจารย์ สathy เกษมกิจวัฒนา)

กรรมการ


.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณิ สัตยวิวัฒน์)

กรรมการ


.....

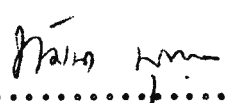
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มันตรี จุลสมัย)

คณบดี


.....

(อาจารย์ ดร.กอบกุล พันธุ์เจริญกุล)

กรรมการ


.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ปุณทอง)

กรรมการ

ก.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางสาว สุกศิริ หิรัญพุดทะ

วัน เดือน ปี เกิด

17 มิถุนายน 2499

สถานที่เกิด

จังหวัดสงขลา

ประวัติการศึกษา

อนุปริญญาพยาบาล อนามัยและประกาศนียบัตรปกครองรภ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2520

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2525

ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่ง

อาจารย์

ข.

เรื่อง ผลของการพยายามอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลง
อัตราไนโตรเจนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

นักศึกษา นางสาว สุคศิริ ทิระยุทธะ

ระดับปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

สาขาวิชาเฉพาะ การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์

กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ ทิพย์ธีระนันท์
อาจารย์ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณี สัตยวิวัฒน์

วัน เดือน ปี 30 เมษายน 2530

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการพยายามอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราไนโตรเจนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งเป็นอัมพาตครึ่งล่างเนื่องจากการบาดเจ็บไขสันหลัง รั่วในหมอนกัลลยกรรมประสาท หรือศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์จากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลวชิระ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงธันวาคม 2529 จำนวน 10 ราย ผู้ป่วยแต่ละคนตอบแบบวัดอัตราไนโตรเจนเนสซี ก่อนและหลังได้รับการพยายามอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบ ที

ผลการศึกษาพบว่า อัตราไนโตรเจนโดยส่วนรวมและอัตราไนโตรเจนด้านต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ อัตราไนโตรเจนด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย

ค.

ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสังคม ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อน
ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วน อัครมนต์ศักดิ์คาน์ศิลปกรรมจรรยา และด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองภายหลัง
ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05



Thesis Title The Effect of Planned Nursing Intervention
on the Changing of Paraplegic Patients'
Self-Concetp

Author Miss Sudsiri Hirunchunha

Degree Master of Science (Nursing)

Nursing Specialty Medical-Surgical Nursing

Institute Nursing Faculty

Major Advisor Associate Professor Sompan Hinjiranan

Co-Advisor Lecturer Saipin Gasamkitwatana
Assistant Professor Wannee Satayawiwat

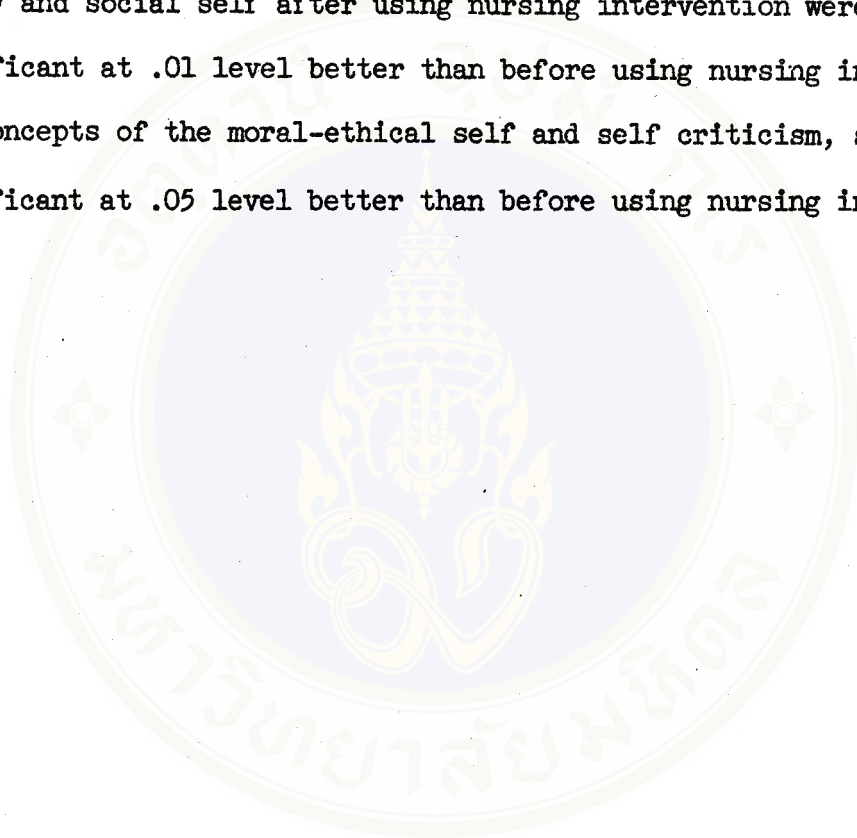
Date of Graduation April 30, 1987

Abstract

The purpose of this study was to examine the effect of planned nursing intervention on the changing of paraplegic patients' self-concetp. The samples were ten paraplegic male patients who suffered from spinal cord injury and were admitted to the Neurosurgery or Orthopedicsurgery Department of Siriraj Hospital, Lerd Sin Hospital, Phra Mongkutklao Hospital and Vajira Hospital from May to December 1986. Each patient was asked to complete the Tennessee Self Concept Scale Form 2 times: before and after the using of nursing intervention by the investigator. Data obtained from the Tennessee Self Concept

Scale Form were statistically analyzed with the use of t-test.

It was found that : the samples' total self-concept, identity, self-satisfaction, behavior, physical self, personal self, family and social self after using nursing intervention were significant at .01 level better than before using nursing intervention. The concepts of the moral-ethical self and self criticism, scores were significant at .05 level better than before using nursing intervention.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธิระนันท์ อาจารย์ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเสนอแนะข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ตลอดจนหัวหน้า ดิ็กผู้ป่วย พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในดิ็กผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมประสาท หรือศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลประสาท ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บ รวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความ ร่วมมือ จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้

ขอขอบพระคุณ คุณสุนันทา แก้วสว่าง ที่ช่วยเหลือจัดพิมพ์งานวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกท่านที่เป็น กำลังใจสนับสนุนส่งเสริมผู้วิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณเพื่อน ๆ ที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และ ขอขอบพระคุณ China Medical Board of New York, INC, ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วน ในการทำวิจัยครั้งนี้

สารบัญเนื้อเรื่อง

	หน้า
ประวัติผู้ทำวิทยานิพนธ์	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญเนื้อเรื่อง	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
- วัตถุประสงค์	4
- สมมติฐาน	4
- ขอบเขตของการศึกษา	4
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	4
- ข้อตกลงเบื้องต้น	4
- ข้อจำกัดของการวิจัย	5
- นิยามตัวแปร	5
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
- อัดมโนทัศน์	7
- ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างกับการเปลี่ยนแปลงอัดมโนทัศน์	11
- แนวทางพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอัดมโนทัศน์	14
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
- ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	20
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	20
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
- การวิเคราะห์ข้อมูล	๒๕

๒.

สารบัญเนื้อเรื่อง

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
- ผลการวิเคราะห์	29
- การอภิปรายผล	34
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการวิจัย	42
- ข้อเสนอแนะ	43
เอกสารอ้างอิง	45
บรรณานุกรม	50
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลส่วนตัวของ กลุ่มตัวอย่าง	53
ภาคผนวก ข. แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วย อัมพาตครึ่งล่างและคู่มือประเมินอัตมโนทัศน์	54
ภาคผนวก ค. แผนการพยาบาลทั่วไป	71
ภาคผนวก ง. ตัวอย่างแบบวัดอัตมโนทัศน์	76
ภาคผนวก จ. ตัวอย่างการคำนวณการวิเคราะห์ข้อมูล	78

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนผู้ช่วยจำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทาง เศรษฐกิจ	29
2	คะแนนเฉลี่ยและความ เบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตตโนทัศน์ ก่อนและหลังได้รับการพยายามอย่างมีแบบแผน	30
3	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอัตตโนทัศน์ก่อนและหลัง ได้รับการพยายามอย่างมีแบบแผน	33

ญ.

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	คะแนนเฉลี่ยของอัตรานักศึกษาในชั้นก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน	31



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บที่ไขสันหลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก โดยเฉพาะการบาดเจ็บที่มีความรุนแรงถึงกับก่อให้เกิดการสูญเสียความรู้สึก และหน้าที่ของร่างกายดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง (Stewart, 1977-1978 : 338) การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นนอกจากจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพแล้วยังมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ เนื่องจากความจำกัดของสภาพร่างกาย (Archibald, 1984 : 61) จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทรงตัว นั่ง ยืน เดิน หรือประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระรวมทั้งสูญเสียความสามารถทางเพศด้วย (Fozzard, 1978 : 92; Stanton, 1983 : 306)

บุคคลใดก็ตามที่มีการสูญเสียหน้าที่และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายย่อมทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาคือ ปัญหาการทำงาน การเข้าสังคม และบทบาทต่อครอบครัวรวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ (Phipps & Long & Wood, 1979 : 513)

การเปลี่ยนแปลงหน้าที่และการทำงานของร่างกายจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองทั้งในค่านภาพลักษณ์ (body image) และความเป็นเอกลักษณ์ตนเอง (Watson, 1972 : 10) มีผลให้ความภาคภูมิใจและการยอมรับตนเอง (self-esteem) ลดต่ำลง (Carlson, 1980 : 312) อันเนื่องจากความรู้สึกมีปมด้อย ไร้ความสามารถและขาดคุณค่าแห่งตน (Kinash, 1978 : 29)

เรย์ (Ray, 1984 : 250-253) ได้ศึกษาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างพบว่า

1. สัมพันธภาพในสังคม (Social relationship) เปลี่ยนไป ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณค่าโดยทั่วไปของตนเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าเวทนา นอกจากนั้นยังให้การช่วยเหลือคล้ายคน

เป็นคนไข้ ทูทวาก และปัญญาอ่อน

2. เพศสัมพันธ์ (Sexual relationship) การมาคเจิมมีผลต่อความสามารถทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจในการดึงดูดความสนใจจากคู่สมรส และมีความรู้สึกสูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ในตนเอง

3. การปรับตัว (Personal adjustment) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคม ร่วมกับการที่ต้องต่อสู้กับความรู้สึกของตนเองเมื่อคนมีสภาพไร้ความสามารถ ผู้ป่วยจะแสดงออกถึงความรู้สึกทรมาน หวัง คับข้องใจ เสียใจต่อการสูญเสียและวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต

จากการสูญเสียความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์และการยอมรับตนเองรวมทั้งการสูญเสียความเป็นอิสระ การมีบทบาทในครอบครัวและสังคม จากความเป็นอัมพาตครึ่งล่างนั้น กล่าวได้ว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในอัตมโนทัศน์ (self-concept) นั้นเอง

อัตมโนทัศน์เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เจตคติ ความรู้สึก ความเข้าใจ และการยอมรับตนเอง (Jasmin & Trygstad, 1979 : 12) ซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่เป็นแก่นแท้และคุณลักษณะประจำตัวของบุคคล (อำไพ ศิริพิพัฒน์, 2515 : 93) อัตมโนทัศน์เป็นศูนย์กลางหรือเป็นส่วนสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมและการปรับตัวของบุคคล (Stuart & Sundeen, 1979 : 120) อัตมโนทัศน์มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลในทุกช่วงชีวิต ถ้าบุคคลใดมีอัตมโนทัศน์ดี จะมีการปรับตัวที่ดีและสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ทุกสถานการณ์ ในทางตรงข้าม บุคคลใดมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ไม่ดีก็จะมีพฤติกรรมและการปรับตัวในสังคมไม่ดี (นวลศิริ เปาโรหิตย์, 2524 : 117)

เมื่อพิจารณาถึงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จากการศึกษาของกาญจนา กาญจนไตรวัฒน์ (2527 : 16) พบว่า อัตมโนทัศน์ในด้านร่างกาย ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง และด้านพฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางที่ไม่ดี ดังนั้นอัตมโนทัศน์ในทางที่ไม่ดีของผู้ป่วยมักส่งผลให้การแสดงพฤติกรรมและการปรับตัวต่อการ

เป็นอัมพาต เป็นไปในทางที่ไม่ดีเช่นกัน (Luckmann & Sorenson, 1980 : 977)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยซึ่งเคยให้การพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างพบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางไม่ดีอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของตนเองได้ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ได้แก่ การต่อต้าน ก้าวร้าว โกรธ ฉะฉาย เกลียดชังตนเอง ปฏิเสธการรักษาทั้งสิ้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยโดยตรงที่สำคัญคือ ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเป็นภาระของครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นที่พบบ่อยคือ แผลกดทับ และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจึงไม่สามารถดูแลตนเองได้

เมื่อพิจารณาถึงจุดมุ่งหมายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองตามความจำกัดของร่างกายซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (Watson, 1972 : 12) การพยาบาลในระยะแรกจึงมุ่งถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดจากการบาดเจ็บ ระยะต่อมามุ่งฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (Brundage & Broadwell, 1983 : 544) โดยเฉพาะการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในด้านต่าง ๆ มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยเหล่านี้เป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวยอมรับสภาพของตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง และเป็นมูลเหตุจูงใจให้ผู้วิจัยมีความสนใจ ใคร่ที่จะศึกษาถึงผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยเหล่านี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีอัตมโนทัศน์ที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้เหมาะสม

วัตถุประสงค์

ศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการ เปลี่ยนแปลงอัตร ในทัศนของผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งล่าง

สมมติฐาน

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนมีอัตร ในทัศนดี
กว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการ เปลี่ยน
แปลงอัตร ในทัศนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง เนื่องมาจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลังซึ่งมีสา เหตุมาจาก
อุบัติเหตุที่รับรักษาในแผนกศัลยกรรมประสาท หรือ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช
โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลวชิระ
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการพัฒนาริ
การพยาบาลที่จะส่งเสริมอัตร ในทัศนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
2. ด้านบริหาร สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารงาน
ในหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างอย่าง
มีประสิทธิภาพ
3. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการปรับปรุงการเรียน การสอน โดยเน้น
ให้นักศึกษาใช้วิธีการพยาบาล เพื่อส่งเสริมอัตร ในทัศนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง
4. ด้านการวิจัย เป็นประโยชน์ในการศึกษาริวิจัยเกี่ยวกับอัตร ในทัศนของผู้ป่วย
ประเภทอื่น ๆ ต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. อัตร ในทัศนเป็นสิ่งที่มิจริง และสามารถวัดได้ด้วยแบบวัดอัตร ในทัศน เทน เนสซี่

2. ข้อมูลที่ได้จากแบบวัดทัศนคติในทัศนคติตรงตามความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยและ เชื่อ
ถือได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการพยาบาลตามแบบแผนประมาณ 4 ชั่วโมง
ต่อวันเท่านั้น ส่วนการพยาบาลในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ในความดูแลของพยาบาลประจำการ ซึ่ง
เจ้าหน้าที่พยาบาลแต่ละคนมีทักษะหรือความสามารถในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมทัศนคติในทัศน
ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างแตกต่างกัน ผลที่ได้อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

นิยามตัวแปร

ทัศนคติ หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึก เจตคติ และการรับรู้ของบุคคลที่มี
ต่อตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านความ
เป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านพฤติกรรม และ
ด้านวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้วัดออกมาเป็นคะแนนโดยใช้แบบวัดทัศนคติในทัศน
เทเนสซีของวิลเลียม เอช ทิตส์ ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยอำไพ ศิริพิพัฒน์

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ความรู้สึก
เจตคติ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งวัดได้จากผลต่างของคะแนนทัศนคติในทัศน
หลังให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง อันเนื่องมาจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
ซึ่งมีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ โดยไม่มีการบาดเจ็บอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ใด ๆ

การพยาบาลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การพยาบาลที่ผู้วิจัยให้กับผู้ป่วยตามแผน
การพยาบาลที่สร้างขึ้น โดยมุ่งให้การพยาบาลตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
แผนการพยาบาลนี้ประกอบด้วยสองส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งเป็น แผนการพยาบาลทั่วไปโดยมีเป้าหมาย

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากการมีอัมพาตครึ่งล่าง ส่วนที่สองเป็นแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัมมในทัศนด้านร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านพฤติกรรม ด้านความพึงพอใจ ด้านส่วนตัว ด้านความเป็นเอกลักษณ์และด้านศีลธรรมจรรยา โดยผู้วิจัยได้สร้างคู่มือประเมินอัมมในทัศนเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินปัญหาการปรับตัวด้านอัมมในทัศนของผู้ป่วยที่ศึกษาแต่ละราย.

อาชีพที่ใช้ชาเป็นสำคัญ หมายถึง อาชีพที่ต้องใช้ชาเกี่ยวข้องกับการทำงานเป็น
ส่วนมาก เช่น ช่างรถ ทานา ทำสวน ทหาร ตำรวจ เป็นต้น

อาชีพที่ไม่ใช้ชาเป็นสำคัญ หมายถึง อาชีพที่ใช้ชาเกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นส่วน
น้อย แต่ใช้มือเป็นส่วนมาก เช่น นักบัญชี นักพิมพ์ดีด เป็นต้น

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยรวบรวมได้ดังหัวข้อตามลำดับ
ดังนี้

- อัตมโนทัศน์
- ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างกับการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์
- แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ (Self-concept)

อัตมโนทัศน์เป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความนึกคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ความศรัทธา เจตคติ ความพอใจ การยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งรวมทั้ง การประเมินตนเองในด้านความเป็นเอกลักษณ์ ความมีคุณค่า และการรับรู้ในด้านความสัมพันธ์ ระหว่างตนเองกับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม (Beland & Passos, 1981 : 29 : Drieveer, 1976 : 174)

นักจิตวิทยาได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ต่าง ๆ กัน ดังเช่น ไคน์และสเน็ก (Coombs & Snygg) เชื่อว่าจุดสำคัญของทฤษฎีอัตมโนทัศน์อยู่ที่การรับรู้ (perception) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองมีอิทธิพลอย่างมากมาในการกำหนดพฤติกรรม บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างไร ทั้งไคน์ และ สเน็ก ยืนยันว่า การรับรู้ของบุคคลในเวลาเฉพาะขึ้นอยู่กับความคิดที่บุคคลมีเกี่ยวกับตนเอง ดังนั้นอัตมโนทัศน์จึงเป็นตัวแปรพื้นฐานที่กระทบกระเทือนและควบคุมการรับรู้ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ในทางกลับกันพฤติกรรมและการรับรู้ก็มีผลกระทบต่อความคิดเกี่ยวกับตนเองด้วย อย่างไรก็ตามทั้งไคน์และสเน็ก เชื่อว่า แต่ละบุคคลมีความสามารถอย่างต่อเนือง เพื่อให้บรรลุถึงอัตมโนทัศน์ที่เหมาะสม เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงสมบูรณ์ทางจิตใจ (Drieveer, 1976 : 171)

กูเลย์ (Cooley) นักจิตวิทยาทางสังคมได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นผลมาจากการตอบสนองจากผู้อื่น (Epsteir, 1973 : 404) นั่นก็คือ เขาเชื่อว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่บุคคลได้รับมีอิทธิพลต่อการมองตนของบุคคลนั้น

มีด (Mead) และซัลลิแวน (Sullivan) มีแนวคิดเช่นเดียวกับไตรเวอร์ (Driever, 1976 : 173) และยังได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ที่บุคคลหนึ่งมีต่อบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญต่อตนเองว่าจะมีผลในทางสร้างสรรค์หรือทำลายก็ได้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้น

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ นักจิตวิทยาได้อธิบายองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ไว้หลายลักษณะด้วยกัน

เจมส์ (James, 1950 : 291 - 305) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. อัตมโนทัศน์ทางวัตถุ (Material me) เป็นส่วนประกอบของบุคคลซึ่งรวมถึงการเป็นเจ้าของในร่างกายของตน บ้าน ครอบครัวย และสิ่งของของตนเอง
2. อัตมโนทัศน์ทางสังคม (Social me) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อชื่อเสียงของเขา หรือเอกลักษณ์แห่งตนในสายตาของบุคคลอื่น
3. อัตมโนทัศน์ทางจิตใจ (Spiritual me) เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อกระบวนการทางจิต เช่น ความคิด ความรู้สึกของตนเอง

ไตรเวอร์ (Driever, 1976 : 174-176) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self)

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงคุณลักษณะด้านร่างกาย ซึ่งหมายถึงรูปร่างหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ และสภาวะสุขภาพซึ่งเกิดตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งก็คือภาพลักษณ์ (body image) นั้นเอง

ภาพลักษณ์เป็นคุณลักษณะซึ่งแต่ละบุคคลจะให้คุณค่าแก่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของเขา

2. อัตมโนทัศน์ด้านบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง เป็นความรู้สึกที่เป็นส่วนตัวที่บุคคลมีเกี่ยวกับตนเอง ทั้งในด้านความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ ความคาดหวัง และปณิธานในชีวิต สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ความเชื่อมั่น และความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้รวมถึงลักษณะทางด้านร่างกาย หากแต่เป็นนามธรรม ซึ่งมองได้ไม่ชัด เจนต้องใช้การสังเกตและพบได้บ่อยที่ผู้อื่นมองอาจไม่ตรงกับที่ตนเองมองตนเอง อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งออกได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ค่านิยมทางสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา ซึ่งแต่ละบุคคลยึดถือเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจว่าควรกระทำสิ่งใดถูกหรือผิด ดีหรือเลว

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน (Self-Consistency) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวซึ่งคงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของมโนภาพแห่งตน (self image) ไว้ เช่น ตนเองรู้จักตนเองเป็นคนใจคอเยือกเย็นหนักแน่น ซึ่งคุณสมบัตินี้มีมานานแล้ว จนกระทั่งขณะนี้ก็ยังยืนยันความรู้สึกเช่นเดิมที่มีต่อตนเองว่ามีลักษณะใจคอเยือกเย็นหนักแน่นหรือเรียกว่า เป็นความสม่ำเสมอแห่งความเป็นตนเอง

การเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดความสม่ำเสมอในบุคคลเสียไป ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคลอีกด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธาน และความคาดหวัง (Self-ideal or Self-expectation) เป็นความรู้สึกนึกคิด เจตคติเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น บุคคลจะตั้งความคาดหวังเอาไว้ว่าตนจะเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ และจะพยายามเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งปณิธานไว้ หากทำได้ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองจะดี มีความมั่นใจขึ้น แต่หากทำไม่ได้ ความรู้สึกที่มีต่อตนเองจะลดลง คือมีความรู้สึกท้อถอยและไร้คุณค่า บทบาทในสังคมเป็นสิ่งที่มิอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ด้านปณิธาน หรือความคาดหวัง ทำให้มนุษย์มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสังคมไปในทางที่สังคมส่วนใหญ่ยอมรับ

การเจ็บป่วยมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของบุคคล ในหลายโอกาสที่ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมตามบทบาทที่ตนได้เคยปฏิบัติตามปกติได้ ก่อให้เกิดความผิดหวังและอาจเกิดความเศร้าใจได้หากการเจ็บป่วยนั้น เป็นไปอย่างถาวร

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวกับตนเองในคุณค่าหลาย ๆ ด้านที่ตนเองมีอยู่ โดยตนเองเป็นผู้ประเมินจากคุณค่าที่ตนมองเห็นว่าตนมีอยู่หรือเป็นอยู่ โดยเปรียบเทียบกับคุณค่าที่ตนเองปรารถนาอยากจะเป็น (self-ideal) หากตนมองเห็นว่าลักษณะที่ตน เป็นอยู่นั้นคล้ายคลึงหรือเหมือนกับลักษณะที่ตนอยากจะเป็น บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในความเป็นตนเอง ในสถานการณ์เช่นนี้ บุคคลนั้นจะมีระดับของการยอมรับตนเองสูง ในทางตรงข้ามหากบุคคลมองเห็นว่าลักษณะที่ตน เป็นอยู่นั้นแตกต่างหรือห่างไกลจากที่ตนปรารถนาจะเป็น บุคคลจะไม่พึงพอใจในตนเอง ระดับการยอมรับนับถือตนเองจะมีน้อย ขาดความมั่นใจ

อัตมโนทัศน์ไม่ได้มีมาพร้อมกับบุคคลตั้งแต่เกิด แต่เริ่มพัฒนาดังด้วยทารก เมื่อทารกเริ่มมีความจำ และรู้จักผู้อื่น รู้ถึงความแตกต่างระหว่างตนเองกับผู้อื่น ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ของทารกเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ในระยะแรกกระบวนการแยกตนเองเป็นไปอย่างช้า แต่การพัฒนาทางด้านภาษาจะช่วยให้อัตมโนทัศน์ชัดเจนขึ้น การใช้ชื่อจะช่วยให้เด็กสามารถรู้ว่าเป็นตัวเขา เมื่อเด็กเริ่มแยกตัวเองจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาอัตมโนทัศน์จะดำเนินต่อไป อัตมโนทัศน์เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม อัตมโนทัศน์ของบุคคลจะเป็นอย่างไร จึงขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นในสังคมว่าจะมีปฏิภิกิริยาต่อเขาอย่างไร บุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ในวัยเด็ก คือ บิดามารดา นั่นเอง การได้รับความอบอุ่น การเอาใจใส่ดูแลด้วยความทะนุถนอม เป็นประสบการณ์ที่สร้างความพึงพอใจและมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ เพราะสิ่งเหล่านี้บอกให้รู้ว่าตน เป็นที่ต้องการและมีคุณค่าต่อบิดามารดา เมื่อเด็กเติบโตขึ้นก็มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ประสบการณ์และการประเมินผลทางสังคมที่ได้รับจะทำให้เด็กได้รู้จักตนเองมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะเดียวกันวัฒนธรรมและแบบแผนทางสังคมก็มีส่วนอย่างมากต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์และบุคคลิกภาพของบุคคล

ดังนั้น อัดมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามระดับวุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อมไม่มีการจำกัดเวลาและขอบเขต อัดมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานการณ์ และบทบาทในสังคมของบุคคลนั้น (Kendler, 1968 : 467) อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยามีความเห็นพ้องกันว่าอัดมโนทัศน์มักจะคงที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง อาทิ ศิริพิพัฒน์ ได้อ้างถึงคำกล่าวของไคมส์และนีกัว่า อัดมโนทัศน์จะต้องคงที่แต่ไม่ใช่สิ่งตายตัวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่ไม่เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ บ่อย (อ้างถึงใน อาทิ ศิริพิพัฒน์, 2515 : 94) อัดมโนทัศน์อาจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลงก็ได้ บุคคลใดมีอัดมโนทัศน์ในทางที่ดีมักเป็นผู้มีความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นผู้เปิดเผยและน่าเชื่อถือ ทั้งนี้เพราะมีพื้นฐานทางประสบการณ์ที่แท้จริงซึ่งได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จ อัดมโนทัศน์ในทางที่ดีจะนำไปสู่การรับรู้ที่ถูกต้อง ตรงข้ามกับบุคคลที่มีอัดมโนทัศน์ในทางที่ไม่ดีก็จะมีพฤติกรรมและการปรับตัวในสังคมไม่ดี ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบหรือเบี่ยงเบนจากความจริง มักจะหวั่นไหวง่าย มีความวิตกกังวลสูง และจะกลายเป็นผู้ที่หมกหมุ่นกับการป้องกันตนเอง (Stuart & Sundeen, 1983 : 243)

ผู้ช่วยอัมพาตครึ่งล่างกับการเปลี่ยนแปลงอัดมโนทัศน์

การบาดเจ็บที่ไขสันหลังจนทำให้เกิดอัมพาตครึ่งล่างนั้นย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อดัดมโนทัศน์ของผู้ป่วยอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเกิดอัมพาตแบบชั่วคราวหรือถาวรก็ตาม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการปรับตัวต่อการเป็นอัมพาต (Taylor & Ballenger, 1980 : 260) การเปลี่ยนแปลงอัดมโนทัศน์ที่เกิดขึ้นนั้นพอสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงอัดมโนทัศน์ด้านร่างกาย เนื่องจากการบาดเจ็บมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง และส่วนปลายเป็นผลให้ร่างกายขาดการตอบสนองจากระบบประสาท ซึ่งทำให้สูญเสียการเคลื่อนไหวและความรู้สึกครึ่งท่อนล่างของร่างกาย จึงมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์อย่างมาก (Beeken, 1978 : 20) โคโนมี (Conomy, 1973 : 843) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่กระทบกระเทือนต่อภาพลักษณ์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างเนื่องจากโรคไขสันหลังจำนวน 18 คน พบว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งรอบกาย ท่าทาง การเคลื่อนไหว ขนาดความกว้างและความสูงของร่างกาย เนื่องจากตัวกระตุ้นจากระบบประสาท

ส่วนกลางได้ขาดหายไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ เคิร์ทและเฮิร์ท (Kurtz & Hurst, 1970 : 149) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบการประเมินสภาพร่างกายระหว่างคนปกติกับผู้ป่วยอัมพาต หึ่ง จำนวน 20 คนโดยใช้แบบประเมินเจตคติด้านร่างกาย (Body Attitude Scale) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหึ่งที่เป็นอัมพาตประเมินเกี่ยวกับด้านร่างกายในทางที่ไม่ดี เนื่องจากภาพลักษณ์ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างอัตมโนทัศน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยหนุ่มสาว (Stuart & Sundeen, 1983 : 244) เป็นรากฐานของความเป็นเอกลักษณ์ คุณค่าแห่งตน และความภาคภูมิใจ (Carlson, 1980 : 312; Wassner, 1982 : 27) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจนเกิด อัมพาตครึ่งล่างย่อมมีผลต่อการรับรู้สภาพร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม รวมทั้งวิธีการดำเนินชีวิต เปลี่ยนไปด้วย จากสภาพที่เคยเป็นอิสระไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่มั่นคง โดดเดี่ยว (Watson, 1972 : 11) นอกจากนั้นยังทำให้มีความรู้สึกสงสารตนเอง (Lambert & Lambert, 1985 : 281) ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพเกิดขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ด้านปณิธาน หรือความคาดหวัง ในสถานการณ์ ใหม่ที่ผู้ป่วยประสบ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสภาพตนเองและภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้นรูปแบบ การดำเนินชีวิตจำเป็นต้องเปลี่ยนไป ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาในการทำงาน ปัญหาเกี่ยวกับ บทบาทของตนในครอบครัวและสังคม (Taylor & Ballenger, 1980 : 280) โดยธรรมชาติ มนุษย์ทุกคนมีความเชื่อว่าการมีบุคลิกและสมรรถภาพที่สมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ตน เป็นที่ยอมรับในครอบครัวและสังคม (Stryker, 1977 : 34) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพทางร่างกายลดลง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่ตนคาดหวังไว้ ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตน เป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม และเป็น ภาระของครอบครัว (Phipps & Long & Wood, 1983 : 545) นอกจากนั้นบุคคลที่มีความ พิจารณ์มักไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม กลายเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจซึ่งทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องแยก ตัวเองออกจากสังคมในที่สุด (Lunckman & Sorenson 1980 : 83; Stryker, 1977 : 34)

3. การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ ไขสันหลังและอยู่ในสภาพพิการ (neurological disability) การรับรู้ต่อสมรรถภาพทาง ภายเปลี่ยนไปย่อมก่อให้เกิดการยอมรับตนเองในระดับต่ำ (Carlson, 1980 : 312) เนื่อง จากการรับรู้ต่อสมรรถภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับความภาคภูมิใจและการยอมรับตนเอง บุคคล

ที่ชอบและพึงพอใจต่อสภาพร่างกายของตนเองย่อมมีความภาคภูมิใจและยอมรับตนเองสูง ตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่พึงพอใจต่อสภาพร่างกายและภาพลักษณ์ของตนเอง ย่อมมีผลให้ความภาคภูมิใจและการยอมรับตนเองลดต่ำไปด้วย (Hamacheck, 1978 : 128) นอกจากนั้นการยอมรับตนเองยังมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา ความมั่นคงแห่งตนและด้านปณิธานหรือความคาดหวังด้วย ดังนั้นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่มีการยอมรับตนเองลดต่ำย่อมทำให้สูญเสียความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลกระทบด้านอารมณ์และพฤติกรรม เช่น มีความรู้สึกหมกหมัว ไร้ค่า โศกเศร้า วิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยว ไกรธตัวเอง และผู้อื่น มีความรู้สึกว่าตนเป็นคนเลว เป็นคนมีบาป เคราะห์ร้าย นอกจากนั้นยังพบว่าบุคคลเหล่านี้ไม่สนใจตนเอง แยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อม (Driever, 1979 : 233 - 238)

จากการที่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ดังกล่าวข้างต้น ย่อมก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรมอื่น เนื่องมาจากความรู้สึกสูญเสีย ไม่สามารถยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสูญเสีย เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยได้ ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทันทีต่อการสูญเสียภายหลังเกิดอุบัติเหตุคือ ความเศร้าโศก (grief)

ลี (Lee, 1977 : 577-587) ได้อธิบายถึงกระบวนการเศร้าโศกที่แต่ละบุคคลแสดงออกภายหลังเกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุมีระยะได้แก่ ความรู้สึกกระทบกระเทือน ระยะถอยหนี ระยะยอมรับ และระยะปรับตัวต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนเอดเจิล (Engel, 1963 : 93-98) ได้แบ่งกระบวนการเศร้าโศกไว้เป็นสามระยะ ดังนี้คือ ระยะช็อคและปฏิเสธความเป็นจริง ระยะเริ่มตระหนักถึงการสูญเสีย และระยะปรับตัวต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งจะกล่าวสรุปได้ดังนี้

1. ระยะช็อค และปฏิเสธความจริง ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยจะปฏิเสธต่อการเป็นอัมพาต ไม่เชื่อว่าเหตุการณ์เช่นนี้เกิดกับตนจริง (Watson, 1972 : 21) การปฏิเสธความจริงนี้เป็นสิ่งปกติที่ผู้ป่วยจะปรับตัวต่อการบาดเจ็บที่โหดร้ายที่สุดในระยะแรก (Bracken & Shepard, 1980 : 75) การรับรู้อย่างทันทีทันใดโดยมิได้รู้ตัวมาก่อนนี้อาจ

ทำให้ผู้ป่วยเป็นลม งง หรือมีอาการช็อคได้ ในบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับในการวินิจฉัยของแพทย์ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Hudak & Lohr & Gallo, 1982 : 21) ผู้ป่วยบางคนอาจใช้เวลาทั้งหมดในการนอนซึ่งจะทำให้มีความรู้สึกคล้ายกับว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้นกับตน (Perrine, 1971 : 2128) ระยะช็อคและปฏิเสธความจริงนี้ อาจเกิดขึ้นเพียงไม่กี่นาที หรือเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรืออาจเป็นปีก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามถ้าปล่อยให้เกิดเป็นระยะเวลาานาน จะนำไปสู่พฤติกรรมที่บ่งถึงการปรับตัวไม่ดี (maladaptation) และจะเป็นผลเสียต่อผลการรักษาของผู้ป่วยต่อไป (Baland & Passos, 1981 : 516)

2. ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักในความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน อารมณ์โกรธจะเกิดกับผู้ป่วยในระยะนี้ ซึ่งจะแสดงออกมาหลายรูปแบบ เช่น ก้าวร้าว ชุตรุนแรงหรือหยาบคาย บางครั้งซึมเศร้า หรืออาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดท้อง ปวดศีรษะ (Lambert & Lambert, 1985 : 41; Warner-Beland, 1980:52-54) ผู้ป่วยอาจรู้สึกสับสน เคว้งคว้างว่างเปล่า และสิ้นหวังขณะเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ การยอมรับตนเองลดต่ำลง ซึ่งอาจแสดงพฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการไม่เป็นมิตร (Lewis & Collier, 1983 : 1984) การสูญเสียการยอมรับตนเองจากการที่ไม่สามารถมีกิจกรรมได้อย่างอิสระ และมีข้อจำกัดในการเลือกวิธีการเผชิญต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีจากสังคม (Phipp, et al., 1979 : 515) จากการศึกษาถึงความรู้สึกที่เด่นของผู้ป่วยอัมพาตชายภายหลังเกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลังคือ ความรู้สึกไร้คุณค่า โศกเศร้า สูญเสียอนาคตและหมดหวัง (Pennel, 1976 : 42-45) ดังนั้นระยะนี้จึงเป็นระยะสำคัญที่ผู้ป่วยต้องผ่านกระบวนการเศร้าโศกเพื่อการปรับตัวต่อไป

3. ระยะยอมรับต่อการสูญเสีย ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยตระหนักถึงความสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมใหม่ ปรับตัวต่อภาวะสุขภาพโดยการร่วมแก้ปัญหา ยอมรับความช่วยเหลือ และร่วมมือในการรักษา (Hudak, et al., 1982 : 174 ; Phipp, et al., 1979 : 515) พยายามฝึกฝนทักษะใหม่ที่จำเป็นและสร้างสัมพันธภาพกับสิ่งอื่นต่อไป

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

การบาดเจ็บที่ไขสันหลังอย่างรุนแรงจนทำให้เกิดอัมพาตครึ่งล่างที่มีการสูญเสีย

ความรู้สึก การเคลื่อนไหวและการควบคุมหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ย่อมก่อให้เกิดผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บ พยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก บทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลง และปรับตัวได้กับสถานการณ์ใหม่ (Friedman-Campbell & Hart, 1984 : 336; Vincent, 1975 : 29) เทเลอร์และบาเลนเจอร์ (Taylor & Ballenger, 1980 : 29) ได้เปรียบเทียบพยาบาลเสมือนเป็นบิดาหรือมารดาที่ดีของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่เอาใจใส่ สืบค้นให้ทราบถึงความต้องการของผู้ป่วย ช่วยเหลือให้ความปลอดภัยและความมั่นคงแก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ในขณะที่ผู้ป่วยพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอัตรานี้ พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้เร็วขึ้น นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอัตรานี้ในทัศนคติในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่ดี ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและสามารถดำรงชีวิตในสภาพจำกัดของร่างกายได้เป็นอย่างดี (Beland & Passos, 1981 : 517)

การประเมินสภาพผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ความไว้วางใจจะเป็นสื่อกลางที่ช่วยให้พยาบาลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เมื่อผู้ป่วยมีความไว้วางใจพยาบาล พยาบาลก็จะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ ถ้าพยาบาลกับผู้ป่วยไม่สามารถสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน การประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาลอาจจะไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมสมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น (Carlson, 1970 : 125; Murray, 1972 : 699) การสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเสมอต้นเสมอปลายในการให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย นอกจากนั้นการแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความศรัทธาและเชื่อว่าพยาบาลเป็นผู้มีความสามารถที่จะช่วยผู้ป่วยได้ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่น และวางใจในตัวพยาบาลมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วย

ก็จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง และให้ความร่วมมือในการพยายามอย่างเต็มที่

จุดประสงค์ของการพยาบาลผู้ป่วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติคือ ทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุดเพื่อทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตในสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป (Stuart & Sundeen, 1983 : 269) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออก สามารถประเมินสภาพได้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใดของกระบวนการเศร้าโศก และปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับระยะนั้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี อันนำไปสู่การปรับตัวได้ในที่สุด

การปฏิบัติการพยาบาลในระยะต่าง ๆ ของกระบวนการเศร้าโศกพอสรุปได้ดังนี้

1. ระยะช็อก และปฏิเสธความจริง บทบาทของพยาบาลอันดับแรกคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และพฤติกรรมปฏิเสธ ซึ่งการปฏิเสธนี้เป็นกลไกที่ผู้ป่วยแสดงเพื่อเป็นการลดการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายหรือแสดงความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการสูญเสียนี้ การที่พยาบาลช่วยเหลือในลักษณะที่เร่งเร้าให้ผู้ป่วยเผชิญกับความจริงเร็วเกินไป จะทำให้เกิดผลเสียอย่างรุนแรงทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจะยิ่งพึ่งพิงการปฏิเสธความจริงมากขึ้น อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงจะไม่ใช่เวลานานเกินไปจนทำให้ระยะเวลาของการปฏิเสธยืดเยื้อ (Maire, 1981 : 259; Taylor & Ballenger, 1980 : 262) พยาบาลต้องแสดงออกให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลเข้าใจถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจ ประคับประคอง และให้กำลังใจ รับฟังถึงความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ไม่ควรแสดงความคิดเห็นหรือวิจารณ์ใด ๆ (Lambert & Lambert, 1985 : 42) เมื่อไรที่ผู้ป่วยเริ่มต้องการข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ย่อมแสดงว่าผู้ป่วยเริ่มยอมรับความจริงได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เป็นความจริงมากขึ้นทีละน้อย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสั้น (Hudak, et al., 1982 : 374; Werner-Beland, 1980 : 60) อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการพยาบาลระยะนี้คือการดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรขณะที่อยู่ในระยะของปฏิเสธได้ (Lambert & Lambert, 1985 : 42)

2. ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป เมื่อผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับความจริงกับการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก เช่น โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง และมีความรู้สึกว่าคุณค่าแห่งตนลดลง ผู้ป่วยอาจจะกล่าวโทษผู้อื่นต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดขณะนั้น อาจเป็น พยาบาล บุคคลในครอบครัวหรือแม้กระทั่งตนเอง อาจพูดด้วยวาจาจาก้าวร้าว พฤติกรรมก็จะแสดงออกถึงการเรียกร้อง ไม่อดทน พยาบาลต้องเข้าใจว่า การแสดงออกของผู้ป่วยนั้นสืบเนื่องมาจากการสูญเสียที่เกิดขึ้น (Lambert & Lambert, 1985 : 45-46) พยาบาลควรประเมินว่าการแสดงออกของผู้ป่วยนั้นเนื่องจากสาเหตุใด มีความวิตกกังวลในเรื่องใด หรือการสูญเสียกระทบกระเทือนหรือบั่นทอนความสำคัญในคุณค่าความเป็นบุคคลมากนักน้อยเพียงใด โดยการเปิดโอกาส หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายถึงความรู้สึกมากที่สุด หลีกเลี่ยงการแสดงความเห็นอกเห็นใจ (Beland & Passos, 1981 : 377) พยาบาลควรชี้แนะ อธิบายถึงปฏิกิริยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก พร้อมทั้งชี้แนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลควรให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ให้กำลังใจ และช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล มีเมตตากรุณา นอกจากนั้นการอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการพยาบาลตลอดจนคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและคำแนะนำต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะต้องเป็นความจริง ไม่ควรให้ความหวังที่ผิด ๆ หรือแสดงความยินดียิ่งเกินควร (Watson, 1972 : 19)

3. ระยะยอมรับต่อการสูญเสีย ระยะนี้จะเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อมใหม่ (Hudak, et al., 1982 : 174) เริ่มเข้าใจความเป็นจริงและคิดถึงอนาคต ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความต้องการช่วยเหลือ และคำอธิบายที่จะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ (Watson, 1972 : 19) ดังนั้นการให้ข้อมูลต่าง ๆ การสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นพยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ป่วยทุกคนที่ได้รับบาดเจ็บนั้นมีบุคลิกภาพและศักยภาพแตกต่างกัน การพยาบาลจึงต้องพิจารณาเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงตนเองและนับถือความเป็นศักยภาพของตนเอง

ความสำเร็จของพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวด้านทัศนคติในทัศนนั้น นอกจากจะให้การพยาบาลโดยเน้นทางด้านจิตใจแล้ว การพยาบาลด้านร่างกายก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

การกระตุ้น และดูแลให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และฝึกกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการเสริมกำลังกล้ามเนื้อ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับคุณค่าแห่งคนดีขึ้น

ครอบครัวมีส่วนช่วยในการปรับตัวของผู้ป่วย ปฏิกริยาของบุคคลในครอบครัวมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย เช่น ภรรยา และบุตร จะต้องแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและมีคุณค่าต่อครอบครัวเหมือนเดิม ส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจประคับประคองและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ดี (Haris & Grur & Naughton, 1973 : 134) เนื่องจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับไขสันหลังจนเกิดอัมพาตครึ่งล่างนั้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติ ครอบครัวก็มีปฏิกริยาตอบสนองเช่นเดียวกับผู้ป่วยคือมีทั้งช็อกและปฏิเสธ เช่นเดียวกัน (Friedman-Campbell, 1984 : 339) พยายามหลีกเลี่ยงให้ครอบครัวใกล้ชิดให้ความรักเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี คาดหวังว่าเมื่อสอนหรือแนะนำสิ่งใดครอบครัวจะสามารถปฏิบัติตามได้ แต่เนื่องจากครอบครัวจะต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติเช่นเดียวกับผู้ป่วย พยายามจึงต้องคำนึงถึงปฏิกริยาของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงและยอมรับปฏิกริยาของผู้ป่วยด้วย (Phipp, et al., 1979 : 516) ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวร่วมมือในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดียิ่งขึ้น

ดังที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า อັคมไนท์สน์เป็นส่วนสำคัญที่จะกำหนดพฤติกรรมของบุคคล อັคมไนท์สน์พัฒนามาเรื่อย ๆ ตั้งแต่วัยทารก อັคมไนท์สน์ที่เป็นไปในทางบวกจะเป็นพื้นฐานการปรับตัวด้านจิตใจซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถที่จะมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้ดี อັคมไนท์สน์มักจะคงที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง มีใช้สิ่งตายตัวสามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ไม่เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ ม่อย การเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังดังเช่นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างย่อมทำให้บุคคลนั้นมีอັคมไนท์สน์เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงนี้มักเป็นไปในทางลบซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการปรับตัวต่อสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ พยายามเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรกภายหลังเกิดการบาดเจ็บ ควรให้การช่วยเหลือบุคคลเหล่านั้นให้มีอັคมไนท์สน์ไปในทางที่ดีตั้งแต่

ระยะเริ่มแรกซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวให้เข้ากับสภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ได้เหมาะสม แต่ถ้าบุคคลนั้นไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีอัธมโนทัศนคติไปในทางที่ดีตั้งแต่เริ่มแรก ย่อมทำให้บุคคลนั้นพัฒนาอัธมโนทัศนคติในทางไม่ดี และเมื่อระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานขึ้นก็เป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงอัธมโนทัศนคติไปในทางที่ดี ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นสุข อันจะก่อให้เกิดปัญหาต่อบุคคลนั้นเอง รวมทั้งครอบครัวและสังคมต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

เพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราในทัศนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ซึ่งมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมประสาทหรือศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลวชิระ

กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกตามคุณสมบัติดังนี้

1. เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ
3. ระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 4 ขึ้นไปสามารถอ่านออกเขียนได้
4. ไม่จำกัดอาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ
5. ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง เนื่องจากอุบัติเหตุ โดยไม่มีการบาดเจ็บอวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และเป็นผู้ป่วยสามัญ
6. เป็นผู้ป่วยที่เริ่มได้รับการฝึกสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัด หรือได้รับการฝึกมาแล้วนานไม่เกิน 2 สัปดาห์
7. เป็นผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลครั้งแรกภายหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง
8. เป็นผู้นยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

โดยรวมข้อมูลจากการศึกษาคำราและเอกสารต่าง ๆ ประกอบด้วยสองส่วนคือ

1.1 แผนการพยาบาลทั่วไป โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งอาจเกิดขึ้นเนื่องจากอัมพาตครึ่งล่างดังรายละเอียดในภาคผนวก ค.

1.2 แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัมมในทัศนผู้ป่วยประกอบด้วยแผนการพยาบาล 3 ระยะ คือ

ระยะที่หนึ่ง : แผนการพยาบาลเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

ระยะที่สอง : แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัมมในทัศนด้านร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านพฤติกรรม ด้านความพึงใจ ด้านส่วนตัว ด้านความเป็นเอกลักษณ์ และด้านศีลธรรมจรรยา แผนการพยาบาลระยะที่สองนี้ ผู้วิจัยได้สร้างคู่มือประเมินอัมมในทัศนเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินปัญหา การปรับตัวด้านอัมมในทัศนของผู้ป่วยที่ศึกษาแต่ละรายไว้ด้วย

ระยะที่สาม : แผนการพยาบาลในระยะสิ้นสุดของการพยาบาล

(รายละเอียดของแผนการพยาบาลดังแสดงในภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบวัดอัมมในทัศนเทนเนสซี (Tennessee Self-Concept Scale) ซึ่งวิลเลียม เอช ฟิตส์ (William H. Fitts) เป็นผู้สร้างนำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยอ่ำไพ ศิริพิพัฒน์

แบบวัดอัมมในทัศนนี้เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ข้อง จำนวน 100 ข้อ ประกอบด้วยข้อความให้ผู้ตอบประเมินตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดี แบ่งออกเป็นข้อความเกี่ยวกับอัมมในทัศนด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองจำนวน 10 ข้อ และข้อความเกี่ยวกับอัมมในทัศนโดยส่วนรวมจำนวน 90 ข้อ ซึ่งอัมมในทัศนโดยส่วนรวมนี้แบ่งออกเป็นอัมมในทัศนด้านต่าง ๆ จำนวน 8 ด้าน คือด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรมแสดงออก ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสังคม

เกณฑ์การตอบแบบประเมินอัมมในทัศนมีค่าตอบดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเลย
จริงเพียงเล็กน้อย	หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นอาจจะตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบบ้าง
จริงพอสมควร	หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง

ส่วนใหญ่จริง หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเป็น
ส่วนมาก

จริงที่สุด หมายถึง เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย
มากที่สุด

การให้คะแนน เนื่องจากแบบวัดนี้ให้ผู้ป่วยบรรยายเกี่ยวกับตนเองทั้งทางด้านดี
และไม่ดี การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับข้อความที่ผู้ป่วยเลือกตอบ กล่าวคือ

ข้อความที่บรรยายตนเองในทางที่ดี :-

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1 ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 2 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 4 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 5 ได้ 5 คะแนน

ข้อความที่บรรยายตนเองในทางไม่ดี :-

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 1 ได้ 5 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 2 ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 3 ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 4 ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลขคำตอบ 5 ได้ 1 คะแนน

การคิดคะแนน นำคำตอบที่ได้จากผู้ป่วยใส่ในแบบฟอร์มในการคิดคะแนน (Score
Sheet Counseling Form) ของแบบประเมินทัศนคติในทัศนคติเนสซี คะแนนที่ได้เป็นตัวแปร
ต่อเนื่อง สามารถแบ่งกลุ่มคะแนนที่ได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มคะแนนทัศนคติในทัศนคติสูง คือ คะแนนที่ได้้อยู่สูงกว่าคะแนนกึ่งกลางของคะแนน
ทั้งหมด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีทัศนคติในทัศนคติ

กลุ่มคะแนนอัตมโนทัศน์ต่ำ คือ คะแนนที่ได้อยู่ในระดับที่เท่ากัน หรือต่ำกว่าคะแนนกึ่งกลางของคะแนนทั้งหมด ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ในด้านไม่ดี

แบบประเมินอัตมโนทัศน์เทนเนสซี แบ่งได้เป็นองค์ประกอบใหญ่ ๆ 4 ด้านคือ องค์ประกอบที่ 1 คะแนนวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (The Self-Criticism Score-SC) มี 10 ข้อ

แบบประเมินส่วนนี้ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองในด้านดีและไม่ดี ซึ่งคนส่วนมากยอมรับว่าเป็นความจริงสำหรับตน ผู้ที่ได้คะแนนในองค์ประกอบนี้สูงแสดงว่าเป็นคนใจกว้าง สามารถวิพากษ์วิจารณ์ตนเองได้ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นคนชอบปกป้องตนเอง ไม่กล้ายอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 คะแนนดีโดยรวม (The Total Positive Score-P) มี 90 ข้อ

แบบประเมินส่วนนี้ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ผู้ที่ได้คะแนนองค์ประกอบนี้สูง แสดงว่ามีอัตมโนทัศน์ที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีอัตมโนทัศน์ไม่ดี คะแนนในองค์ประกอบนี้ มีองค์ประกอบย่อย ๆ อีก 9 ลักษณะดังนี้

คะแนน พี ทั้งหมด (Total P Score) เป็นคะแนนรวมของคะแนนพีในแต่ละข้อ จะแสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วย

คะแนน พี แถวที่ 1 (Row 1-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity)

คะแนน พี แถวที่ 2 (Row 2-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง (Self satisfaction)

คะแนน พี แถวที่ 3 (Row 3-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม (Behavior)

คะแนน พี คอลัมน์ 10 (Column A-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self)

คะแนน พี คอลัมน์ บี (Column B-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-Ethical Self)

คะแนน พี คอลัมน์ ซี (Column C-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal Self)

คะแนน พี คอลัมน์ ดี (Column D-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว (Family Self)

คะแนน พี คอลัมน์ อี (Column E-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านสังคม (Social Self)

องค์ประกอบที่ 3 คะแนนความแปรปรวน (The Variability Score-V)

คะแนนในองค์ประกอบนี้ แสดงให้เห็นถึงความผสมผสานของอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย คะแนนนี้ได้จากพิสัย (Range) ของคะแนน พี ในแต่ละแถวและแต่ละคอลัมน์ ถ้าคะแนนสูงแสดงว่า มีความผสมผสานของอัตมโนทัศน์น้อย เปลี่ยนแปลงง่าย ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีความผสมผสานของอัตมโนทัศน์สูงเปลี่ยนแปลงยาก คะแนนความแปรปรวนแบ่งออกเป็น

คะแนน วี รวมทางแถว (Row Total V) คะแนนนี้ได้จากผลรวมของคะแนน พี แต่ละแถว แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของคะแนนภายในแถว

คะแนน วี รวมทางคอลัมน์ (Column Total V) คะแนนนี้ได้จากผลรวมของคะแนน พี แต่ละคอลัมน์ แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของคะแนนภายในคอลัมน์

คะแนน วี ทั้งหมด (Total V) คะแนนที่ได้จากผลรวมของคะแนน วี รวมทั้งแถวและทางคอลัมน์ แสดงให้เห็นถึงความผสมผสานของอัตมโนทัศน์ทั้งหมดของบุคคล

องค์ประกอบที่ 4 คะแนนการแจกแจง (The Distribution Score-D)

คะแนนในองค์ประกอบนี้ได้จากจำนวนคำตอบที่มีผู้ตอบ เลือกโดยดูว่าผู้ตอบ เลือกตัวเลข คำตอบ 5 คำตอบที่ไว้เป็นอย่างไร คะแนน ดี นี้แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจในการที่บุคคลมองตนเอง ถ้าคะแนน ดี สูง แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นคนแน่นอน และมั่นใจในสิ่งที่ตนเองพูดถึง ถ้าคะแนนดีต่ำมีความหมายในทางตรงกันข้าม

ในการวิจัยครั้งนี้ คะแนนที่น่ามาวิเคราะห์ ผู้วิจัยใช้คะแนนในองค์ประกอบที่ 1 และองค์ประกอบที่ 2 เท่านั้น สำหรับคะแนนในองค์ประกอบที่ 3 และ 4 จะเก็บเป็นข้อมูลเพื่อนำไปพิจารณาประกอบในเชิงบรรยายในการอภิปราย

การหาความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนในทัศน

ความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนในทัศนเทนเนสซี (Tennessee Self-Concept Scale) ซึ่งวิลเลียม เอช ฟิตส์ (William H. Fitts) เป็นผู้สร้าง และ อำไพ ศิริพัฒน์นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทยนั้น กาญจนนา กาญจนไตรวัฒน์ (2527 : 61) นำมาศึกษาทัศนในทัศนของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ซึ่งหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.95 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาตามแบบของครอนมาค

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดทัศนในทัศนไปหาความเชื่อมั่นอีกครั้ง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดได้เท่ากับ 0.83 โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาตามแบบของครอนมาคเช่นกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดการวิจัยโดย

1. สุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะตามที่กำหนดจาก เวชระ เบียน จากนั้น เข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงจุดประสงค์ สอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ป่วยให้ความร่วมมือจึงขอให้ตอบแบบวัดทัศนในทัศนเป็นครั้งแรก

2. ภายหลังจากผู้ป่วยตอบแบบวัดทัศนในทัศน ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลระยะที่หนึ่ง ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วยร่วมกับแผนการพยาบาลทั่วไปโดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวันเป็นเวลา 3 วัน ระหว่างเวลา 8.00 - 12.00 น.

3. วันที่ 4 ของการวิจัย ผู้วิจัยประเมินปัญหา การปรับทัศนในทัศนด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยใช้คู่มือประเมินทัศนในทัศนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายหลังจากประเมินปัญหาการปรับทัศนในทัศน ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลระยะที่สอง เพื่อส่งเสริมทัศนในทัศน 8 ด้าน โดยให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างค่อเนื่อง ร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลทั่วไป กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมงต่อวัน ทุกวันจนสิ้นสุดระยะเวลาของการวิจัย

4. สัปดาห์ที่ 6 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลระยะที่สาม ในระยะนี้เป็นการพยาบาลเพื่อเสริมความมั่นใจของผู้ป่วยในการ

ดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการเตรียมผู้ป่วยเพื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยกระทำควบคู่กับแผนการพยาบาลในระยะที่สอง และแผนการพยาบาลทั่วไปด้วย ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมงต่อวัน ทุกวันตลอดระยะเวลา 1 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่แรกของสัปดาห์ที่ 6 จนสิ้นสุดการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดระยะนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดอ้อมในทัศนให้ผู้ป่วยตอบอีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนอ้อมในทัศนภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สูตรจาก วินัส พีชวินิชย์ และ สมจิต วัฒนาชยากุล (2525 : 276)

$$\bar{d} = \sum \frac{d}{N}$$

$\bar{d}$ = ค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนอ้อมในทัศนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

$\sum d$ = ผลรวมของความแตกต่างคะแนนอ้อมในทัศน

N = จำนวนผู้ป่วยอัมพาต

2. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอ้อมในทัศนที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยใช้สูตรจากวินัส พีชวินิชย์และสมจิต วัฒนาชยากุล (2525 : 291)

$$S_d = \sqrt{\frac{1}{n-1} \left\{ \sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{n} \right\}}$$

S_d = ส่วน เบี่ยง เบนมาตรฐานของคะแนนอ้อมในทัศนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

$\sum d^2$ = ผลรวมกำลังสองของความแตกต่างคะแนนอ้อมในทัศนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

$(\sum d)^2$ = ผลรวมของความแตกต่างคะแนนอ้อมในทัศนที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนยกกำลังสอง

n = จำนวนผู้ป่วยอัมพาต

๓. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงภายหลังจากได้รับการพยาบาล
อย่างมีแบบแผน โดยใช้สูตรจากวินัส พิชาภิบาล และสมจิต วัฒนาชยาภูล (2525 : 289)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_d} \quad df = n-1$$

$$\bar{X}_1 - \bar{X}_2 = \bar{d} \quad (\because d_i = X_{1i} - X_{2i})$$

$$S_d = \text{ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของผลต่างคะแนนทัศนคติ}$$

$$= \frac{Sd}{\sqrt{n}}$$

ผลการวิจัย

การศึกษาผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราในทัศนในผู้ป่วย
อัมพาตครึ่งล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างอื่น เป็นผล เนื่องมาจากการขาด เจ็บไขสัน
หลังที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมประสาท หรือศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
จำนวน 10 ราย จากโรงพยาบาลศิริราช 1 ราย โรงพยาบาลเลิดสิน 2 ราย โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า 6 ราย และโรงพยาบาลวชิระ 1 ราย ผลการวิจัยนำเสนอตารางประกอบการ
บรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราในทัศนของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่าง

มีแบบแผน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ

ข้อมูล	จำนวน
(n = 10 ราย)	
อายุ(ปี) :	
15 - 20	1
21 - 30	3
31 - 40	4
มากกว่า 40	2
สถานภาพสมรส :	
คู่	5
โสด	3
หย่า	2
ระดับการศึกษา :	
ป.4 - ป.6	5
ม.1 - ม.6	3
อุดมศึกษา	2
อาชีพ :	
อาชีพที่ใช้มาเป็นส่วนสำคัญ	9
อาชีพที่ไม่ใช้มาเป็นส่วนสำคัญ	1
ฐานะทางเศรษฐกิจ(บาท) :	
$\geq$ 2,000	2
2,001 - 4,000	5
4,001 - 6,000	2
$\leq$ 6,001	1

จากตารางที่ 1 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 รายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง

30 - 40 ปี สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษาอยู่ระหว่าง ป.4 - ป.6 มีอาชีพที่ใช้มาเป็นสำคัญ

เช่น ทำนา ทำสวน ขับรถ และมีรายได้ระหว่าง 2,001 - 4,000 บาท

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตรานอกก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของอัตรานอกก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

อัตรานอก	คะแนนเต็ม	ก่อนได้รับพยาบาล		หลังได้รับพยาบาล	
		$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
คะแนนอัตรานอกโดยส่วนรวม	450	296.5	26.92	332	20.02
คะแนนอัตรานอกในด้านต่าง ๆ					
ด้านความเป็นเอกลักษณ์	150	103.4	8.75	115.4	6.55
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	150	93.5	15.7	107.1	10.99
ด้านพฤติกรรม	150	99.6	10.60	109.5	8.43
ด้านร่างกาย	90	54.2	6.81	63.5	5.19
ด้านศีลธรรมจรรยา	90	67.1	7.32	69.8	6.10
ด้านส่วนตัว	90	55.2	5.37	65.4	4.19
ด้านครอบครัว	90	63.9	7.75	70.3	6.25
ด้านสังคม	90	56.1	9.90	63	7.83
คะแนนด้านวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ	50	24.5	4.27	28.9	3.281
คะแนนความแปรปรวน		51.9	9.65	39.6	6.39
คะแนนการแจกแจง		110.6	19.96	90.2	14.61

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนอัตรานอกโดยส่วนรวมและอัตรานอกแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนพบว่า เพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

จากแผนภูมิที่ 1

เห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนน
 อึดมโนทัศน์ทุกด้านต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 50 กล่าวคือ

อึดมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 2 ด้านความพึงพอใจ
 ในตนเองตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 22 ด้านพฤติกรรมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 8 ด้านร่างกายตรงกับ
 เปอร์เซ็นต์ไคลที่ 4 ด้านศีลธรรมจรรยาตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 26 ด้านส่วนตัวตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคล
 ที่ 11 ด้านครอบครัวตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 18 และด้านสังคมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 4

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอึดมโนทัศน์โดยส่วนรวมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 7 และค่าเฉลี่ย
 คะแนนอึดมโนทัศน์ด้านวิพากษ์วิจารณ์ตนเองตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 6

ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนแล้ว ค่าเฉลี่ยคะแนน
 อึดมโนทัศน์ด้านต่าง ๆ มีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 50 ยกเว้นอึดมโนทัศน์ด้านความ
 พึงพอใจในตนเองและด้านส่วนตัว กล่าวคือ

อึดมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 10 ด้านความพึงพอใจ
 ในตนเองตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 58 ด้านพฤติกรรมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 29 ด้านร่างกายตรงกับ
 เปอร์เซ็นต์ไคลที่ 20 ด้านศีลธรรมจรรยาตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 48 ด้านส่วนตัวตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคล
 ที่ 51 ด้านครอบครัวตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 49 และด้านสังคมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 30

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนอึดมโนทัศน์โดยส่วนรวมตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 30 และด้าน
 วิพากษ์วิจารณ์ตรงกับเปอร์เซ็นต์ไคลที่ 20

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความแปรปรวนภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ต่ำกว่า
 ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ก่อนและหลังได้รับการพยาบาล
อย่างมีแบบแผน

อัตมโนทัศน์	$\bar{D}$	S_d	t
คะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม	-35.5	10.28	-10.91**
คะแนนอัตมโนทัศน์ด้านต่าง ๆ			
ด้านความเป็นเอกลักษณ์	-12.0	2.98	-12.73**
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	-13.6	5.64	-7.62**
ด้านพฤติกรรม	-9.9	4.63	-6.76**
ด้านร่างกาย	-9.3	2.98	-9.86**
ด้านศีลธรรมจรรยา	-2.7	2.62	-3.25*
ด้านส่วนตัว	-10.2	3.91	-8.25**
ด้านครอบครัว	-6.4	3.34	-6.06**
ด้านสังคม	-6.9	3.57	-6.11**
คะแนนด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง	-4.4	4.45	-3.13**

** $P < .01$

* $P < .05$

จากตารางที่ 3 คะแนนอัตมโนทัศน์ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดังนี้

อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม รวมทั้ง อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคม ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

ส่วนอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยาและด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



การอภิปรายผล

การศึกษาถึงผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการ เปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

สมมติฐานที่ว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนมี อัตมโนทัศน์ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน สมมติฐานข้อนี้ได้รับการสนับสนุนกล่าวคือ ภายหลังได้ให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนกลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมดีกว่าก่อนได้รับ การพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งนี้คาดได้ว่า

แผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้กำหนดแนวทางเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในค่าน ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วันแรกและ ให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลทั่ว ๆ ไป จุดประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพยาบาลระยะนี้ ก็เพื่อแสดงให้ผู้ป่วยตระหนักว่า ผู้วิจัยต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง ต่อมาผู้วิจัยให้การ พยาบาลตามแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตมโนทัศน์ในค่านต่าง ๆ โดยใช้คู่มือประเมินอัตมโนทัศน์ เป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อการสูญเสียหน้าที่การ ทำงานของร่างกายครึ่งล่าง การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือแม้กระทั่งการขับถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระ ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทจากการช่วยเหลือตัวเองได้มาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสอยู่ นั้น มีการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาททางครอบครัวอย่างชัดเจน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่านเศรษฐกิจซึ่งตนเป็นผู้รับผิดชอบ ประเด็นสำคัญและน่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกว่าคุณ เป็นบุคคลที่ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์และเป็นภาระต่อครอบครัว จากการ สังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วยพบว่าส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้า สีหน้าแสดงถึงความวิตก กังวล ในบางครั้งมีอาการหงุดหงิดซึ่งมักแสดงต่อบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลเพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยไม่สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้เลย โดยให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดด้วยการกำหนดระยะเวลาในการ ปฏิบัติพยาบาลอย่างต่อเนื่องทุกวัน ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงตามปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วย อันเนื่องจากสัมพันธภาพที่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และบอกถึง ความรู้สึกต่อการสูญเสียอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของฮิบเปอร์ (Pepper, 1977:1332)

ที่ว่า การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปได้ นั้นสิ่งสำคัญคือ การสร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

นอกจากนั้นผู้วิจัยคาดว่าสิ่งหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางที่ดี คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวของตน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยคิดว่าคนยังมีคุณค่าและยังเป็นที่ต้องการของบุคคลในครอบครัว ดังนั้นจึงทำให้ทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น (Beland & Possos, 1981 : 517)

อนึ่ง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน มีการแสดงปฏิกิริยาต่อต้านความต้องการของผู้ป่วย แสดงอารมณ์หงุดหงิดต่อผู้ป่วย ไม่ทราบว่า จะปฏิบัติตนเช่นไรหรือบางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ด้วยการให้การสนับสนุน ส่งเสริมกำลังใจ และชี้แนะวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผลปรากฏว่าผู้วิจัยสามารถช่วยให้บุคคลในครอบครัวร่วมมือกับผู้วิจัยในการช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยด้วยดี

จากการวิจัยครั้งนี้จึงพอสรุปได้ว่า การปฏิบัติพยาบาลตามแบบแผน เพื่อส่งเสริมทัศนคติโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนการที่ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติโดยส่วนรวมไปในทางที่ดีขึ้น

นอกจากนั้น จากการวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ทัศนคติในด้านต่าง ๆ และทัศนคติด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองของผู้ป่วยดีกว่าก่อนให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 และ .05 นั่นก็คือ การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมที่ผู้ป่วยได้รับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยคลี่คลายลง ทัศนคติที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำเนื่องจากการคุกคามของโรคของผู้ป่วยค่อย ๆ ไปสู่ทัศนคติใหม่ที่ดีขึ้นในสภาพที่มีความจำกัดของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับที่แลมเบอร์ต ได้กล่าวไว้ในทำนองเดียวกันนี้ (Lambert & Lambert, 1985 : 274)

จากการศึกษาอัฒมโนทัศน์ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะอย่างมาก แต่ลักษณะเด่นของการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะนั้นแตกต่างกัน กล่าวคือผู้ป่วยที่มีอายุในช่วงระหว่าง 16-25 ปี จะมุ่งถึงความสวยงามของร่างกายมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ซึ่งจะวิตกกังวลต่อการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะครึ่งล่าง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทุกคนก็มีความรู้สึกว่าจะมีชีวิตต่อไปได้อย่างไรในสภาพเช่นนี้ ในบางครั้งนักกายภาพบำบัดมักจะบอกผู้ป่วยว่าเมื่อใดจะสามารถเดินได้ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและชี้แนวทางให้ผู้ป่วยเห็นว่าถึงแม้ว่าจะมีสภาพร่างกายเปลี่ยนไป ผู้ป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตในสภาพเช่นนี้ได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นไปอย่างช้า ๆ ทั้งนี้โดยพิจารณาความพร้อมทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก พร้อมกับการดูแลและฝึกให้ผู้ป่วยดูแลตนเองควบคู่กันไป จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อดูแลและช่วยเหลือในการฝึกความสามารถด้านร่างกายจนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ นั้นพบว่า ผู้ป่วย 9 คนมีความหวังว่าตนจะสามารถเดินได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สามารถเดินได้โดยใช้เครื่องพยุงขาในระยะที่ผู้วิจัยปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเหล่านั้น เขาได้แสดงถึงความหวังว่าต่อไปเขาจะสามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีเครื่องพยุงขา ระยะนี้ผู้วิจัยต้องพยายามให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับต่อศักยภาพสูงสุดที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

ในส่วนของอัฒมโนทัศน์ด้านครอบครัว จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าความรู้สึกต่อการสูญเสียบทบาททางครอบครัวมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่มีสถานะภาพโสด ซึ่งมีอายุระหว่าง 19-23 ปี จำนวน 3 คนได้กล่าวในทำนองเดียวกันว่าไม่มีความรู้สึกว่าบทบาทหรือสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป บุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาให้การดูแลเอาใจใส่เช่นเดิม ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานะภาพคู่ และ หย่า มีความรู้สึกต่อการสูญเสียบทบาทในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับที่พิพส์และคณะ (Phipps, et al., 1979 : 546) ได้กล่าวไว้ว่า ในระบบครอบครัว เพศชายมีบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว รับผิดชอบเกี่ยวกับเศรษฐกิจภายในครอบครัว เมื่อมีการสูญเสียความสามารถในการทำงานจึงก่อให้เกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียคุณค่าแห่งตน ซึ่งมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว

จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงต่อครอบครัวพบว่าผู้ป่วยมักมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว เมื่อครอบครัวไม่ปฏิบัติหรือช่วยเหลือดังที่ผู้ป่วยต้องการ นอกจากนั้นผู้ป่วยบางคนมักแสดงพฤติกรรมเรียกร้อง ต้องการให้ครอบครัวดูแลตลอดเวลาไม่ยอมช่วยเหลือตัวเอง จากพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการขัดเคืองเพื่อเป็นการขจัดความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้น ผู้ป่วยรายหนึ่งไม่ยอมให้ภรรยาพามาเยี่ยม หรือแม้กระทั่งไม่ต้องการทราบว่าขณะนี้ครอบครัวมีปัญหอะไร และบางครั้งที่ภรรยาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยจะแสดงอารมณ์หงุดหงิด ไม่ยอมให้ภรรยาพูดหรือแสดงความคิดเห็น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าอันสูงส่งของการเป็นผู้นำครอบครัว ซึ่งตนเองเป็นผู้คุ้มครองปกป้องภริยาและบุตร รวมทั้งเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยรายนี้ให้ความสนใจและปฏิบัติตามการรักษาพยาบาลด้วยดี

ในด้านความรู้สึกของครอบครัวต่อผู้ป่วยพบว่าครอบครัวมีความรู้สึกสงสารผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยเช่นนี้ ความวิตกกังวลของครอบครัวที่สำคัญก็คือ ปัญหาเศรษฐกิจซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนั้น ยังมีความวิตกกังวลว่าผู้ป่วยจะดำเนินชีวิตต่อไป เช่นใด สิ่งเหล่านี้ทำให้นุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเกิดความเครียด และจากภาวะที่มีความเครียดแล้วยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเผชิญกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นบางครั้งบุคคลในครอบครัวจึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย พฤติกรรมที่แสดงต่อผู้ป่วยบางครั้งจึงออกมาในรูปของการต่อต้านปฏิกิริยาของผู้ป่วย เช่น ไม่ยอมปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการ แสดงอารมณ์หงุดหงิด เป็นต้น จากพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัวดังกล่าว ทำให้สัมพันธภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยได้เข้าไปช่วยแก้ปัญหาด้วยการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจถึงปฏิกิริยาที่เปลี่ยนแปลงไปของกันและกัน และยังเน้นความสำคัญของบุคคลในครอบครัวในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจนเกิดความเข้าใจแล้วก็ตาม แต่การที่บุคคลในครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยทุกวัน ก็ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายได้อีก ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องหมั่นสังเกตพฤติกรรม ตามถึงความรู้สึกและปัญหาของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้สามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวได้อีกประการหนึ่ง

เกี่ยวกับอ้อมในทัศนด้านสังคม จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกอาย กลัวว่าบุคคลอื่นโดยเฉพาะเพื่อน ๆ จะมองตนเป็นคนพิการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เรย์ (Ray, 1984 : 249) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจนเกิดอัมพาตครึ่งล่าง มีความรู้สึกว่าบุคคลอื่นมองตนเป็นบุคคลที่น่าสงสาร น่าสมเพช ให้อารมณ์เสียถึงตนเป็นทารก ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมมากที่สุด

ตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติกรพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยพยายามส่งเสริมอ้อมในทัศนด้านสังคม โดยการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ทั้งด้านอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี จำนวน 3 ราย สามารถมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ดี โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน ดูโทรทัศน์ หรือเข้าร่วมสนทนาการ ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปจำนวน 7 ราย ปฏิเสธการมีกิจกรรมการร่วมกับผู้ป่วยอื่นในระยะแรก แต่ในระยะท้ายของการวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวก็ยินยอมร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยอื่นบ้างเป็นบางครั้ง โดยผู้ป่วยเลือกที่จะร่วมกิจกรรมใดบ้างและกับผู้ป่วยคนใด

อาจกล่าวได้ว่า อายุของผู้ป่วยมีส่วนสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกลุ่ม หรือทำกิจกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะเกิดจากพัฒนาการของมนุษย์ในแต่ละวัย ดังที่ อิริกสัน (Erikson) ได้กล่าวถึงพัฒนาการในช่วงอายุ 18-25 ปี ซึ่งถือเป็นช่วงวัยรุ่นว่า วัยนี้เป็นวัยที่ต้องการเพื่อน การกระทำมักต้องอาศัยเพื่อน ต้องการความสนุกสนานเพลิดเพลิน และต้องการความเป็นอิสระ ส่วนในวัย 25 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ นั่นคือเป็นวัยแห่งการใช้เหตุผล สุขุม ต้องการแสวงหาความสำเร็จ และการสร้างอนาคต (Brunner & Suddarth, 1982 : 908) ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่หมกมุ่นวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตมาก การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับ

บุคคลอื่น จึงต้องใช้ระยะเวลามากกว่าผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวัยรุ่น นอกจากนั้นอุปนิสัย บุคลิกภาพส่วนตัว ของผู้ป่วยแต่ละรายก็มีส่วนสัมพันธ์กับการส่งเสริมผู้ป่วยให้ร่วมกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

ส่วนอัตรในทัศนคติด้านเอกลักษณ์ ด้านส่วนตัว ด้านความพึงพอใจ ด้านพฤติกรรมและ ด้านศีลธรรมจรรยา จากการที่ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายและแสดงปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ประกอบกับผู้วิจัยได้สร้างความศรัทธาและไว้วางใจในตัว ผู้วิจัยให้เกิดกับผู้ป่วยด้วยการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วย กล้าระบายความไม่สบายใจ ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาส่วนตัวแก่ ผู้วิจัยด้วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างละเอียด และสามารถให้การพยาบาลตรงกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ร่วมกับการส่งเสริมและการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง ด้านร่างกาย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตรในทัศนคติต่าง ๆ เหล่านี้ดีขึ้น

อัตรในทัศนคติด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีความ ทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วยอย่างมาก สภาพอารมณ์ผู้ป่วยผันแปรได้ง่าย ผู้ป่วยจะกล่าวถึงตนเอง เฉพาะในส่วนที่ดี ผู้วิจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ อย่างอิสระภายหลัง ที่ผู้วิจัยได้สร้างความสนิทสนมกับผู้ป่วยแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยกล้าระบายถึงส่วนที่ไม่ดีมากขึ้น ดังจะ เห็นได้ว่าภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน คะแนนอัตรในทัศนคติการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาอัตรในทัศนคติทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่าง มีแบบแผน พบว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติของบุคคลธรรมดาตามาก ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1 ทั้งนี้คงเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่ออัตรในทัศนคติของผู้ป่วยอย่างมาก บลูเรสตัน และ ฮาเวิร์ท (Boureston & Howard) ได้ศึกษาผลกระทบด้านอารมณ์ในผู้ป่วยที่มีการสามกุ่ม คือ ผู้ป่วยข้ออักเสบ ผู้ป่วยที่มีการเสื่อมของปอดกบประสาท และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังได้รับผลกระทบด้านอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น (Bartol, 1978 : 173)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยต้อง เปลี่ยนสภาพจากการที่เป็นบุคคลที่ตนเอง และสามารถทำอะไรได้โดยอิสระไปสู่สภาพที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้แม้กระทั่งการนั่ง การสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายโดยทันทีทันใดนั้น คาดว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนได้ทั้งหมด และถึงแม้ว่าภายหลังให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนแล้ว สภาพทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจดีขึ้นก็ตาม ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่าระยะเวลา 6 สัปดาห์ที่ผู้วิจัยให้การพยาบาลนั้น เป็นระยะเวลาค่อนข้างสั้นสำหรับการที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนไปได้อย่างคงที่ ซึ่งสอดคล้องกับที่คิวเบลอร์-รอส (Kubler - Ross's) ได้กล่าวไว้ว่า การบาดเจ็บที่มีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์อย่างมาก พยาบาลไม่สามารถคาดหวังไว้ว่าอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็วได้ อาจต้องใช้เวลานานพอสมควร ทั้งนี้ย่อมขึ้นกับแต่ละบุคคลด้วย (Beland & Passos, 1981 : 518) ดังนั้นถึงแม้ว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถบรรลุตาม เป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ จึงเห็นได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีแบบแผนจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ดีขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถปรับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย เข้าสู่ระดับ เกณฑ์ปกติของบุคคลธรรมดาได้ ในระยะเวลาที่กำหนดไว้

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาค่าคะแนนแปรปรวนจากแผนภูมิที่ 1 พบว่าคะแนนแปรปรวนภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้มั่นคงขึ้น ไม่เปลี่ยนแปลงเหมือนเมื่อก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน นอกจากนั้นมีความผสมผสานของอัตมโนทัศน์สูงขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้คาดได้ว่าน่าจะเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูญเสียจากผู้วิจัย ทำให้สามารถระบายความทุกข์และความไม่สบายใจต่าง ๆ ออกมาได้ นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ผลสำเร็จ จึงทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ และเกิดความมั่นคงในค่านิยมมากขึ้น

ดังนั้นจึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องประสบกับอุบัติเหตุร้ายแรงทำให้เกิดอัมพาตครึ่งล่างนั้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานต่อการเจ็บป่วยอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและเศร้าโศก และเมื่อมีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะในร่างกาย อันนำไปสู่ปัญหาในการปรับตัวนั้น การดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมใหม่ในภาวะเช่นนี้ การพยาบาล

เพื่อส่งเสริมอัครมโนทัศน์จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ดังนั้นพยาบาลต้องตระหนักในบทบาทของ
 ผู้ช่วยเหลือ และสิ่งหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นผลสำเร็จของการพยาบาลก็คือวิธีปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้
 ผู้ป่วยระบายนถึงความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งความทุกข์ และปัญหาส่วนตัวซึ่งทำให้พยาบาลสามารถ
 ประเมินปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง พยาบาลต้องแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า
 มีความเข้าใจผู้ป่วย เห็นอกเห็นใจ และต้องการช่วยเหลืออย่างแท้จริงไม่ว่าจะมีปัญหาใดก็ตาม
 พยาบาลต้องไม่มองพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งไร้สาระ เชื่อถือไม่ได้หรือสร้างท่า คลอจน
 แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความสามารถที่จะช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ของเขาได้
 สิ่งเหล่านี้จะเป็นการเพิ่มศรัทธาและความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยได้ทั้งสิ้น นอกจากนั้นบทบาท
 ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
 และสิ่งหนึ่งที่พยาบาลต้องระลึกเสมอคือ การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยนั้นต้องใช้
 ระยะเวลา พยาบาลต้องมีความอดทน เข้มแข็งและไม่รู้สึกท้อแท้กำลังใจหรือสิ้นหวังได้โดยง่าย
 ทั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและได้ผลดี

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราน้ำหนักในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ซึ่งได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังมีสาเหตุจากอุบัติเหตุรับไว้รักษาในแผนกศัลยกรรมประสาท หรือ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลวชิระ จำนวน 10 ราย มีคุณสมบัติดังนี้คือ เพศชาย อายุ 15 ปีขึ้นไป เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นอย่างน้อย ไม่จำกัดอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ รับไว้รักษาในโรงพยาบาลภายหลังได้รับการบาดเจ็บ และเป็นผู้ป่วยที่เริ่มได้รับการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจากนักกายภาพบำบัดหรือได้รับการฝึกมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ รวมทั้งยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แผนกการพยาบาลทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

2. แผนกการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัตราน้ำหนักในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านพฤติกรรม ด้านความพึงพอใจ ด้านส่วนตัว ด้านความเป็นเอกลักษณ์ และด้านศีลธรรมจรรยา

3. แบบวัดอัตราน้ำหนักในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ซึ่ง วิไลลักษณ์ เอช พิทักษ์ เป็นผู้สร้างและอำไพศิริพิพัฒน์ ดัดแปลงเป็นภาษาไทย แบบวัดอัตราน้ำหนักนี้ประกอบด้วยอัตราน้ำหนักโดยส่วนรวม ซึ่งประกอบด้วยอัตราน้ำหนักย่อย ๆ 8 ด้านได้แก่ อัตราน้ำหนักด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว ด้านสังคมและอัตราน้ำหนัก ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ผู้วิจัยนำแบบวัดอัตราน้ำหนักมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยเมื่อเลือกผู้ป่วยตามลักษณะที่กำหนดแล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดอึดมในทศน์ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทุกวัน โดยใช้เวลา 4 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดอึดมในทศน์อีกครั้งหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล นำคะแนนอึดมในทศน์จากการตอบของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอึดมในทศน์ก่อนและหลังให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผน โดยใช้การทดสอบ ที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนมีอึดมในทศน์ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอึดมในทศน์โดยส่วนรวม รวมทั้งอึดมในทศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัวและด้านสังคม ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนอึดมในทศน์ด้านศีลธรรมจรรยา และด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาล เพื่อส่งเสริม

อึดมในทศน์ของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตต่อไปได้ดีในสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวนี้ ต้องเริ่มตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและศรัทธาในตัวพยาบาล การส่งเสริมอึดมในทศน์ผู้ป่วยให้ไปในทางที่ดี รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ในเรื่องของเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความสามารถ ศักยภาพ ความถนัด ความสนใจ เป็นต้น

1.2 พยาบาลต้องตระหนักว่า สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้การพยาบาลประสบความสำเร็จคือ จะต้องได้รับความร่วมมือตลอดจนการช่วยเหลือจากญาติ และครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรในทีมสุขภาพทุกคน

2. ด้านการบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดให้พยาบาลได้รับการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัธมโนทัศน์รวมทั้งฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะต้องทำหน้าที่ดูแลและประสานงานให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการศึกษา ควรเน้นถึงความสำคัญของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อัมพาตครึ่งล่างทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่จำกัด
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในเรื่องเดียวกันนี้ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลา เพื่อศึกษาว่าการส่งเสริมอัธมโนทัศน์ในผู้ป่วยนี้จะต้องใช้ระยะเวลานานเท่าใดจึงสามารถให้อัธมโนทัศน์ของผู้ป่วยกลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ เช่นบุคคลธรรมดาได้

2. ศึกษาติดตามการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังได้รับการพยาบาลเพื่อเปลี่ยนแปลงอัธมโนทัศน์ว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้สมบูรณ์เพียงใด

3. ศึกษาถึงความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัธมโนทัศน์ของผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาการเป็นอัมพาต ระดับการบาดเจ็บ เป็นต้น

4. ศึกษาเปรียบเทียบผลการพยาบาลในการเปลี่ยนแปลงอัธมโนทัศน์ในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายซึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการประเภทเดียวกัน

5. ศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงอัธมโนทัศน์เนื่องจากการสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

นวลศิริ เปาโรหิตย์. อัดดา. สุขภาพจิตและการปรับอารมณ์. ภาควิชาจิตเวชวิทยา คณะศึกษาศาสตร์.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, มปป, 2524.

วินัส พิษณุชัย และสมจิต วัฒนาขยากุล. สถิติสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :

โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525.

อำไพ ศิริพิพัฒน์. ความนึกคิดเกี่ยวกับคน. วารสารการศาสตร์, สิงหาคม 2515-ตุลาคม

2515 : 91-103.

Archibaid, Rose. Spinal injuries one : Assessing the need. Nursing Times, 1984, 7, 61-66.

Bartol, G. Psychological needs of the spinal cord injury person.

Journal Neurosurgical Nursing, 1978, 10, 171-175.

Beeken, Janice E. Body image changes in plegia. Journal Neurosurgical Nursing, 1978, 10, 20 - 23.

Beland, I., & Passos, J.Y. Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches (4th. ed.). New Jersey : Macmillan Publishing Co., 1981.

Bracken, M.B., & Shepard, J.J. Coping and adaptation following acute spinal cord injury : a theoretical analysis. Paraplegia, 1980, 18, 74-85.

Brundage, D.J. & Broadwell, D.C. Altered body image in W. Phipps(Ed.) Medical-Surgical Nursing (2 nd ed). London : The C.V.Mosby Company, 1983.

Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. The Lippincott Manual of Nursing Practice.
(3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1982.

Carlson, C.E. Behavioral Concepts and Nursing Intervention. Philadelphia:
J.B. Lippincott Company, 1970.

Carlson, C.E. Psychosocial aspects of neurologic disability. Nursing
Clinics of North America, 1980, 15, 309-320.

Conomy, J.P. Disorders of body image after spinal cord injury. Neurology,
1973, 23, 843.

Driever, M.J. Theory of self-concept In C. Roy(Ed.), Introduction to
Nursing : An Adaptation Model. New Jersey : Prentice-Hall
Inc. 1976.

Engel, G.L. Grief and grieving. American Journal of Nursing, 1964, 64,
9, 93-98.

Epstein, S. The Self-concept revisited or a theory of a theory.
American Psychologist, 1973, 8, 5, 404 - 416.

Fozzard, E.L. The psychosexual needs of the neurologically disabled.
Journal of Neurosurgical Nursing, 1978, 10, 92.

Friedman-Campbell, M., & Hart, C.A. Theoretical strategies and nursing
interventions to promote psychosocial adaptation to spinal
cord injuries and disability. Journal of Neurosurgical
Nursing, 1984, 16, 335-342.

- Hamackok, D.E. Encounters with the self. (2nd ed.). New Jersey : Holt, Rinehart and Winston, 1978.
- Harris, P., Greer, W., & Naughton, J. Psychological and social reaction to acute spinal paralysis. Paraplegia, 1973, 11, 132-136.
- Hudak, C.M., & Lore, T., & Gallo, B.M. Critical Care Nursing (3rd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1980.
- James, W. Principle of Psychology, volume 1 New York : Dorer, 1950.
- Jasmin, S., & Trygstad, L.N. Behavioral Concepts and The Nursing Process. London : The C.V. Mosby Company, 1979.
- Kender, H.H. Basic Psychology (2nd ed.). New York : Appleton Century Croffs, 1968.
- Kinash, R.G. Experiences and nursing needs of spinal cord-injured patients. Journal of Neurosurgical Nursing, 1978, 10, 29-32.
- Kurtz, R., & Hurt, M. Body attitude and physical health. Journal of Clinical Psychology, 1970, 26, 146. Cited by Jamice E. Beeken.
- Lambert, V.A. & Lambert, C.E. Psychosocial Care of the Physically III (2nd ed.). New Jersey : Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1985.
- Lee, J.M. Emotional reaction to trauma. Nursing Clinics of North America, 1977, 5, 577-587.

- Luckmann, J., & Sorenson, K.C. Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach (2nd ed.). Philadelphia : W.B. Saunders Co., 1980.
- Maire, Concepts related to the nursing care of surgical oncology patients. In L. Donna (Ed.), Concepts of Oncology Nursing. New Jersey : Prentice-Hall Company, 1981.
- Murray, R.L. Principles of nursing intervention for the adult patient with body image changes. Nursing Clinics of North America, 1972, 7, 697-707.
- Pennel, L.A. Adjustments to disability. Rehabil Gaz, 1976, 17, 42-45.
- Pepper, G.A. The person with a spinal cord injury : Psychological Care. American Journal of Nursing, 1977, 1330-1336.
- Perrine, G. Needs met and unmet. American Journal of Nursing, 1971, 71 2128-2133.
- Phipps, W.J. & Long, B.C., & Woods, N.E. Medical-Surgical Nursing. London : The C.V. Mosby Company, 1979.
- Phipps, W.J. & Long, B.C., & Woods, N.E. Medical-Surgical Nursing (2nd ed.). London : The C.V. Mosby Company, 1983.
- Ray, C. Coping with spinal cord injury. Paraplegia, 1984, 22, 249-259.
- Stanton, G.M. Spinal cord injury : psychological adaptation. Journal of Neurosurgical Nursing, 1983, 15, 306-309.
- Stewart, T.D. Coping behaviour and the moratorium following spinal cord injury. Paraplegia, 1977-1978, 15, 338-342.

Stryker, R. Rehabilitation Aspects of Acute and Chronic Nursing Care
(2nd ed.). Philadelphia : W.B.Saunders Company, 1977.

Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. London : The C.V. Mosby Company, 1979.

Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. Principles and Practice of Psychiatric Nursing (2 nd ed.). London : The C.V.Mosby Co.,1983.

Taylor, J.W., & Ballenger, S. Neurological Dysfunctions and Nursing Intervention. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.

Vincent, P.J. Treatment of patients with spinal cord injuries. The Canadian Nurses, August, 1975, 26-30.

Wassner, A. The impact of mutilating surgery or trauma on body-image. International Nursing Review, 1982, 29, 27.

Watson, J.E. Medical-Surgical Nursing and Related Physiology. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1972.

Werner-Beland, J.A. Grief Responses to long-term Illness and Disability. Reston Virginia : Reston Publishing Company, Inc., 1980.

วิทยานิพนธ์

กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์. การศึกษาอัตถิภาวนิยมในทัศนคติของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
2527.

บรรณานุกรม

- โยธิน ศันสนยุทธ และ จุมพล ชูลภัทรชีวิน. จิตวิทยาสังคม กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2524.
- สมศรี เชื้อศิริฤ. สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2528.
- เอกชัย ชัยประเสริฐสิทธิ. สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2521.
- Berry, P.D. Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. Philadelphia: J.B. Lippincott Company., 1984.
- Brent, D.R. Communitation and Human Behavior. New York : McMillan Publishing Company, 1984.
- Brunner, L.S. & Suddarth, D.S. Textbook of Medical-Surgical Nursing (5th ed.). Philadelphia; J.B. Lippincott Company, 1984.
- Burridge, R. A paraplegic reflects. American Journal of Nursing, 1975, 75, 643-644.
- Fink, S.L. & Shontz, F.C. Body image disturbances in Chronically ill individuals. Journal of Nervous and Mental Disease, 1960, 131, 234-240.
- Hymann, M.D. Social psychological factors affecting disability among ambulatory patients. Journal Chronic Disease, 1975, 28, 199-216.
- Jones, D.A., Dunbar, C.F. and Jirovec, M.M. Medical-Surgical Nursing : (2nd ed.). New York : McGraw-Hill book Company, 1982.

- Judd, F.K., Burrows, G.D. and Brow, D.J. Depression following acute spinal cord injury. Paraplegia, 1986, 24, 358-363.
- King, R.B., & Dudas, S. Rehabilitation the patient with a spinal cord injury. Nursing Clinics of North America, 1980, 15, 225-242.
- Lambert, V.A., & Lambert, C.E. Role theory and the concept of powerlessness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1981, 19, 11-14.
- Leonard, B.J. Body image changes in chronic illness. Nursing Clinics. of North America, 1972, 7, 687-695.
- Lewis, S.M. & Idolia, C.C. Medical-Surgical Nursing : Assessment and Management of Clinical Problems. New York : McGraw-Hill Book Company, 1983.
- Lowery, B.J. & Jacobsen, B.S. Attributional analysis of chronic illness outcomes. Nursing Research, 1985, 34, 82-88.
- Mariah, S. A Guide to Neurological and Neurosurgical Nursing. New York: A Wiley Medical Publication, 1983.
- Martin, N., Holt, N.B. & Hick, D. Comprehensive Rehabilitation Nursing. New York : McGraw-Hill Book Company, 1981.
- Mellencamp, A. Adolescent depression : a review of the literature, with implication for nursing care. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1981, 91, 15-20.

- Molla, P.M. Self-concept in children with and without physical disabilities. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 1981, 19, 22-27.
- Pamela, H.M. Concepts Basic to Nursing (2nd ed.). New York : McGraw-Hill Book Company, 1977.
- Pollock, S.E. Human response to chronic illness : physiological and psychosocial adaptation. Nursing Research, 1986, 35, 90-95.
- Rawnsley, M.M. Toward a conceptual base for affective nursing. Nursing Outlook, 1980, 28, 244-247.
- Roglitz, C. Team approach in the acute phase of spinal cord injury. Journal of Neurosurgical Nursing, 1978, 10, 117-210.
- Shaver, J.F. A biopsychosocial view of human health. Nursing Outlook, 1985, 33, 186-191.
- Siegel, S. Nonparametric Statistic for the Behavioral Sciences. Tokyo: Mac Graw-Hill Kogakush, Ltd., 1966.
- Stuifbergen, A.K. The impact of chronic illness on families. Family & Community Health, 1987, 9, 43-51.





ภาคผนวก ก.
(ข้อมูลส่วนตัว)
(แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว

นาม-นามสกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี
 เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
 สถานภาพการสมรส.....ระดับการศึกษา.....
 อาชีพ.....รายได้ต่อเดือน.....บาท
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.....เมื่อวันที่.....
 หอผู้ป่วย.....
 วันที่เริ่มต้นทำการวิจัย.....
 วันที่สิ้นสุดการวิจัย.....

ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล ผู้ป่วย	อายุ (ปี)	สถานภาพ สมรส	ระดับการ ศึกษา	อาชีพ	ฐานะ (บาท)
1	22	โสด	ม.6	ทหาร	1,500
2	43	คู่	ป.4	ช่างไม้	4,000
3	29	คู่	อุดมศึกษา	ทหาร	5,000
4	37	คู่	อุดมศึกษา	รับราชการ	7,000
5	41	หย่า	ป.4	ขาย	2,000
6	38	หย่า	ม.6	รับจ้าง	4,000
7	39	คู่	ป.4	ขับรถ	3,000
8	20	โสด	ม.6	ทหาร	1,500
9	39	คู่	ป.4	ทำสวน	4,000
10	23	โสด	ป.4	รับจ้าง	2,500

แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอึดทนในทักน ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

จุดประสงค์ :

1. ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะดำ เป็นชีวิตตามสภาพร่างกายที่ เปลี่ยนแปลงไป
3. ผู้ป่วยมีการปรับอึดทนในทักนไปในทางที่ดี
4. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เกิดขึ้น

ขั้นตอนในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมอึดทนในทักน แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. ระยะปฏิบัติการพยาบาล
3. ระยะสิ้นสุดการพยาบาล



ภาคผนวก ข.

(แผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมอัมม ในทัศน์และคู่มือประ เณอัมมในทัศน์)

แผนการพยาบาลระยะที่ 1

แผนการพยาบาลระยะที่ 1 : เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จุดประสงค์ :

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีเจตคติที่ดีต่อผู้วิจัย
2. ผู้ป่วยมีความไว้วางใจและเป็นกันเองกับผู้วิจัย
3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่าผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีเจตคติที่ดีต่อผู้วิจัย 2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความไว้วางใจและเป็นที่เองกับผู้วิจัย 3. ผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า ผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้	- ผู้วิจัยทักทายและสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยท่าทางที่สุภาพ แสดงใบหน้ายิ้มแย้ม ยินดีที่ได้รู้จักกับผู้ป่วยและครอบครัว สอบถามถึงความรู้สึกสบายใจของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยผู้วิจัยแสดงออกถึงความสนใจ ความเห็นใจและอยากให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างแท้จริง - ผู้วิจัยสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับประวัติส่วนตัวและครอบครัวของผู้ป่วย ให้ความสนใจเรื่องราวที่ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าให้ฟัง ยินดีตอบคำถามของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความเต็มใจ 1. ให้การพยาบาลทั่วไปตามปัญหา (ภาคผนวก ค.) และความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ 2. ให้การพยาบาลด้วยท่าทางที่เชื่อมั่น ไม่แสดงความ	- ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงความยินดี และสนทนากับผู้วิจัยด้วยความเต็มใจ - ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความสนใจในการตอบและถามคำถามแก่ผู้วิจัย - สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะที่ผู้วิจัยให้การพยาบาล

แผนการพยาบาลระยะที่ 2

แผนการพยาบาลระยะที่ 2 : เป็นการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพในทั้งด้านร่างกาย ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านความพึงพอใจ และด้านสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งต้องเนื่องจากกระบวนการสร้างสัมพันธ์สุขภาพ

จุดประสงค์ :

1. ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป
2. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวด้วยความมั่นใจ
3. ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น
4. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม
5. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในตนเอง
6. ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นผลจากบาปกรรมของตน

ปัญหาและข้อถกเถียง	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสีย เนื่องจากไม่ยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อมูล: - จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ฉันจะต้องเดินได้อีก, ฉันจะเดินได้ไหม ? ถ้าต้องอยู่ในสภาพแบบนี้ขอตายดีกว่า - มีพฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหม่อลอย ร้องไห้ แสดงอารมณ์โกรธหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา	ผู้ป่วยยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป	1. ยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อการสูญเสีย เช่น การร้องไห้ แสดงอารมณ์โกรธ เป็นต้น พร้อมทั้งให้เวลาผู้ป่วยในการยอมรับสภาพของตนเอง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ พร้อมทั้งเป้าหมายของการรักษาพยาบาลในระยะสั้นและระยะยาว 3. ไม่ปล่อยปละละเลยหรือให้กำลังใจผู้ป่วยในสิ่งที่เกินความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมีความหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ 4. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเอง หรือกระทำได้ดี สำเร็จจึงจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ และพยายามที่จะกระทำต่อไป	- ผู้ป่วยกล่าวว่ายอมรับสภาพของตนเอง - ไม่แสดงพฤติกรรมของความวิตกกังวล ซึมเศร้า เหม่อลอย ร้องไห้ - ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ปัญหาและข้อสงสัยที่สนับสนุน	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
2. ผู้ป่วยไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวด้วยความมั่นใจ เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นที่รังเกียจหรือเป็นการละเลยครอบครัว	ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวได้ด้วยความมั่นใจ	5. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและฝึกการช่วยเหลือตัวเอง โดยร่วมมือประสานงานกับนักกายภาพบำบัด และ/หรือ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผน เกี่ยวกับการพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกร่วมมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความเต็มใจ 7. ให้การพยาบาลทั่วไป เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ตามภาคผนวก ค.) 1. เสริมสร้างสัมพันธ์กับคนที่กระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว โดยสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยมาเยี่ยมบ่อย ๆ เท่าที่จะทำได้	- ผู้ป่วยกล่าวแสดงความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของบุคคลในครอบครัว และบุคคลในครอบครัวในทางที่ดี

ปัญหา และข้อเสนอแนะ	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ข้อขอ: - จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความรู้สึกว่าเป็นภาวะแก่ครอบบรรเทาหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง สัมพันธ์สุขภาพภายในครอบบรรเทาในทางที่ไม่ดี - แสดงพฤติกรรมในขณะที่สุดถึงครอบบรรเทา หรือขณะที่บุคคลในครอบบรรเทาเขียน เช่น ยึดถือการร่ายกายก้าวร้าว ซึมเศร้า แยกตัว เป็นต้น		2. อธิบายให้บุคคลในครอบบรรเทา เข้าใจถึงแผนการรักษายาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับพร้อมทั้งผลสำเร็จในการรักษายาบาล เน้นให้ครอบบรรเทา เห็นว่ากำลังจากบุคคลในครอบบรรเทามีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาและบรรลุผลสำเร็จโดยเร็ว 3. เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้บุคคลในครอบบรรเทาแสดงถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงความรู้สึก และปัญหาซึ่งเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลต่อไป 4. เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือพูดเกี่ยวกับครอบบรรเทา เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาลต่อไป 5. เสริมสร้างความผูกพันของครอบบรรเทาที่มีต่อผู้ป่วยโดยการสนับสนุนให้ครอบบรรเทามีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลและมีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น ร่วมรับประทานอาหารกับผู้ป่วย เป็นต้น	- ขณะบุคคลในครอบบรรเทาเขียน ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกหรือมีอาการสุขภาพหรืออย่างสับสน

ปัญหาและข้ออุปสรรค	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
3. ผู้ป่วยแยกตัวออกจากบุคคลอื่น เนื่องจากมีความรู้สึกว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ข้อมูล: - จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ไม่อยากพูดกับใครหรือไม่อยากให้ใครพบเห็นในสภาพเช่นนี้ - มีพฤติกรรมการ回避ความวิตกกังวลโกรธ เพื่อให้ร่วมกิจกรรมหรือไม่ยินยอมที่จะมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	6. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การช่วยเหลือในการแก้ปัญหาค่ารักษาพยาบาล 1. กระตุ้นและแนะนำให้ผู้ป่วยสนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองให้มากที่สุด เพื่อเป็นการเสริมสร้างความ เป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง 2. กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในทีมรักษาและผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น 2.1 จัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน 2.2 จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น การเล่นเกม หมากรุก การดูโทรทัศน์และรับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมที่จะออกไปอยู่สังคมภายนอกโรงพยาบาล 3. สังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วยในระหว่างมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกหลัง	- คำบอกเล่าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น ชอบหรือยินดีที่ได้มีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น - สังเกตพฤติกรรม เช่น - แสดงความยินดีเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม - แสดงท่าทางมั่นใจเมื่อต้องพบปะกับผู้อื่น

ปัญหาและข้ออุปสรรคที่พบ	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
4. ผู้ป่วยและแหล่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีความกดดันทางอารมณ์และจิตใจ ข้อมูล: - ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยปัญหาของตนเองแต่จะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการเก็บกด เช่น ก้าวร้าวหรือซึมเศร้า แอมบรื่องให้ เป็นต้น	ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่เหมาะสม	จากมีปฏิสัมพันธ์นั้น พร้อมทั้งได้กำลังใจและชมเชยในส่วนที่ผู้ป่วยมีการแสดงออกที่เหมาะสม และชี้แนะแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมที่มีปัญหา 4. สร้างแรงจูงใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตัวเอง โดยไม่รู้สึกว่าถูกบังคับ เช่น ชักชวนให้เล่นเกมสที่ผู้ป่วยชอบกับผู้ที่ผู้ป่วยคุ้นเคย 1. ให้ความสนใจกับผู้ป่วยและแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลเข้าใจถึงความรู้สึกหรือความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายถึงความรู้สึก เช่น การร้องไห้และย้ำให้เห็นว่าการแสดงออกเหล่านี้ไม่ถือว่าเป็นสิ่งผิด หรือนำมาละอายแต่อย่างไร ในทางตรงข้ามกลับเป็นผลดีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความทุกข์และความไม่สบายใจ 2. ไม่วิจารณ์เกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยโดยตรงแต่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่สังคมยอมรับ 3. ให้ความสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ นุ่มนวล และให้ความเคารพ ผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่ง เช่น การใช้สรรพนามนำหน้าชื่อที่เหมาะสม	- คำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึกสบายใจขึ้น - ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม เช่น กล้าแสดงถึงความรู้สึกของตนเองอย่างเปิดเผย

ปัญหาและข้อสงสัย	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
5. ผู้ป่วยขาดความพึงพอใจตนเอง เนื่องจากมีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ข้อมูล: - คำบอกเล่าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความนิยมในตนเองลดน้อยลง เช่น ไร้ชีวิตหวังว่าจะสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง ตนเป็นคนไร้ค่า ไร้มีประโยชน์ - แสดงพฤติกรรม เช่น หงุดหงิดเมื่อไม่สามารถดื่มน้ำได้ เป็นต้น	ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในตนเอง	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจและช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด พร้อมทั้งสนับสนุนในการฝึกกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้เร็วที่สุด อันจะทำให้เกิดกำลังใจและความพึงพอใจในตนเอง 2. เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายถึงความรู้สึกต่าง ๆ ช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในตนเองโดยการเน้นถึงสิ่งที่ผู้ป่วยภาคภูมิใจหรือประสบความสำเร็จเท่าที่ผ่านมานในอดีต 3. แนะนำให้บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แสดงความสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นว่ามีคนสนใจอยู่รอบตัวอยู่ เช่น เดิม ไม่กระทำสิ่งใดที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไร้ค่า หรือเป็นการแกล้งรอบคอบแล้ว เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยเกินควร หรือแสดงกิริยาที่ดูเหมือนว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไร้ความสามารถ เป็นต้น	- คำบอกเล่าของผู้ป่วยที่แสดงถึงความพึงพอใจในสภาพของตนเอง - มีพฤติกรรมที่แสดงว่ามีความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
6. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นผลจากบาปกรรมที่ตนได้ทำไว้ ข้อมูล: - คำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น บ่นว่า ตนเป็นคนผิด เป็นบาปกรรมของตน	ผู้ป่วยมีความรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นผลจากบาปกรรมของตน	4. ร่วมวางแผนการปฏิบัติตนและแผนการในอนาคตกับผู้ช่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมั่นใจว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ 5. เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามถึงข้อสงสัยต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจและชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ เท่าที่จะทำได้ เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการแก้ปัญหาด้วยตนเองให้กับผู้ป่วย 1. เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยบรรยายถึงความรู้สึกผิดโดยใช้คำถามที่เป็นประโยชน์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้คิด และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เช่น อธิบายให้ผู้ช่วยเข้าใจว่าการเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แล้วตั้งคำถามหาสาเหตุของการเกิดคือ อะไร การเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมก็เป็นหลัก ความเชื่อทางพุทธศาสนา แต่การควบคุมคิดในสิ่งเหล่านี้มากเกินไปจะก่อ	- ผู้ป่วยกล่าวว่ารู้สึกสบายใจขึ้น ไม่คิดมากอีกต่อไป - สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น ใบหน้ายิ้มแย้ม สดชื่น ไม่แสดงถึง

ปัญหาและข้อสงสัยสนับสนุน	จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
- สังเกตพฤติกรรมาแสดงออก เช่น แสดงความรักกังวล ชีบ เสঁร่า		ให้เกิดทุกข์ ซึ่งไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ กับผู้ป่วยเลย ทางที่ดีผู้ป่วยควรหาทางสร้างกุศลกรรม เพื่อสร้างบารมีให้กับตนเอง เช่น ตั้งมั่นที่จะทำความดี และละเว้นความชั่วทั้งปวง เป็นต้น 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรักในตนเอง ครอบักในคุณค่าแห่งตนทั้งในศีลธรรม มโนธรรม และจริยธรรม โดยชี้ให้เห็นว่าคุณค่าที่ดีเหล่านี้เป็นสิ่งที่คงอยู่ในตัวผู้ป่วยตลอดไป แม้ว่าสภาวะหรือสภาพร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรภาวนาจิตใจและรักษาคุณความดีนั้นไว้	ความรักกังวล หรือ ชีบ เสঁร่า เป็นต้น

แผนการพยาบาลระยะที่ 3 : เป็นระยะสิ้นสุดของการพยาบาล

จุดประสงค์:

1. ผู้ป่วยยอมรับการสิ้นสุดการพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจในการดูแลตนเอง

จุดประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยยอมรับการสิ้นสุดการพยาบาล 2. ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง	- ผู้วิจัยเตรียมผู้ป่วยโดยชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องสิ้นสุดการพยาบาล และย้าให้ผู้ป่วยเห็นว่าการถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่สามารถอยู่เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปได้ แต่ยังมีเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งทุกคนพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยความเต็มใจเช่นกัน ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาวะไรสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านี้ได้ - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามถึงข้อข้องใจต่าง ๆ พร้อมทั้งทบทวนข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ที่สำคัญ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	- ผู้ป่วยกล่าวว่ายอมรับต่อการสิ้นสุดการช่วยเหลือจากผู้วิจัย - ผู้ป่วยกล่าวว่ามีความมั่นใจที่จะดูแลตนเองได้

คู่มือประเมินอัตตมโนทัศน์

1. ด้านร่างกาย

- 1.1 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อสุขภาพทั่วไปของท่าน
- 1.2 ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ท่านได้รับอย่างไร
- 1.3 ท่านชอบหรือไม่ชอบอวัยวะใดในร่างกายท่านมากที่สุด ถ้าเป็นไปได้ท่านปรารถนาจะให้มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะใดเป็นอันดับแรก
- 1.4 ท่านยอมรับสภาพร่างกายของท่านที่เปลี่ยนแปลงไปในขณะนี้หรือไม่ เพราะเหตุใด
- 1.5 ท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองในสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงไร
 - เปลี่ยนท่านอนบนเตียง
 - ลุกนั่ง
 - ลุกจากเตียงลงนั่งรถเข็น
- 1.6 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อการรักษาด้วยกายภาพบำบัด
- 1.7 ท่านต้องการได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อช่วยให้ท่านสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้นหรือไม่ เพราะเหตุใด

2. ด้านครอบครัว

- 2.1 ครอบครัวของท่านมีสมาชิกกี่คน ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือไม่
- 2.2 (ถ้าผู้ป่วยสมรสแล้ว) ท่านสมรสนานเท่าใด มีบุตรและธิดากี่คน โดยปกติท่านและครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีหรือไม่ อย่างไร
- 2.3 การเจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างท่านและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ถ้ามีกรุณาให้รายละเอียด
- 2.4 บุคคลในครอบครัวที่มีความสำคัญกับชีวิตท่านมากที่สุดคือใคร ท่านปรารถนาจะให้บุคคลผู้นี้มาเยี่ยมท่านบ่อย ๆ หรือไม่ เพราะเหตุใด
- 2.5 การเจ็บป่วยในครั้งนี้ ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจในครอบครัว และ/หรือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือไม่ ถ้ามีท่านแก้ปัญหาอย่างไร

2.6 ท่านรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวหรือไม่ เพราะเหตุใด

2.7 ในระหว่างที่ท่านเจ็บป่วย ท่านได้รับความรัก กำลังใจ และการช่วยเหลือจากครอบครัวมากน้อยเพียงไร ท่านคิดว่าสิ่งนี้มีความสำคัญต่อท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด

3. ด้านสังคม

3.1 ตามปกติท่านและเพื่อน/หรือผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์กันดีหรือไม่ อย่างไร

3.2 การเจ็บป่วยครั้งนี้ ท่านคิดว่าเพื่อนและ/หรือผู้ร่วมงานมีความรู้สึกอย่างไร
ต่อตัวท่าน

3.3 ท่านต้องการให้เพื่อน และ/หรือ ผู้ร่วมงานมาเยี่ยมท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด

3.4 ท่านชอบออกงานสังคมหรือพบปะเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงไร การเจ็บป่วยครั้งนี้
ท่านคิดว่ามีผลกระทบต่อการออกสังคมของท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด

3.5 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

3.6 ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่นหรือไม่อย่างไร

3.7 ท่านได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากแพทย์และพยาบาลดีหรือไม่ ถ้าไม่
ท่านต้องการการดูแลอย่างไรจึงจะตรงกับความต้องการของท่านมากที่สุด

3.8 ท่านมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งหรือไม่ เพราะเหตุใด

3.9 บุคคลที่ท่านไว้วางใจมากที่สุด และมักขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาใคร

3.10 ท่านมีความรู้สึกอย่างไรที่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3.11 ท่านพอใจกับความรัก และการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างหรือไม่ กรุณาให้
รายละเอียด

4. ด้านความเป็นเอกลักษณ์

4.1 โดยปกติท่านมีบุคลิกภาพอย่างไร

4.2 ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยทำให้บุคลิกภาพของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

5. ด้านพฤติกรรม

5.1 ปกติท่านมีนิสัยอย่างไร

5.2 เมื่อท่านมีความทุกข์ หรือไม่สบายใจ ท่านมีวิธีการแก้ปัญหาอย่างไร

5.3 ท่านคิดว่าการแสดงออกทางอารมณ์ หรือแสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นเห็น เป็นสิ่งที่สมควรหรือไม่ เพราะเหตุใด

5.4 การเจ็บป่วยในครั้งนีทำให้สภาพอารมณ์และความรู้สึกของท่าน เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ เพราะเหตุใด

6. ด้านความพอใจในตนเอง

6.1 ในอดีตที่ผ่านมา ท่านคิดว่าท่านประสบความสำเร็จในชีวิตหรือไม่ เพราะเหตุใด

6.2 สิ่งที่ท่านภูมิใจมากที่สุดในชีวิตคืออะไร

6.3 ท่านมีแผนในการดำเนินชีวิตหรือไม่ กรุณาให้รายละเอียด

6.4 การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านในอนาคตหรือไม่ กรุณาให้รายละเอียด

6.5 ในระหว่างเจ็บป่วยมีสิ่งที่ทำให้ท่านวิตกกังวลอยู่เสมอหรือไม่ ถ้ามีกรุณาให้รายละเอียด

6.6 สิ่งที่ท่านวิตกกังวลมากที่สุดในขณะนี้คืออะไร

6.7 ในระหว่างเจ็บป่วย ท่านมี/เคยมีอาการเหล่านี้หรือไม่ เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ถ้ามีท่านคิดว่าเป็นผลจากภาวะจิตใจของท่านหรือไม่ ท่านมีวิธีการแก้ไขอาการเหล่านี้ได้อย่างไร

6.8 สิ่งที่ท่านต้องการทำมากที่สุดขณะนี้คืออะไร

6.9 การเจ็บป่วยทำให้ท่านรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ และคิดว่าเป็นคนไร้ค่า หรือไร้ประโยชน์หรือไม่ เพราะเหตุใด

6.10 ท่านเคยคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่ เพราะเหตุใด

6.11 ท่านคิดว่าท่านจะสามารถดำเนินชีวิตตามที่ท่านคาดหวังไว้หรือไม่ เพราะเหตุใด

7. ด้านศีลธรรม จรรยา

7.1 ท่านเป็นคนเคร่งศาสนาหรือไม่ อย่างไร

7.2 ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากผลกรรมที่ท่านทำในอดีตหรือไม่ เพราะเหตุใด

7.3 ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นความผิดของท่านหรือไม่ เพราะเหตุใด

ข. แนวทางในการสังเกตพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วย

1. ขณะที่ผู้ป่วยพูดถึงตัวเอง

- () ซึมเศร้า () ร้องไห้ () แสดงความวิตกกังวล
() หลีกเลี่ยงการตอบคำถาม () อื่น ๆ

2. ขณะที่ผู้ป่วยอยู่คนเดียว

- () ซึมเศร้า () กระสับกระส่าย () ร้องไห้
() เหม่อลอย () นอนเกือบตลอดเวลา () ไม่สนใจตัวเอง
() อื่น ๆ

3. ระยะเวลาที่สัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนและผู้ป่วยอื่น

- () ซึมเศร้า () ร้องไห้ () หงุดหงิด
() ก้าวร้าว () โกรธ () ไม่ยอมพูดกับผู้อื่น
() ปฏิเสธความช่วยเหลือ () ขอความช่วยเหลือตลอดเวลา
() แยกตัวไม่สังคมกับผู้ป่วยอื่น ๆ () อื่น ๆ

4. ระยะเวลาที่สัมพันธ์กับบุคลากรในทีมสุขภาพ

- () ซึมเศร้า () ร้องไห้ () หงุดหงิด
() ก้าวร้าว () โกรธ () ไม่ยอมพูดด้วย
() ปฏิเสธความช่วยเหลือ () ขอความช่วยเหลือตลอดเวลา
() ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ
() ถามคำถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเองบ่อยครั้ง () อื่น ๆ



แผนการพยาบาลทั่วไป

แผนการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะ เกิดขึ้น ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง

จุดประสงค์ :

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำ เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ
3. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
5. ผู้ป่วยไม่ เกิดกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง

ปัญหาและข้อมูลสนับสนุน	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
1. ผู้ป่วยอาจได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อการดำรงร่างกายเนื่องจากไม่มีความรู้สึกรับประทานอาหาร ข้อมูล: - คำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น เมื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยในแต่ละมื้อ เป็นต้น 2. ผู้ป่วยอาจเกิดผลกดทับเนื่องจากนอนในท่าเดียว	1. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารและดื่มน้ำให้เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย 2. แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาไว้ และควรเป็นอาหารที่มีคุณค่า เช่น อาหารพวกโปรตีนสูง 3. จัดอาหารให้สะอาดและนำมารับประทาน 4. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำท่าความสะอาดในช่องปากก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง 5. จัดให้ผู้ป่วยได้สังสรรค์และร่วมรับประทานอาหารกับผู้ป่วยอื่น 6. ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย แนะนำให้เพิ่มจำนวนมื้อของอาหารจาก 3 มื้อ เป็น 5-6 มื้อ รับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้อ เช่น อาหารว่าง หรือ เครื่องดื่มบำรุงร่างกาย เป็นต้น 7. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 3-4 ลิตร 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อเสียของการนอนนาน ๆ โดยไม่เปลี่ยนท่า เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ	- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น - ไม่มีอาการอ่อนเพลีย - น้ำหนักตัวไม่ลดลงกว่าเดิม - ผิวหนังบริเวณกระดูกต่าง ๆ ไม่มียรอยแดง ข้ำ ถลอก หรือ

ปัญหาและข้ออุปสรรคที่พบ	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ข้อมูล: - คำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง - สังเกตพฤติกรรม: เช่น ผู้ป่วยนอนในท่าเดียวกัน ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย 3. ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีสายสวนคาปัสสาวะ ข้อมูล: - คำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสวนคาปัสสาวะ	2. ดูแลเกี่ยวกับความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณผิวหนัง 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดโดยเฉพาะผ้าปูที่นอนต้องแห้งสะอาด ปราศจากรอยย่น 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง 5. สังเกตและบันทึกลักษณะของผิวหนัง เมื่อมีความผิดปกติ เช่น รอยแดง ข้ำ เป็นต้น 6. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด 1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องตามเทคนิคปราศจากเชื้อ และดูแลให้เป็นระบบปิด 2. ดูแลสายยางไม่ให้มีการบิด พัน หรืออง และแนะนำให้ผู้ป่วยบีบรูดสายยางบ่อย ๆ เพื่อช่วยไหลปัสสาวะไหลได้สะดวก 3. ดูแลและแนะนำให้ผู้ป่วยระวังปัสสาวะไหลย้อนกลับ เช่น การยกขาปัสสาวะสูงกว่าระดับลำตัว ซึ่งจะเพิ่มสาเหตุของการติดเชื้อได้ 4. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง	เกิดผลใด ๆ - ปัสสาวะสี เหลืองใส - อุณหภูมิร่างกายปกติ - ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

ปัญหาและข้ออุปสรรคที่พบ	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
4. ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เนื่องจากท้องผูก ข้อมูล: พบว่าไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันและมีอาการแน่นท้อง 5. ผู้ป่วยอาจเกิดกลืนไม่ลง และบ้วนทิ้ง	5. แนะนำและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3 ลิตร 6. สังเกตและบันทึกลักษณะสีของปัสสาวะ 7. ให้ความพยาบาลตามการรักษาระหว่างแพทย์ 1. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกาก จำพวกผัก และผลไม้ มาก ๆ 2. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 3-4 ลิตร 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4. ให้ความพยาบาลตามแผนการรักษา เช่น การสวนหรือเหน็บยา เป็นต้น ซึ่งจะพิจารณาให้สอดคล้องกับอุปนิสัยการถ่ายของผู้ป่วยด้วย 5. ติดตามการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วย พร้อมทั้งจดบันทึกทุกวัน 1. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และการช่วยเหลือตัวเอง	- ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ - ไม่มีอาการแน่นท้องอีก - ผู้ป่วยไม่เกิดกลืนไม่ลง และ สามารถเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ได้เต็มที่

ปัญหาและข้ออุปสรรคที่พบ	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
ข้ออุปสรรค :- - ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกายเป็นคน	2. กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด 3. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและฝึกการช่วยเหลือตัวเอง โดยร่วมมือประสานงานกับนักกายภาพบำบัดและ/หรือ นักกิจกรรมบำบัดเพื่อช่วยให้อุปกรณ์การฝึกฝนอย่างถูกต้อง 4. เปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัว มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยออกกำลังกาย	



ภาคผนวก ง.
(ตัวอย่างแบบวัดอัคมโนทัศน์)

คำชี้แจงในการตอบแบบประเมินทัศน

แบบประเมินนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคิดเห็นของท่าน เกี่ยวกับตัวของท่าน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด แต่คำตอบที่ดีที่สุดคือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับสภาพที่แท้จริงของท่าน

การตอบแบบประเมิน

ให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น และขอให้ท่านตอบทุกข้อ ในข้อหนึ่ง ๆ จะมีช่องให้เลือกตอบ 5 ช่อง ดังนี้

ไม่จริง	จริงเพียงเล็กน้อย	จริงพอสมควร	ส่วนใหญ่จริง	จริงที่สุด
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

การเลือกตอบ

- ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องหมายเลข 1 เมื่อข้อความนั้น ไม่เป็นจริงเลย
- ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องหมายเลข 2 เมื่อข้อความนั้น เป็นความจริงสำหรับท่าน เพียงเล็กน้อย
- ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องหมายเลข 3 เมื่อข้อความนั้น เป็นจริงสำหรับท่านประมาณครึ่งหนึ่ง
- ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องหมายเลข 4 เมื่อข้อความนั้นส่วนใหญ่เป็นจริงสำหรับท่าน
- ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ช่องหมายเลข 5 เมื่อข้อความนั้น เป็นจริงมากที่สุด

ตัวอย่างการตอบ

เมื่อท่านอ่านข้อความ "ฉันเป็นคนที่มีเสน่ห์" แล้วพิจารณาว่า ข้อความดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงใด สมมติว่าข้อความดังกล่าวตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหมายเลข 5 ดังนี้

ไม่จริง	จริงเพียงเล็กน้อย	จริงพอประมาณ	ส่วนใหญ่จริง	จริงที่สุด
(1))	(2)	(3)	(4)	(5)
				✓

1. ฉันเป็นคนที่มีเสน่ห์

ตัวอย่างแบบประเมินทัศนคติ

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ต้องการตอบเพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น และขอให้ตอบทุกข้อ

ไม่จริง	จริงเพียงเล็กน้อย	จริงพอประมาณ	ส่วนใหญ่จริง	จริงที่สุด
(1)	(2)	(3))	(4)	(5)

1. ฉันมีร่างกายแข็งแรง

3. ฉันเป็นคนมีเสน่ห์

5. ฉันคิดว่าฉันเป็นคนเหลวไหล

19 ฉันเป็นคนที่คิดคนเดียว

21 ฉันเป็นคนซื่อ



ตัวอย่างการคำนวณการวิเคราะห์ข้อมูล

1. คะแนนอัคมในทัศนแต่ละด้านทั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 10 รายดังแสดงในตาราง

ผู้ป่วย	ครั้งที่	Total P	Row.1	Row.2	Row.3	Col.A	Col.B	Col.C	Col.D	Col.E	S-C
1	1	248	94	71	83	43	52	47	59	47	32
	2	304	110	93	101	53	61	63	66	61	28
2	1	330	111	102	117	61	77	65	74	53	25
	2	367	121	118	128	70	80	74	79	64	24
3	1	322	115	102	105	60	68	55	68	71	30
	2	344	123	109	112	64	69	67	70	74	34
4	1	326	108	122	96	60	71	60	71	64	24
	2	354	121	126	107	70	72	69	73	70	28
5	1	288	99	100	89	47	71	54	56	60	18
	2	327	114	112	101	59	75	64	63	66	29
6	1	293	108	90	95	55	67	51	69	51	23
	2	325	118	105	102	63	67	60	76	59	28
7	1	262	97	67	98	46	71	54	48	43	27
	2	308	110	88	110	60	74	63	60	51	32
8	1	304	114	94	96	61	57	51	66	69	22
	2	343	123	110	110	67	60	68	77	71	32
9	1	306	97	94	115	57	67	61	63	58	20
	2	330	107	105	118	65	70	65	67	63	24
10	1	286	91	93	102	52	70	54	65	45	24
	2	318	107	105	106	64	70	61	72	51	30

ครั้งที่ 1 = คะแนนอัคมในทัศนก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ครั้งที่ 2 = คะแนนอัคมในทัศนหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

2. การหาความแตกต่างค่าเฉลี่ยและความ เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัคมในทัศน ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

ตัวอย่าง: การคำนวณหาความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอัคมในทัศน โดยส่วนรวมภายหลังได้รับการ พยาบาลอย่างมีแบบแผน

จากสูตร $\bar{d} = \frac{\sum d}{N}$

$\bar{d}$ = ค่าเฉลี่ยความแตกต่างอัคมในทัศนภายหลังได้รับการ พยาบาลอย่างมีแบบแผน

$\sum d$ = ผลรวมของความแตกต่างคะแนนอัคมในทัศน

N = จำนวนผู้ป่วย

$$\begin{aligned}\bar{d} &= \frac{(248-304) + (330-367) + \dots + (286-318)}{10} \\ &= 35.5\end{aligned}$$

ตัวอย่าง: การคำนวณหาความแตกต่างค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัคมในทัศนโดยส่วนรวม ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

จากสูตร $S_d = \sqrt{\frac{1}{n-1} \left\{ \sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{n} \right\}}$

เมื่อ S_d = ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัคมในทัศนที่ เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

$\sum d^2$ = ผลรวมกำลังสองของค่าความแตกต่างคะแนนอัคมในทัศน ที่เปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน

$(\sum d)^2$ = ผลรวมของความแตกต่างคะแนนอัคมในทัศนที่ เปลี่ยนแปลง ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนยกกำลังสอง

n = จำนวนผู้ป่วย

$$\begin{aligned}\text{แทนค่า } S_d &= \sqrt{\frac{1}{10-1} \left\{ (248-304)^2 + (330-367)^2 + \dots + (286-318)^2 - \frac{(355)^2}{10} \right\}} \\ &= 10.287\end{aligned}$$



3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอัคมในทัศนก่อนและหลังได้รับการพยาบาล

อย่างมีแบบแผน

ตัวอย่าง: การคำนวณค่า t ของคะแนนอัคมในทัศนโดยส่วนรวม และการทดสอบสมมติฐาน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อ $H_0 = \mu_1 - \mu_2$

$H_A = \mu_1 \neq \mu_2$

2. กำหนด $\alpha = .01$

3. หาค่าวิกฤตโดยเปิดตารางได้ $t = -2.821$

4. คำนวณค่าสถิติ

จากสูตร $t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_d}, df = n-1$

เมื่อ

$\bar{X}_1$ = ค่าเฉลี่ยคะแนนอัคมในทัศนก่อนได้รับการพยาบาลอย่าง
มีแบบแผน

$\bar{X}_2$ = ค่าเฉลี่ยคะแนนอัคมในทัศนภายหลังได้รับการพยาบาลอย่าง
มีแบบแผน

S_d = ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของผลต่างคะแนน
อัคมในทัศน

แทนค่า $t = \frac{296.5-332}{3.25}, df = 9$
 $= -10.91$

ค่าสถิติที่คำนวณได้ตกอยู่ในขอบเขตวิกฤตดังนั้นจึงปฏิเสธ H_0 และยอมรับ H_A นั่นคือ ภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนผู้ป่วยมีอัคมในทัศนโดยส่วนรวมดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน