



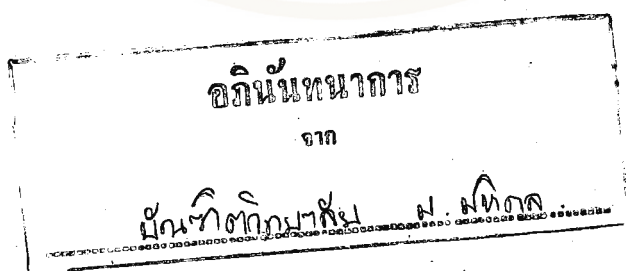
20 S.A. 2532

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจ
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY COPING BEHAVIOR AND
CONFIDENCE IN DEPENDENT CARE OF STROKE PATIENTS



นิตยา สุทธยากร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2531

ISBN 974-586-524-9

สงวนลิขสิทธิ์

17678

Copyright by Mahidol University

หน้าเสน่วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกาาเผชิญปัญหา กับ
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ

.....
.....

นิตยา สุธยากร

.....
.....

ประคอง อินทสมบัติ, คบ., คม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., MN.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มนตรี จุลสมัย, พบ., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

อรรณสิทธิ์ เวชชาชีวะ, MSc., BS., FRCP., อว.

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี

หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการ เจริญปัญหา
กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วันที่ 30 ธันวาคม 2531

.....
นิตยา สุทธยากร

.....
ประคอง อินทรสมบัติ, คบ., คม.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
เพ็ญศรี ระเบียบ, คบ., M.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., MN.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ., M.S.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
กร.มันตรี จุลสมัย, พบ., Ph.D.
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว นิตยา สุธงษากร

วัน เดือน ปีเกิด 7 กันยายน 2497

สถานที่เกิด จังหวัดเชียงใหม่

ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล)

สถานที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปี พศ. ที่สำเร็จ 2523

ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน

พศ. 2520-2521 โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่

พศ. 2523-2524 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พศ. 2525-ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบ
ขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์มาลี
เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้ชี้แนวทาง ให้คำแนะนำ และแก้ไข
ปัญหาข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจแก้ไข ตลอดจนให้
ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ในการปรับปรุง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย นอกจากนี้ขอ
ขอบพระคุณหัวหน้าตึกและเจ้าหน้าที่ทุกท่านแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลราชวิถี โรง
พยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามธิบดี รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม
ตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุกท่านที่ช่วยกรุณาแนะนำการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ และอำนวยความสะดวกให้เป็น
อย่างดียิ่ง

ท้ายสุดนี้ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจ
แก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ชื่อวิทยานิพนธ์ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความ
 มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ

ผู้วิจัย นิตยา สุทธยากร

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผศ. ประคอง อินทรสมบัติ

ผศ. มาลี เลิศมาลีวงศ์

วันที่สำเร็จการศึกษา 30 ธันวาคม 2531

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มุ่งศึกษาถึงการเผชิญปัญหาของญาติ ความมั่นใจในการดูแล
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับ
 ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรง
 พยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลรามาธิบดีตั้งแต่เดือนพฤษภาคม
 ถึง สิงหาคม 2531 โดยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 ราย
 เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามวัดพฤติกรรมเผชิญปัญหา โดยใช้เครื่องมือของจาโลวีส
 (Jalowiec) และแบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น นำแบบ
 สอบถามไปหาความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง
 เท่ากับ 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x

พบว่า

1. ญาติใช้การเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการลดอารมณ์ ถึง
เครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเผชิญปัญหา กับ ความมั่นใจในการดูแล
ผู้ป่วยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง
การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาโดยรวม กับ ความมั่นใจในการดูแล
ผู้ป่วยมีค่าเท่ากับ 0.40 และ 0.32 ($p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนการเผชิญ
ปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.12, p > .05$)

3. ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์
การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล
ไม่มีผลทำให้ญาติมีการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

4. ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์
การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาล
ไม่มีผล ทำให้ญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p>0.05$)

Thesis Title Relationship Between Family Coping Behavior and
Confidence in Dependent Care in Stroke Patients

Name Miss Nitaya Suthayakorn

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Assistant Professor Prakong Intharasombat

Assistant Professor Malee Lerdmaleewong

Date of Graduation 30 December 1988

Abstract

This was a descriptive study designed to elicit information concerning family coping behavior, confidence in dependent care and the relationship between coping behavior and confidence in dependent care. One hundred subjects were selected from the strokes' families which admitted at Rajvitee hospital, Pyathai Neurological hospital and Ramathibodi hospital during May till August 1988. Data were collected through questionnaires which were Jalowiec Coping Scale and the confidence in dependent care that developed and base on literature review. The reliability by Alpha coefficient of Cronbach were 0.88 and 0.97.

3

The data were analysed by computer in SPSS^x package program and the result were:-

1. The problem-focused coping were used more than the affected-focused coping with statistically significance ($p < 0.001$)

2. The correlation between coping strategies and confidence in dependent care was low. Problem-focused coping and overall coping behavior had positive correlation significance with confidence in dependent care ($r = 0.40$, $r = 0.32$; $p < 0.001$) respectively, but the affected-focused coping and confidence in dependent care found no significant correlation ($r = 0.12$, $p > 0.05$)

3. Strokes family factor ie. age, sex, marital status, education, job, experience in caring strokes, disabled of the strokes and duration on admission, had no effect on coping behavior different.

4. Strokes family factor ie. age, sex, marital status, education, job, experience in caring strokes, disabled of the strokes and duration on admission, had no effect on confidence in dependent care of stroke pa, had no effect on confidence in dependent care of stroke patients.

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 บทนำ

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
- วัตถุประสงค์ของการศึกษา 6
- สมมติฐาน 7
- ขอบเขตของการศึกษา 7
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 8
- ข้อตกลงเบื้องต้น 8
- ขอบจำกัดของการศึกษา 8
- นิยามตัวแปร 9

2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- การเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน 13
- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน 22
- การเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 29

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินงานวิจัย	
- ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	31
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
- การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
- การวิเคราะห์ข้อมูล	36
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
- ผลการวิจัย	37
- การอภิปรายผล	55
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
- สรุปการวิจัย	71
- ข้อเสนอแนะ	
- การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	74
- การทำวิจัยต่อไป	74
บรรณานุกรม	75
ภาคผนวก	
ก สถิติ	89
ข ตัวอย่างเครื่องมือ	90
ค คะแนน	95
ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	101

สารบัญตาราง

ตารางที่

1	จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามอายุ เพศ และสถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	38
2	จำนวนผู้ป่วยจำแนกความพิการ	40
3	จำนวนญาติจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ..	41
4	คะแนนและอันดับที่ของการเผชิญปัญหาจำแนกตามการเผชิญปัญหาที่ มุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์ตึงเครียด	44
5	คะแนนและอันดับที่ของการเผชิญปัญหาจำแนกตามคะแนนสูงสุดและต่ำสุด.	45
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาที่มุ่ง แก้ปัญหาและการลดอารมณ์ตึงเครียดด้วยสถิติทีแบบคู่	46
7	คะแนนและอันดับที่ของความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยรายข้อ	47
8	คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและอันดับที่ของความมั่นใจใน การดูแลผู้ป่วยรายหมวด	48
9	ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย....	49
10	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและความพิการของผู้ป่วยกับการเผชิญปัญหา .	50
11	ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและความพิการของผู้ป่วยกับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	53
12	คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหารายข้อ.....	95
13	คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยรายข้อ.....	97
14	คะแนนการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติแต่ละคน..	98
15	คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดของ การเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย.....	100

สารบัญแนกภูมิ

แผนภาพที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา กับ
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน 12



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้ามากสามารถรักษาโรคต่างๆและทำให้คนมีชีวิตรยืนยาวขึ้น แต่ในบางครั้งก็ไม่อาจช่วยแก้ไขความพิการที่เป็นผลจากโรคได้ เช่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันเมื่อได้รับการช่วยเหลือจนพ้นระยะวิกฤตแล้วผู้ป่วยอาจเหลือความพิการอยู่ ความพิการจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับตำแหน่ง ขนาด และระยะเวลาที่สมองเสียหายหรือถูกทำลาย ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับสาม รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง (Myco 1986:24-26;Dombovy 1986:363-367;Rakel 1984:161) ส่วนในประเทศไทยโรคนี้มีอัตราการเกิดโรคและอัตราตาย เป็น 187 และ 11 ต่อประชากร 100,000 ราย และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสามเช่นกันรองจากอุบัติเหตุและโรคมะเร็ง จากสถิติตั้งแต่ พ.ศ.2500-2527 โรคนี้มีแนวโน้มสูงขึ้น และพบว่าผู้ป่วยมีความพิการจนเป็นอัมพาต ถึง 80 ต่อประชากร 100,000 ราย (รายงานในการสัมมนาระบาดวิทยาแห่งชาติ ครั้งที่ 5 ณ โรงพยาบาลภูมิพล วันที่ 17-19 สิงหาคม 2530) เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครโรคนี้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2529:12) ในปี พ.ศ.2530 มีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระสาทและโรงพยาบาลราชวิถี เป็นจำนวน 110 ราย 691 ราย และ 108 ราย ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 909 ราย ในจำนวนนี้มีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และ ไม่ได้รับการผ่าตัด (รวบรวมจากแผนกเวชสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี แผนกเวชระเบียนโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระสาท)

โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน (cerebrovascular accident or CVA) หรือสโตรก (stroke) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ลักษณะของโรคที่แสดงออกโดยมีความผิดปกติเฉพาะที่และเกิดเนื่องจากเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกรบกวนอาการมักเกิดขึ้นนานเป็นชั่วโมงหรือนานกว่านั้น (Myco 1984:429-439) เป็นสิ่งที่ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในสมองอย่างปัจจุบันทันด่วน (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ) โรคนี้พบบ่อยที่สุด ในจำนวนโรคทางระบบประสาทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล (สมจิต หनुเจริญกุล 2526:53) พบมากในผู้สูงอายุและวัยกลางคน ซึ่งจะออกมาในรูปของหลอดเลือดแดงอุดตัน (ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย 2521:228) อัตราการเกิดโรคจะมากขึ้นอย่างชัดเจนตามอายุ (Anderson et al 1979:103-107) อายุ 35-44 ปี และอายุ 75-85 ปี จะมีอัตราการเกิดโรค 0.25 และ 20.00 ต่อประชากร 1,000 ราย ต่อปี ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ติดตั้งเครื่องตีมีแอลกอฮอล์จะพบอัตราการเกิดโรคเป็นสองเท่าของผู้ที่ไม่ติดตั้ง อัตราส่วนนี้จะเพิ่มเป็นห้าเท่าถ้าผู้ป่วยอายุมากขึ้น (Donahue et al 1986:2311) ในเพศหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนพบน้อยกว่าชายวัยเดียวกัน (Myer & Shaw 1982:3,12) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ ไขมันในเลือด โรคเลือด โรคระบบเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ไขมันเกิน เนื้องอก ใต้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด สารหนูและควินินเกินขนาด และผู้ที่มีการติดเชื้อ เช่น ใช้เหลียง ไทพอยด์ ใช้สมองอักเสบ เป็นต้น การรักษาในระยะเฉียบพลันมักจะรักษาตามอาการเพื่อช่วยชีวิต เช่น การควบคุมความดันเลือด การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก หลังจากนั้นจะเป็นการรักษาพยาบาลแบบประคับประคองและการฟื้นฟูสภาพ

โรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันเป็นโรคที่จู่โจมรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้นผลของความเจ็บป่วยไม่แน่นอน อาจทำให้ผู้ป่วยพิการ ไร้สมรรถภาพ มีความเสื่อมถอยทางปัญญา และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ข้อติดแข็ง เกิดแผลกดทับ เป็นต้น เมื่อมีความพิการทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาอาศัยญาติ และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ยอมรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ญาติต้องเผชิญกับภาวะเครียดต่างๆ ทั้งจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย สภาพทางสังคม การงาน เศรษฐกิจ และยังอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวอย่างถาวร (Harris 1986:287) จึงทำให้ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับสิ่งเหล่านี้ ในขณะที่เดียวกันจะต้องรับผิดชอบในฐานะหน่วยหนึ่งของครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

การที่มีญาติที่เจ็บป่วยในครอบครัว ถือว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดความเปลี่ยนแปลงซึ่งกระทบต่อญาติ ความเจ็บป่วยและความพิการจากความเจ็บป่วยนี้ถือว่าอยู่นอกเหนือความสามารถในการควบคุมของญาติ ทำให้ญาติเกิดประสบการณ์ในทางลบ (negative experience) หรือในทางบวก (positive experience) และจะประเมินเหตุการณ์ (appraisal) ว่าเป็นอันตราย (harmful) หรือคุกคาม (threaten) แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็ตามถือว่า เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งสิ้น (Folkman & Lazarus 1984:13) ครอบครัวจึงประเมินเหตุการณ์ (primary appraisal) ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดหรือไม่ ถ้าญาติประเมินว่าเป็นภาวะเครียดก็จะประเมินครั้งที่สอง (secondary appraisal) โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์และวิธีการเผชิญปัญหาเคยกระทำไปแล้วเพื่อเลือกวิธีที่จะนำมาใช้ในการเผชิญปัญหาค้างนี้ ซึ่งต่างไปจากการทำกิจวัตรประจำวัน (routine) และแสดงออกเป็นพฤติกรรมเผชิญปัญหา (coping behavior or coping strategies) ซึ่งลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984:150-157) ได้แบ่งพฤติกรรมเผชิญปัญหาเป็น 2 วิธี คือ การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion-focused coping) ในชีวิตประจำวันจะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้ง 2 วิธี แต่ในภาวะเครียดที่รุนแรงบุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียดก่อน ต่อมาจะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา เมื่อภาวะเครียดนั้นคงอยู่นานก็จะกลับมาใช้พฤติกรรม

การเผชิญปัญหาที่ลดความเครียดลง เมื่อผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาแล้วจะมีการปรับตัวและผลของการปรับตัวจะแสดงออกเป็นพฤติกรรม 3 ประการ คือการทำหน้าที่ในสังคม (social function) การมีขวัญหรือกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (health status) แต่สิ่งหนึ่งที่สามารถนำมาพิจารณาว่าญาติสามารถเผชิญปัญหาได้ดีเพียงใดนั้น ได้แก่ การทำหน้าที่ในสังคม และหน้าที่หนึ่งของครอบครัว ก็คือ การดูแลผู้ป่วย ซึ่งสโตรคเกอร์ (Stroker 1983:360-365) ได้อ้างถึง ลิฟเซย์ (Livsey) และทราวิส (Travis) ที่กล่าวถึงระดับความสามารถของครอบครัวในการเผชิญปัญหาว่ามีผลต่อความเจ็บป่วย (illness) การหาย (recovery) และการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) ซึ่งสอดคล้องกับวอลท์ควิส (Wahlquist 1987:62) ที่กล่าวว่า ครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาของโคติลา (Kotila 1984:1039-1044) พบว่าการที่ญาติมีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคเร็วกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียว

บุคคลที่เจ็บป่วย พิกการ ผู้สูงอายุ หรือเด็กจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นหน้าที่ของครอบครัวและสังคมที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแล การดูแลผู้ป่วยโดยญาติ (dependent care) นั้น โอเรม (Orem 1985:89) ถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง (selfcare) ของคนปกติซึ่งหมายถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ได้จากสังคมนับตั้งแต่ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนต่างๆ ที่นำมาใช้ในการดูแลตนเองให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข (well being) สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (selfcare limitation) ที่เป็นผลจากโรคให้สามารถดูแลตนเองได้ตามสมควร กระบวนการดูแลตนเองนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกเป็นการวินิจฉัยโรคโดยตรง และตัดสินใจเหตุการณ์ ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผน ลงมือกระทำและประเมินผล ทั้ง 2 ขั้นตอน ต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเอง (selfcare requisites) เป็นหลักซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal selfcare requisites) ได้แก่

การดูแลเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการดำรงไว้เพื่อความปกติสุข ประการที่ 2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental selfcare requisites) ได้แก่ การดูแลตนเองตามวุฒิภาวะ ตามวัย และเมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนไปในแต่ละช่วงของชีวิต ประการสุดท้าย คือ การดูแลเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป (health deviation selfcare requisites) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วยหรือมีความเครียดต่างๆ เป็นการช่วยไม่ให้ความเจ็บป่วยหรือความเครียดนั้นรุนแรงมากขึ้น ในการดูแลตนเอง นอกจากต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการแล้วยังพิจารณาถึงปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ พัฒนาการและภาวะสุขภาพเป็นต้น ในการดูแลตนเองตามปกติ นั้นบุคคลมักจัดโปรแกรมไว้ หรือนำประสบการณ์เดิมมาใช้กับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทั้งของตนเองหรือของสมาชิกในครอบครัว ความต้องการในการดูแลตนเองก็จะเปลี่ยนไปจึงต้องมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพื่อเข้าสู่กระบวนการของการดูแลตนเอง (selfcare) หรือการดูแลสมาชิกในครอบครัว (dependent care) ดังนั้นไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติ หรือเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปบุคคลก็ยังคงมีการดูแลตนเองอยู่ตลอดเวลา

โดยที่การเผชิญปัญหา และการดูแลตนเองต่างก็เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนในการวินิจฉัยไตร่ตรองและตัดสินใจ ขั้นตอนในการวางแผนลงมือกระทำ และประเมินผล ซึ่งการดูแลสมาชิกในครอบครัวก็เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองด้วย ดังนั้นหากญาติได้มีการใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญปัญหา ก็น่าจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพราะได้ผ่านกระบวนการในการหาเหตุผล และตัดสินใจที่จะจัดการกับสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหา (event) และเกิดการกระทำคือการดูแลญาติที่เจ็บป่วย ดังที่ดอดด์ (Dodd 1987:538) กล่าวว่า ในขณะที่เผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังคุกคามหากบุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีก็จะมีวิธีที่สามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ และวิธีการ

ที่ว่าเป็น พฤติกรรมการดูแลตนเอง (selfcare behavior) ในการศึกษารึ้นนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่า ในขณะที่เผชิญกับภาวะเครียดจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ญาติใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบใด ญาติมีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านเพียงใด และวิธีที่ใช้ในการเผชิญปัญหานั้นจะสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร ในการวัดความมั่นใจนี้ทำให้ทราบถึงสิ่งที่ญาติขาดหรือไม่มีความมั่นใจในกิจการที่ควรจะทำเพื่อให้แก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน
2. เพื่อศึกษาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเผชิญปัญหาของญาติในกลุ่มที่แตกต่างกันด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่รับรักษา และความพิการของผู้ป่วย
5. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ในกลุ่มที่แตกต่างกัน ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่รับรักษา และความพิการของผู้ป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่า การลดอารมณ์ถึงเครียด
2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์ถึงเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน
3. ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่แตกต่างกัน ในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่รับรักษา และความพิการของผู้ป่วย จะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน
4. ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่แตกต่างกัน ในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่รับรักษาจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันแตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการสำรวจพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ ประชากรที่ศึกษาเป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลวชิราวุธ โรงพยาบาลพระสวาทและโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเมื่อแพทย์มีคำสั่งจำหน่ายได้ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2531

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางใน การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน
2. ส่งเสริมวิธีการเผชิญปัญหาของญาติอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

ข้อตกลงเบื้องต้น

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม หรือ จากการสัมภาษณ์ถือว่าตรงตามความเป็นจริง

ข้อจำกัดของการวิจัย

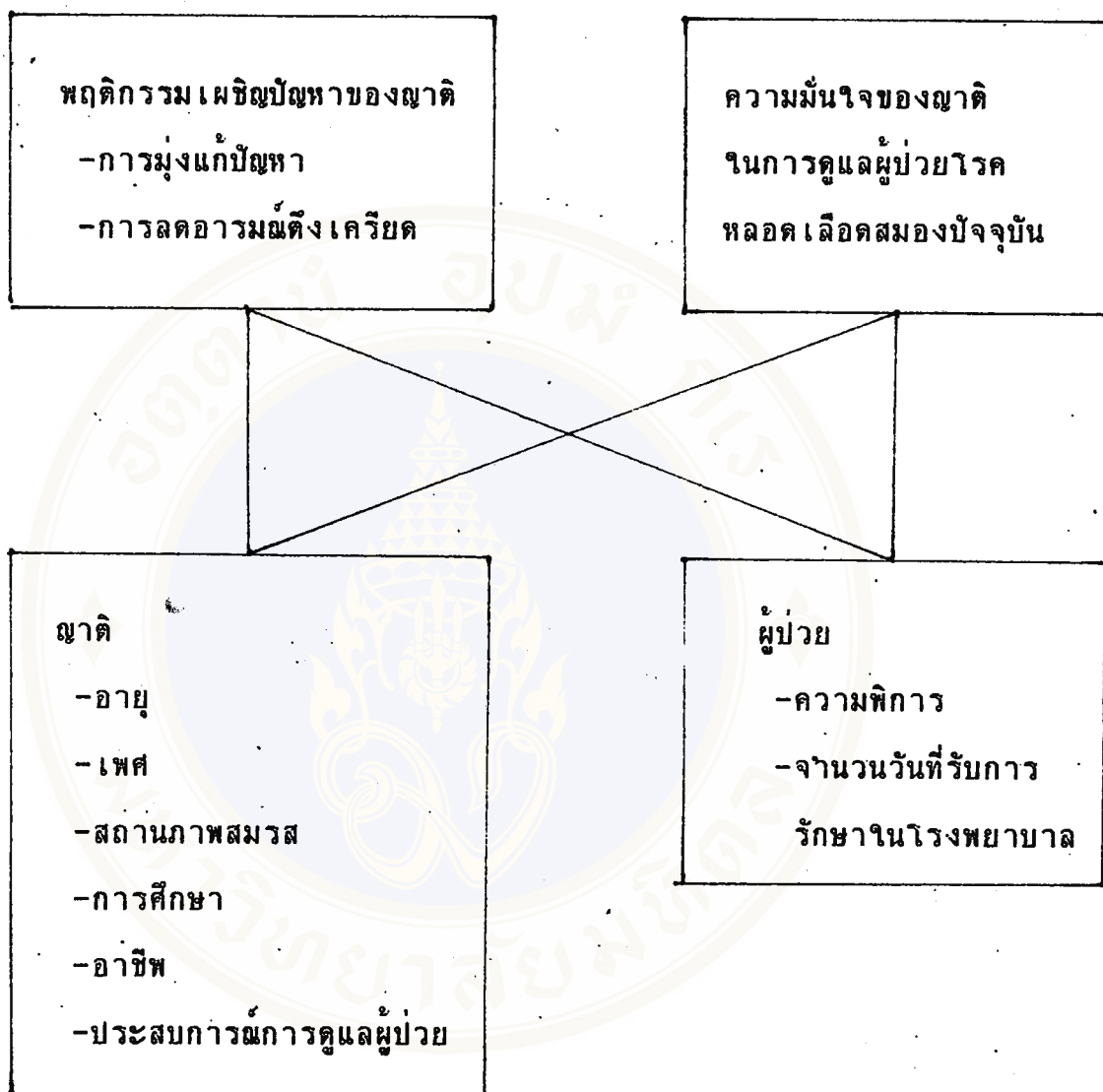
คำแนะนำที่ผู้ป่วยและญาติได้รับ อาจแตกต่างกันเพราะเทคนิคของเจ้าหน้าที่แต่ละคน

นิยามตัวแปร

ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หมายถึง บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ และเพื่อน สมองปัจจุบัน	ที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยหรือวางแผนในการ ดูแลผู้ป่วยที่อาศัยในบ้านเดียวกันถ้ามีหลายคน จะถือเอาญาติที่มีความสำคัญที่สุดโดยกลุ่มญาติ จะเป็นผู้ตัดสินใจแต่ไม่นับรวมหญิงรับใช้หรือ ลูกจ้างแม้ว่าจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยมาก
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ ญาติ หมายถึง พฤติกรรมที่ญาติใช้ หรือ แสดงออกเมื่อเผชิญ ญาติ ปัญหา เมื่อญาติเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือด สมองปัจจุบันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่ง วัดได้จากแบบสอบถามของ จาโลวีส (Jalowiec & Murphy 1984) ซึ่งแบ่งพฤติ กรรมการเผชิญปัญหาเป็น 2 ชนิด คือ การ มุ่งแก้ปัญหา(problem-focused coping) และการลดอารมณ์ถึงเครียด (emotion focused coping)	
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ มุ่งแก้ปัญหา หมายถึง วิธีการเผชิญปัญหาเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยการพยายาม ควบคุมสถานการณ์การคิดวิธีการต่างๆ เพื่อ ควบคุมสถานการณ์	
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ ลดอารมณ์ถึงเครียด หมายถึง วิธีเผชิญปัญหาที่แก้ไข หรือ ควบคุมความรู้สึก เป็นทุกข์หรือความรู้สึกไม่สบายต่างๆ	

ความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วย	หมายถึง ความเชื่อใจ หรือความมั่นใจของญาติต่อการรับรู้ว่าจะตนเองจะสามารถดูแลผู้ป่วย ได้เพียงใดในแต่ละกิจกรรมซึ่งวัดได้ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้เกณฑ์ความต้องการการการดูแลตนเอง ของโอเรม (Orem DE 1985:84-100)
อายุของญาติ	หมายถึง อายุของญาติซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มอายุ 19ปีและต่ำกว่า กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 20-39 ปี กลุ่มที่ 3 อายุระหว่าง 40-59 ปี และ กลุ่มที่ 4อายุ 60 ปีและสูงกว่า
สถานภาพสมรสของญาติ	หมายถึง สถานภาพสมรสของญาติซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ โสด คู่ และ หม้าย หรือหย่า หรือแยก
การศึกษาของญาติ	หมายถึง การศึกษาขั้นสุดท้ายที่ญาติได้รับ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา (ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)
อาชีพของญาติ	หมายถึง งานที่ญาติทำเป็นประจำ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ งานในบ้าน-การประกอบอาชีพที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน ได้แก่ แม่บ้าน ค้าขาย ทำเกษตรกรรมในบริเวณบ้าน งานนอกบ้าน-การประกอบอาชีพที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ นักเรียน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย หมายถึง	ญาติเคยดูแลผู้ป่วยอื่นนอกจากผู้ป่วย ซึ่งป่วยด้วยโรคเดียวกับผู้ป่วยหรือโรคที่ทำให้มีความพิการ เช่นเดียวกับผู้ป่วย
ความพิการของผู้ป่วย หมายถึง	ผู้ป่วย ยังมีความพิการ ที่ต้องการการดูแลในวันที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่าย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ไม่รู้สึกตัว อัมพาตซีกขว่วมกับรับประทานอาหารเองไม่ได้ อัมพาตซีกซ้ายหรือขวา และอื่นๆ
จำนวนวันที่รับรักษา หมายถึง	จำนวนวันทั้งหมดที่ผู้ป่วย ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบัน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยเริ่มรับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษ จนถึงวันที่จำหน่ายกลับ



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล กับความมั่นใจของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในการศึกษาความมั่นใจได้ใช้แนวความคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโคโรอี อี โอเรมมาสร้างเป็นความต้องการการดูแลตนเอง ดังนั้นบทนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน พฤติกรรม การเผชิญปัญหาและการดูแลตนเอง

การเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ญาติจะมุ่งความสนใจไปที่การช่วยให้มีชีวิตรอดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเกือบทั้งหมดจากพยาบาลโดยระบบพยาบาลเป็นการทดแทนทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่และเริ่มเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ญาติจะมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของครอบครัว (Dzau & Bochme 1978:236-239) ในระยะนี้ญาติจะรับรู้ความพิการที่หลงเหลืออยู่อันเป็นผลจากโรค การช่วยเหลือตนเองไม่ได้เต็มที่ เช่น การเป็นอัมพาตซีกซ้ายพบได้ร้อยละ 40 อัมพาตซีกขวาพบได้ร้อยละ 54 (Anderson et al 1979:103-107) ผู้ป่วยอาจพูดไม่ได้ กลืนอาหารไม่ได้ หรือ กลืนปัสสาวะ อูจจาระไม่ได้ นอกจากปัญหาทางร่างกายแล้วผู้ป่วยอาจมีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เครียด มีความวิตกกังวล คับข้องใจ ซึมเศร้าปัญหาเหล่านี้พบได้ถึงร้อยละ 26-60 ปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากเกินไป การรับรู้ต่อสิ่งคมลดลง ผู้ป่วยอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือหวาดระแวง (Binder 1984:174-177) นอกจาก

ปัญหาทางร่างกายและจิตใจแล้ว ผู้ป่วยอาจตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในลักษณะอื่นๆ เช่น รู้สึกอายนต่อสภาพของตนเอง รู้สึกหมดหวังในชีวิต (จันทร์เพ็ญ กาวีเวช 2527: 127) เนื่องจากผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย คือ ญาติ (family or key person) จึงถูกกระทบโดยตรงจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในระยะเจ็บป่วยหนักญาติจะรู้สึกช็อค ต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย แต่ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร (Myco 1983:36) เมื่อผู้ป่วยผ่านระยะวิกฤติแล้วบทบาทของญาติในการดูแลผู้ป่วยมีมากขึ้น ทำให้มีผลกระทบต่อนโยบายตามมามากขึ้นซึ่งจากการศึกษาของบิชอปและคณะ (Bishop et al 1986:84-87) พบว่า การทำหน้าที่ในครอบครัว ภาวะสุขภาพ และความรับผิดชอบของคู่สมรสอยู่ในระดับดีหลังจากเกิดโรค 1 ปี ส่วนคาร์เพนเตอร์ (Carpenter et al 1974:272-274) กล่าวว่าบทบาทของครอบครัวจะเปลี่ยนไป เพราะอารมณ์ สภาพร่างกาย และความต้องการทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากความพิการ เด็กพิการจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินสูงกว่าปกติ เพราะเด็กต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์ และการดูแลทางร่างกายจากผู้ปกครองและจากบุคคลอื่นมาก ในครอบครัวที่ภรรยาพิการความสามารถในการทำงานลดลง และได้รับการสนับสนุนค่าน้อย แต่ถ้าสามีพิการจะมีผลต่อความมั่นคงของครอบครัว แต่ภรรยาจะสามารถทดแทนบทบาทของสามีได้เกือบทั้งหมด สอดคล้องกับบทความของฮอกสเตล (Hogstel 1985) ที่อ้างถึง การศึกษาของลิตแมน (Litman, 1971) ว่าภรรยาและแม่ของผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการกับความเจ็บป่วยในครอบครัว และสามีจะยอมรับบทบาทของความเจ็บป่วยมากขึ้น จากการศึกษาของ อิบราฮิมและนอรี (Ebrahim & Nouri 1987:171) พบว่า 2 ใน 3 ของครอบครัวผู้ป่วยสตรีต้องให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้นกว่าแต่ก่อนและกิจกรรมการดูแลมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวด้วยการเข้าสังคมลดลง และไม่สามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้ สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อนโยบายทำให้เกิดภาวะเครียด (Evans, et al 1985:411-414; Mc Cormick & Willian 1979:1410-1411; Hodgson, 1982:22-23; Harris 1980:287) ผลกระทบต่อนโยบายมีอย่างน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

ความรุนแรงของโรค ประสบการณ์เดิม อายุ และความสามารถในการเข้าใจเหตุการณ์ของญาติ ซึ่งทำให้แสดงความวิตกกังวล โกรธ ก้าวและคับข้องใจ (Penson 1984:24-26)

ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มีส่วนสำคัญในชีวิตปกติของผู้ป่วย ซึ่งอาจสัมพันธ์กันโดยสายเลือด โดยการแต่งงาน หรืออาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เช่น เพื่อน (Germain 1982:73) ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมเกิดผลกระทบต่อทุกคนในครอบครัว แต่ผลกระทบจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบและความสำคัญของผู้ป่วยต่อครอบครัว ความรุนแรงและเวลาที่เจ็บป่วย ถ้าความเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการเรื้อรังจนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ดังเดิม จะทำให้มีผลกระทบต่อฐานะทางเศรษฐกิจซึ่งรวมค่ารักษาและค่าใช้จ่ายในบ้านด้วย (สุปาณี พันธน้อย 2529:37) ผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลให้ครอบครัวแข็งแวงขึ้นหรืออ่อนแอลง (Watson 1986:15-17) ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา วิธีการเผชิญปัญหาของญาติและสิ่งสนับสนุนคำจุนต่าง ๆ

การเผชิญปัญหาตามความหมายของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984:141) เป็นความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับหลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1. กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา
2. การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process)

กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวความคิดของ لازารัส เป็น กระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา (event or stressor) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญปัญหา (coping)

1. เหตุการณ์ (event) สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นคงหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลผู้ป่วยสโตรกนั้นความเจ็บป่วย ถือเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาที่ ญาติต้องประเมินตามกระบวนการในการเผชิญปัญหาต่อไป

2. การประเมินปัญหา (appraisal) ในกระบวนการเผชิญปัญหาสิ่งสำคัญคือการประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด (cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามีอยู่ 3 แบบ ได้แก่

2.1 การประเมินครั้งแรก (primary appraisal) เป็นการประเมินว่า เหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อบุคคล ซึ่งประเมินได้เป็น 3 ทาง

2.1.1 การไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือการที่บุคคลรู้สึกเฉยๆกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย

2.1.2 เกิดผลทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (benign positive) คือ ผลจากเหตุการณ์ส่งเสริมให้เกิดความสุข ความสนุกและความรัก

2.1.3 เกิดความเครียด (stress) จะประเมินได้เป็น 3 แบบ

2.1.3.1 การเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (harm or loss) คือ บุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่รัก หรือ การสูญเสียความผูกพัน

2.1.3.2 การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือ เมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดถึงความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

2.1.3.3 การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นเต้น ความร่าเริง

การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้น อาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นให้ได้

1.2 การประเมินครั้งที่สอง (secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับปัญหา โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้เคยกระทำมาแล้ว

1.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลเพิ่มเติมและ/หรือติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้ว

3. พฤติกรรมที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาหลายวิธีในเวลาเดียวกัน ลาซารัสได้แบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 2 ชนิด คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion-focused coping) ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 ชนิด เปลี่ยนกลับไปกลับมาตลอดเวลา

3.1 การเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายวิธี ซึ่งนำหน้ากว่าวิธีใดจะทำให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหา

แหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมซึ่งจะต้องการข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

3.2 การเผชิญหน้าด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion-focused coping) เป็นกระบวนการเผชิญหน้าด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียด เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (select attention) การมองในสิ่งที่ดี (positive comparisons) ของเหตุการณ์นั้นและการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (wrest positive value from negative event) และวิธีอื่นๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์และการระบายความโกรธ

แหล่งประโยชน์ที่มีผลต่อการเผชิญหน้า (Coping resources)

บุคคลเป็นแหล่งประโยชน์และมีความชาญฉลาดที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์มาใช้ ดังนั้นการเผชิญหน้าจึงขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ แอนโทนีฟสกี (Antonovsky 1979 อ้างใน Lazarus 1984:158) ได้ใช้คำว่าความต้านทาน (generalized resistance resources) เพื่ออธิบายบุคคลิกที่ช่วยส่งเสริมและจัดการกับภาวะเครียด ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984:157-162) ได้กล่าวถึงแหล่งประโยชน์ที่บุคคลดึงมาใช้ในการเผชิญหน้า ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพและพลังงาน (health and energy) ในบุคคลที่เจ็บป่วย เหนื่อยหน่ายมักจะไม่มียาลงมือที่จะใช้ในการเผชิญหน้า ซึ่งต่างกับคนที่มีสุขภาพดี จะมีความแข็งแรงคงทนต่อปัญหาและภาวะเครียดต่างๆ

2. ความเชื่อในทางที่ดี (positive believes) เป็นแหล่งทางจิตใจ ทำให้คนมีความหวังและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ โดยเชื่อในความ สามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์เหล่านั้นได้ เช่น เชื่อในแพทย์ เชื่อในแผนการรักษา เชื่อในความยุติธรรม อิสระภาพและพระเจ้า ความหวังจะมีต่อเมื่อคนเชื่อในผลที่ดี แต่ความเชื่อไม่ได้เป็นผลดีต่อการเผชิญปัญหาเสมอไป เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโชคชะตาซึ่งเป็นความเชื่อในอำนาจนอกคนทำให้บุคคลหมดหวัง ไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ดี บุคคลที่เชื่อความสามารถของตนเองจะมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาแตกต่างจากผู้ที่เชื่ออำนาจนอกคน ลาซาวิสได้อ้างถึงการศึกษาของแอนเดอร์สัน (1977) ว่าคนที่เชื่ออำนาจในตนจะเผชิญปัญหาได้ดีกว่า คนที่เชื่ออำนาจนอกตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา พุ่มดวง (2528:ก-ค) ในผู้ป่วยมะเร็งที่พักอยู่บ้านของมูลนิธิสถาบันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อในอำนาจต่างกันมีการเผชิญปัญหาต่างกัน การศึกษาของวรวิ บรรเทา (2528:ก-ค) ในเด็กก่อนเข้ารับการรักษา พบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบยอมรับความจริง มากกว่าเด็กที่เชื่ออำนาจนอกตน

3. ทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล จะรวมความสามารถในการหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อแยกแยะปัญหาค้นหาการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการกระทำนั้น วิธีนี้จะเป็นการศึกษาหลังในตนเองที่ได้รับจากประสบการณ์ การสะสมความรู้ ความฉลาดและความสามารถในการควบคุมตนเอง

4. ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่น (social skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคล และเป็นแหล่งสำคัญในการเผชิญกับปัญหา เพราะจะบอกถึงความสามารถในการติดต่อกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะขอความร่วมมือ เช่นการร่วมมือในการรักษา ทักษะในการติดต่อกับบุคคลอื่นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้รับข้อมูลและสิ่งของเป็นการเพิ่มแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะรวมทั้งลักษณะทางวัฒนธรรมของสังคมและระบบเกื้อหนุนของสังคม

6. แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ (material resources) ได้แก่ เงิน สิ่งของต่างๆและการบริการที่ต้องใช้เงิน ซึ่งเกี่ยวข้องกับฐานะ

ข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา

(Constraints against utilizing coping resources)

1. ข้อจำกัดในตัวบุคคล ซึ่งมาจากสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ จะส่งผลถึงรูปแบบของพฤติกรรม เช่น พวกเขาคิดว่าเขาจะไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง บุคคลที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่ายจะทนไม่ได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง บุคคลที่ชอบสนุกสนานจะสามารถลดความเครียดได้ดี

2. ข้อจำกัดของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ

3. ระดับของการถูกคุกคามขึ้นอยู่กับภาวะประเิน เมื่อบุคคลรู้สึกว่าการคุกคามมากอาจเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ถึงเครียดมากขึ้น และใช้การเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหาลดน้อยลง

ผลลัพธ์ของการปรับตัว (Adaptational outcomes)

เมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาแล้วจะทำให้บุคคลมีการปรับตัว และแสดงพฤติกรรมออกมาได้เป็น 3 ประการ คือ

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม

การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ ว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เพราะเมื่อรู้สึกถูกคุกคามจะทำให้เขาหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว

บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติจะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความลังเลไม่แน่ใจหรืออ่อนแอจะไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม

2. ขวัญ (Morale) เป็นผลทางอารมณ์ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้น และเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับผลของการเผชิญปัญหานั้นหรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำลายอาจทำให้ขวัญผู้ที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหา มักมีขวัญดีกว่า ผู้ที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ดังเครียด

3. สุขภาพร่างกาย (Somatic health) เป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และวิธีการเผชิญปัญหา

บรูส (Brose 1986:271) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตินั้นในบางคนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี คือ ทำให้มีสุขภาพดีและมีภูมิต้านทานมากขึ้น แต่ในบางคนไม่สามารถเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลญาติก็จะผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาและแสดงพฤติกรรมออกมาซึ่งหากญาติมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้ดีก็必将ทำให้มีสุขภาพดี มีขวัญดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการดูแล ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพจะลดความพิการทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็ว

ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

(Confidence in dependent care)

ผลจากสโตรค ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทางร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรม ผู้ป่วยไม่สามารถไตร่ตรองหรือตัดสินใจเพื่อเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ซึ่งระดับของทักษะในการดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ การรับรู้ การตัดสินใจ (Spensor 1983:394) แต่ในผู้ป่วยสโตรคไม่มี จึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (selfcare limitation) และส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเอง (selfcare agency) ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งหน้าที่ และพัฒนาการของร่างกาย หรือความต้องการการดูแลรักษา (therapeutic selfcare demand) สูงขึ้น เพื่อที่จะทำให้ดูแลตนเองได้ตามปกติ จึงทำให้ความต้องการการดูแลรักษามากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง (TSCD > SCA) ผู้ป่วยจึงเกิดความไม่สมดุลย์ในการดูแลตนเอง (selfcare deficit) ทำให้ญาติต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (dependent care) ซึ่งการที่ญาติดูแลผู้ป่วยนี้เป็นส่วนหนึ่งของ การดูแลตนเองด้วยเช่นกัน การดูแลตนเองตามความหมายของ โอเรม หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลได้คัดเลือกแล้วว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และมีการตัดสินใจเพื่อคงไว้ซึ่งการรักษาวีชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดีซึ่งมักมีผลจากคุณค่าและบทบาทในสังคม การตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม เมื่อได้คัดเลือกการกระทำแล้ว ก็จะก่อให้เกิดทัศนคติที่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจ (Orem 1985; จินตนา 2529; สมคิด 2525) ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีธรรมชาติที่แตกต่างกันไปตามพัฒนาการและสภาพการณ์ ได้แก่

ทารกและเด็ก (infant and child) ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพราะยังอยู่ในระยะของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม

ผู้สูงอายุ (the aged person) ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดเพราะมีข้อจำกัดของร่างกายและจิตใจ เป็นความต้องการตามปกติและความต้องการในสิ่งใหม่

ผู้ป่วยและคนพิการ (the illness and disable person) อาจต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด หรือเพียงบางส่วน ขึ้นอยู่กับสภาวะของสุขภาพและความต้องการในอันที่จะดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต การช่วยเหลือนั้นอาจเป็นเพียงการสอนหรือคำแนะนำ

ผู้ใหญ่ (adult person) จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา อาจต้องดูแลผู้อื่น (dependent care) เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วย

การดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่นเป็นการเรียนรู้ของทุกคนในสังคม ซึ่งเริ่มต้นที่บ้าน เมื่อโตขึ้นก็จะเรียนรู้จากเพื่อน จากครูและจากสังคมต่อมา ทำให้มีพัฒนาการการดูแลตนเองต่างกันออกไปและเป็นหน้าที่ของทุกคนต้องปฏิบัติ

ขั้นตอนในการดูแลตนเอง

(Orem 1980:32-36; Foster & Janssens 1980:97-98)

1. ขั้นตอนในการคาดการณ์ หรือ ประเมินความสามารถของตนเอง (estimative) โดยการได้รับข้อมูลจากความรู้ จากการสังเกต จากการเคยกระทำมาแล้วจะช่วยในการหาความหมาย และหาความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆหรือเงื่อนไขต่างๆ ความรู้เหล่านี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสภาพภายนอกและภายในร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพ ลักษณะของแต่ละสถานการณ์ ความหมายของแต่ละสถานการณ์ต่อสุขภาพ ผลได้ผลเสียในการเลือกปฏิบัติ ความรู้เหล่านี้จะบอกความต้องการในการปรับหน้าที่การทำงานของบุคคลซึ่ง ได้แก่ ความต้องการการดูแลตนเอง (selfcare requisites) ของแต่ละบุคคล

2. ขั้นตอนในการปฏิบัติ เริ่มต้นด้วยการตัดสินใจในการกระทำตามด้วยการประเมินว่าการกระทำนั้นมีความสัมพันธ์กับความต้องการหรือไม่ หรือการตั้งเป้าหมายเพื่อให้ได้ตามความต้องการในการดูแลตนเอง หลังจากตัดสินใจแล้วก็ลงมือกระทำตามความรู้และทักษะ ตามสิ่งจูงใจถึงผลที่จะได้ ตามความสามารถ และตามพลังที่มีอยู่ ลำดับสุดท้ายของขั้นตอนการปฏิบัติ คือ การตรวจทานหรือการประเมินผล อันจะทำให้เกิดการปรับปรุงเพื่อให้ร่างกายได้ทำหน้าที่ตามปกติ

การกระทำตามกิจวัตรประจำวัน (routine) บางอย่างก็เป็นการดูแลตนเองแม้ว่าจะไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน เป็นต้นผ่านขั้นตอนการคาดการณ์และขั้นตอนการปฏิบัติอยู่ทุกวันจนกระทั่งเป็นความเคยชิน แต่ก็ได้ผ่านกระบวนการดูแลตนเองที่มีการประเมิน การตัดสินใจและตั้งใจกระทำเช่นกัน ในการดูแลตนเองนั้นต้องอาศัยความต้องการการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป

ความต้องการการดูแลตนเอง (Selfcare requisites)

ความต้องการการดูแลตนเอง หมายถึง สิ่งที่บุคคลมีหรือควรมีเมื่อต้องการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal selfcare requisites) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental selfcare requisites) และการดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป (health deviation selfcare requisites)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal selfcare requisites) เป็น ความต้องการดูแลตนเอง ที่บุคคลต้องการในทุกช่วงของชีวิต ซึ่งจะปรับตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและอื่นๆ จะเกิดร่วมกับขบวนการของชีวิต (life process)

และด้วยการคงไว้ ซึ่งการผสมผสานกันระหว่างโครงสร้างและการทำงานของบุคคล ขอเรนเซนและลักค์แมน (Sorensen & Luckman 1986:8) กล่าวว่า โอเวรมได้ นำพื้นฐานมาจากความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) และในส่วนของการดูแลตนเองโดยทั่วไป โอเวรมได้จำแนกดังนี้:-

1.1 การได้รับอากาศ น้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

1.1.1 ได้รับในปริมาณที่เพียงพอกับการทำงาน และสภาพของร่างกาย สภาพสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการจัดหาได้และการปรับใช้พลังงานอย่างสมดุลกับการได้รับเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว มีพัฒนาการและเจริญเติบโต

1.1.2 รักษาให้เหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพและสรีระภาพ

1.1.3 ได้รับความสุขจากการได้รับน้ำ อาหาร และอากาศโดยไม่ใช้การเสพติด

1.2 การดูแลเพื่อให้กระบวนการขยับถ่ายเป็นไปตามปกติ เป็นการดูแลเพื่อปรับกิจกรรมและจัดสภาพต่างๆ ได้แก่ การขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เหงื่อ ประจำเดือน และน้ำอสุจิ การขยับถ่ายจะสัมพันธ์กับองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ อายุ กิจกรรมต่างๆ สุขภาพทั่วไปและสิ่งแวดล้อม

1.3 การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นการปรับสิ่งกระตุ้นรอบตัวเพื่อให้ร่างกายมีการทำงานและมีการสะสมพลังงานที่สมดุลกันร่วมกับการคำนึงถึงสภาพร่างกายและอารมณ์ด้วย

1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีความสำคัญในการพัฒนา การให้ความรู้และการคาดคะเน เพื่อให้ได้รับผลสำเร็จในชีวิต โดยที่การอยู่ตามลำพังนั้นเป็นการลดสิ่งกระตุ้นจากสังคม ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเป็นการแลกเปลี่ยนความคิด

1.5 การป้องกันอันตรายของชีวิต การทำหน้าที่ของร่างกายและความ เป็นปกติสุข เป็นการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่จะนำไปสู่สถานการณ์อันตราย

หรือ ปรับสิ่งที่เป็อันตรายนั้ให้มีอันตรายนลดลง สิ่งที่เป็นอันตรายต่อบุคคลนั้นอาจเกิดจากธรรมชาติ หรือ จากการที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การรับประทานอาหาร น้ำและยาอย่างไม่มี การควบคุม อันตรายที่เกิดจากสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความยากจนเป็นต้น

1.6 การส่งเสริมการทำงาน และพัฒนาการของบุคคลให้อยู่ในแบบแผนของสังคมตามศักยภาพ ข้องจำกัดและตามความต้องการที่จะมีชีวิตปกติสุข

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental selfcare) มีจุดเน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆตามวงจรของชีวิตรวมทั้ง เหตุการณ์ที่อาจมีผลทางลบต่อพัฒนาการ การดูแลตนเองตามพัฒนาการนี้จะรวมการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่จำเป็นต้องมีการปรับเพื่อให้สอดคล้องกับปัจจัยต่างๆของชีวิต และเกิดการดูแลตนเองอย่างใหม่เมื่อบุคคลมีพัฒนาการตามวัย เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้:-

2.1 ความต้องการในการส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิต ได้แก่ การเพิ่มระดับของโครงสร้าง และพัฒนาการของมนุษย์ตามช่วงเวลาเหล่านี้ คือ ในระหว่างการตั้งครรภ์ และการคลอด ในระยะแรกคลอด ในวัยทารก ในวัยเด็กจนกระทั่งผู้ใหญ่ ในความต้องการนี้ ต้องอาศัยความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป มาช่วยให้เกิดพัฒนาการในแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปตามปกติและป้องกันความผิดปกติ

2.2 ความต้องการในการเตรียมป้องกันอันตราย หรือ เหตุร้ายแรงที่มีผลกระทบกระเทือนต่อพัฒนาการ รวมทั้งการบรรเทาและพยายามควบคุมเหตุร้ายที่มีผลมาจากการขาดความรู้ ขาดการปรับตัวในสังคม การล้มเหลวเรื่องสุขภาพ การสูญเสียสัมพันธภาพกับญาติ เพื่อนและคนอื่นๆ การขาดความมั่นคงในชีวิต การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทันที สถานการณ์ร่วมที่เป็นปัญหา การมีสุขภาพไม่ดีหรือพิการ การหนักใจกับความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เหตุการณ์เหล่านี้ ทำให้มีปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป

3. การดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป (health deviation selfcare) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การปฏิบัติหน้าที่ และพฤติกรรม รวมทั้งความพิการที่มีผลจากกรรมพันธุ์ ได้แก่ ความพิการทางร่างกาย การเกิดบาดแผล การเสียภาพลักษณ์ ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์และจิตใจด้วย การดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไปนี้ นอกจากจะดูแลให้พ้นจากโรค จากความพิการและจากการบาดเจ็บแล้ว ยังต้องดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจ และการรักษาด้วย เช่น การตรวจที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบาย หรือการรักษาที่ต้องมีการควบคุมอาหาร และน้ำ เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วย:-

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือ และ ความมั่นใจจากแพทย์เมื่อมีพยาธิสภาพ หรือได้รับสิ่งทำให้เกิดพยาธิสภาพทั้งต่อร่างกายและจิตใจ

3.2 การตระหนักถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งติดตามผล

3.3 การปฏิบัติตามการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันหรือรักษาโรค ควบคุมการทำงานของร่างกาย แก้ไขความพิการหรือความผิดปกติหรือทดแทนแก่ผู้ไร้ความสามารถ

3.4 การตระหนักถึงการตรวจ และการรักษาที่อาจทำให้เกิดความไม่สบายหรืออันตราย

3.5 การปรับภาพลักษณ์ และ อึดทนในทัศนคติในการยอมรับสถานภาพทางสุขภาพและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองตามแบบแผนที่เป็นคำสั่งเฉพาะ

3.6 การเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาตามรูปแบบของชีวิตที่จะส่งเสริมและพัฒนาบุคลิกภาพ

ในการดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไปนี้จะเห็นว่าเป็นความพยายามในการที่จะเรียนรู้ผลจากโรค จากการตรวจรักษา เพื่อปรับภาพลักษณ์และอึดทนในทัศนคติของตนเองในการที่จะนำไปใช้ ในการปรับเปลี่ยนวิถีการใหม่สำหรับการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปและเพื่อให้สามารถเผชิญ กับปัญหาจากผลของสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป

ความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการนั้น ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปนั้นต้องใช้อยู่ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดหรือสุขภาพเป็นอย่างไร แม้ว่าจะเจ็บป่วยในวัยใดก็ตามก็จะต้องอาศัยความต้องการการดูแลตนเอง ถ้าพิจารณาตามนัยของการป้องกันโรคนี้ การส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองโดยทั่วไป และการดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นการป้องกันโรคเบื้องต้นในคนปกติ ส่วนการดูแลตนเองเมื่อสุขภาพเปี่ยงเบนไปนั้นเป็นการป้องกันโรคในระยะที่สอง ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้โรคลุกลามและเป็นการป้องกันความพิการ (Orem 1985:90) จึงอาจกล่าวได้ว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการนี้จะไปพร้อมกันเสมอ และเป็นการแสดงออกถึงชนิดของพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งถูกปฏิบัติโดยผู้ดูแล (selfcare or dependent care agent) (Orem 1985:182)

เพื่อให้การดูแลตนเองนั้นประสบผล ต้องมีการพิจารณาถึง ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ของแต่ละบุคคลด้วย (Orem 1985:33) ได้แก่

1. อายุ
2. เพศ
3. พัฒนาการ สุขภาพและระบบครอบครัว เป็นตัวกำหนดขอบเขตและพฤติกรรมที่ใช้ในการดูแลตนเองและจะบอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่
4. การดูแลสุขภาพ
5. ลักษณะของสังคมและวัฒนธรรม
6. เศรษฐสังคม บุคคลที่มีฐานะดีจะมีการดูแลตนเองได้ดีกว่า บุคคลที่ฐานะไม่ดี

การเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติ

โรงพยาบาลเป็นหน่วยงานของรัฐสำหรับผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับ เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการสรุปแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข 2530:2-3,15) พบว่า ค่าใช้จ่ายในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยประมาณว่ามีอัตราสูงขึ้นถึง ร้อยละ 6.5 ต่อคนต่อปี เพื่อให้คุณภาพชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปสู่คุณภาพดีทั่วหน้าในระยะยาว รัฐจึงเน้นให้มีการพึ่งตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นญาติจึงต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากการรักษา เพราะผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เพราะขาดความตั้งใจ การควบคุมการใช้พลังงานในร่างกาย และการเคลื่อนไหวลดลง แรงจูงใจเสีย การตัดสินใจ การรับรู้และการติดต่อสื่อสารไม่เป็นไปตามปกติ ทำให้ญาติมีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งญาติอาจประเมิน (primary appraisal) ว่าทำให้เกิดความเครียดหรือไม่ ญาติจะมีการปรับตัว (self regulation) เพื่อให้สามารถทำงาน และปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติและเพื่อให้มีชีวิตตามปกติสุข (well being) ญาติจึงต้องประเมิน (secondary appraisal) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (selfcare agency) โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา (coping resource) และปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ของตนเอง ได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์เดิมและการศึกษา เป็นต้น ทั้งยังต้องพิจารณาถึงข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ ได้แก่ ความพิการของผู้ป่วย เป็นต้น ผลลัพธ์ที่แสดงออก (adaptational outcome) ได้แก่ พฤติกรรมเผชิญปัญหาและการดูแลผู้ป่วย การเผชิญปัญหาที่ญาติใช้นั้นหากเป็นการเผชิญปัญหาที่แก้ไขตามปัญหาจะทำให้ญาติยอมรับสถานการณ์จริง หาข้อมูลเพิ่มเติมในอันที่จะหาวิธีที่ดีที่สุดที่จะแก้ไขเหตุการณ์นั้น หากญาติใช้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด เช่น หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้นทำให้ญาติมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วย

ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำแก่ญาติ เพื่อเตรียมตัวที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องการเตรียมอาหาร การดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันอันตราย เป็นต้น การเตรียมตัวของญาติจะได้ผลเพียงใด ขึ้นอยู่กับตัว ญาติเอง (ตามขั้นตอนที่ 1 ของการดูแลตนเอง) จึงจะเกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย และความมั่นใจนี้จะทำให้ญาติพยายามที่จะทำให้ได้ตามที่คาดหวังไว้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมเผชิญปัญหาของญาติว่ามีความสัมพันธ์ กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และผลจากการศึกษาจะช่วยส่งเสริมการเผชิญปัญหา และความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึงวิธีการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็น ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลประสาทและโรงพยาบาลราชวิถีและจำหน่ายกลับบ้านภายในเดือน พฤษภาคม -สิงหาคม 2531 เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่
2. ญาติของผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน และรับผิดชอบผู้ป่วย
3. ญาติสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ความพิการ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติ เป็นแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ญาติใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเจ็บป่วย

ส่วนที่ 4 แบบวัดความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน เป็นแบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อแพทย์มีคำสั่งจำหน่าย

1. เครื่องมือวิจัย

1.1 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติสร้างโดยจาโลวิส (Jalowiec) จำนวนทั้งสิ้น 40 ข้อ แบ่งเป็น การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา 15 ข้อ และการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด 25 ข้อ ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมทางภาษา โดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาอังกฤษ 2 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ขึ้น

1.2 แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดความต้องการการดูแลตนเอง (selfcare requisites) ของโอเรม (Orem 1985:84-98) และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 44 ข้อ แบ่งเป็น 9 หมวด คือ



หมวดที่ 1	การดูแลเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ	6 ข้อ
หมวดที่ 2	การดูแลเรื่องการขับถ่าย	6 ข้อ
หมวดที่ 3	การดูแลเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล	4 ข้อ
หมวดที่ 4	การดูแลเรื่องการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรม	5 ข้อ
หมวดที่ 5	การดูแลเรื่องการพักผ่อน	3 ข้อ
หมวดที่ 6	การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ตามลำพัง และมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างเหมาะสม	3 ข้อ
หมวดที่ 7	การป้องกันอันตราย	9 ข้อ
หมวดที่ 8	การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตตามปกติสุข	5 ข้อ
หมวดที่ 9	การดูแลเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป	3 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 9 หมวดจะรวมความต้องการการดูแลตนเอง (self care requisites) ทั้ง 3 ด้าน และรวมการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระบบ คือ การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด การดูแลผู้ป่วยเพียงบางส่วน และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเอง แบบวัดส่วนนี้ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 6 ท่าน แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ แก้ไขเนื้อหาและสำนวนภาษาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. การให้คะแนนในแบบสอบถาม

2.1 แบบวัดพฤติกรรมเผชิญปัญหาให้คะแนนในแต่ละวิธี (รายข้อ) แบบไลเกิร์ต (Likert's scale) โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 40 ถึง 200 คะแนน ระดับของการให้คะแนนในแต่ละวิธี ให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการใช้การเผชิญปัญหา

- ญาติไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญปัญหา
- ญาติใช้วิธีนั้นนานๆ ครั้ง
- ญาติใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง
- ญาติใช้วิธีนั้นบ่อยๆ
- ญาติใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง

2.2 แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ให้คะแนนแบบไลเกิตสเกล เช่นกันและมีคะแนนรวมตั้งแต่ 44 ถึง 220 คะแนน ระดับให้คะแนนในแต่ละข้อให้คะแนนตามความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

- ญาติไม่มั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นเลย
- ญาติมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นเพียงเล็กน้อย
- ญาติมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
- ญาติมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นเป็นส่วนมาก
- ญาติมั่นใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

3. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ

หลังจากตรวจสอบความตรงของเครื่องมือและแก้ไขปรับปรุงแล้ว นำแบบสอบถามทั้งหมดทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบาค (Cron-bach) เครื่องมือส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่าความเที่ยง = 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2531 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลประสาท โรงพยาบาลราชวิถี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในการเก็บข้อมูล
2. แนะนำตนเอง และอธิบายขั้นตอนในการเก็บข้อมูลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกอายุรศาสตร์
3. เก็บข้อมูลในช่วงเวลา 9:00 ถึง 19:00 น. ที่หอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมทั้ง 3 โรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้
 - 3.1 เลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การเลือกตัวอย่าง
 - 3.2 แนะนำตนเองกับผู้ป่วยและญาติ
 - 3.3 สอบถามผู้ป่วยและญาติถึงบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย
 - 3.4 บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาและขอความร่วมมือ
 - 3.5 แจกแบบสอบถามให้ญาติตอบด้วยตนเอง ในวันที่แพทย์เขียนคำสั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยแปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนน ตามหลักการสร้างเครื่องมือแล้ว นำค่าคะแนนที่ได้ทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[®] (Statistical Package for the Social Sciences version 201A) ของศูนย์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามลำดับขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้:-

1. วิเคราะห์ความถี่ของลักษณะทั่วไปทั้งของผู้ป่วยและญาติ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และจัดอันดับวิธีการที่ญาติใช้ในการเผชิญปัญหา เป็นรายข้อ
3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดอันดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายหมวด
4. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา กับ การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด ด้วยการทดสอบค่าทีแบบคู่ (paired t-test)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันด้วยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson moment product correlation)
6. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ในด้านอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วยและจำนวนวันที่เข้ารับการรักษา ที่แตกต่างกัน โดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (F-test) ถ้าพบความแตกต่าง จะนำมาทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรรายคู่ด้วย วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls test Method)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติ กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษานในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลราชวิถีโรงพยาบาลประสาท และโรงพยาบาลรามารักษ์ จำนวน 10,71 และ 19 ราย ตามลำดับรวมทั้งสิ้น 100 ราย ได้ผลดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 17-88 ปี กลุ่มอายุ 46-64 ปีมีจำนวนมากที่สุด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา และอาชีพที่พบมากที่สุดคือทำงานบ้าน ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่าง 1 ถึง 30 วัน มีจำนวนมากที่สุด ผู้ป่วยที่รับการรักษาานที่สุด 120 วัน และน้อยที่สุด 4 วัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะของผู้ป่วย		จำนวน
อายุ (ปี)	45 และต่ำกว่า	9
	46-64	51
	65-74	29
	75 และสูงกว่า	11
เพศ	หญิง	57
	ชาย	43
สถานภาพสมรส	โสด	6
	คู่	64
	หม้าย/หย่า/แยก	30
การศึกษา	ประถม	77
	มัธยม	14
	อาชีวะ	6
	อุดม	3
อาชีพ	ทำงานบ้าน	31
	เกษตรกร	10
	รับจ้าง	19
	ค้าขาย	27
	รับราชการ&รัฐวิสาหกิจ	13

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วย	จำนวน
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา (วัน)	
4 - 30	59
31 - 60	37
61 - 90	2
91 -120	2
รวมทั้งสิ้น	100

ความพิการของผู้ป่วยนั้น พบว่า ผู้ป่วยเป็นอัมพาตซีกซ้าย หรือขวามากที่สุด 77 ราย รองลงมา คือ เป็นอัมพาต ร่วมกับ รับประทานอาหารไม่ได้ และไม่รู้สึกรับรู้ความพิการที่พบน้อยที่สุดอย่างละ 1 ราย คือ บุคลิกภาพเปลี่ยน หูตึงไม่ได้ และสื่อสารร่วมกับรับประทานอาหารไม่ได้ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความพิการ

ความพิการของผู้ป่วย	จำนวน
ไม่รู้สึกตัว	7
อัมพาตร่วมกับรับประทานอาหารไม่ได้	13
อัมพาตซีกซ้าย/ขวา	77
อื่นๆ	3
รวม	100

1.2 ลักษณะของญาติ

ญาติมีอายุระหว่าง 16-69 ปี กลุ่มอายุ 20-39 ปี มีจำนวนมากที่สุด ญาติเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ญาติส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และนับถือศาสนาพุทธมากที่สุด อาชีพทำงานในบ้าน พบมากที่สุด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นบุตรและไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ญาติส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนญาติจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ลักษณะของญาติ		จำนวน
อายุ (ปี)	19 และต่ำกว่า	2
	20-39	67
	40-59	29
	60 และสูงกว่า	2
เพศ	หญิง	65
	ชาย	35
สถานภาพสมรส	โสด	39
	คู่	55
	หม้าย/หย่า/แยก	6
การศึกษา	ประถมศึกษา	37
	มัธยม	21
	อาชีวะ	15
	อุดม	27
ศาสนา	พุทธ	98
	คริสต์	2
อาชีพ	ทำงานในบ้าน	76
	ทำงานนอกบ้าน	24

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะของญาติ		จำนวน
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
พ่อ-แม่		2
คู่สมรส		17
บุตร		66
ญาติพี่น้อง		15
รายได้ของครอบครัว (บาท)/เดือน		
3,000 และต่ำกว่า		25
3,001- 5,000		10
5,001-10,000		29
10,001 และสูงกว่า		17
ไม่แน่นอน		19
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
มี		24
ไม่มี		76
รวม		100

2. ผลการศึกษาการเผชิญปัญหา

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหารายวิธี (รายชื่อ) พบว่า คะแนนอยู่ระหว่าง 1.25 ถึง 4.10 คะแนน เมื่อนำมาจัดอันดับรายวิธีพบว่าวิธีที่ได้คะแนนสูงสุด 5 อันดับคือ การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นอย่างจริง การพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ การคิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา การพยายามมองปัญหานั้นอย่างรอบคอบ และการมองปัญหานั้นอย่างมีความหมาย ซึ่งทั้ง 5 วิธีนี้ เป็นการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาทั้งหมด (ตารางที่ 4) ส่วนการเผชิญปัญหาที่ได้คะแนนต่ำที่สุด 5 อันดับคือ การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้นอนหลับหรือยาระงับประสาท การโกรธ สาบแช่ง สบดสาบาน การพยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และการตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา (ตารางที่ 5) ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึง เครียดทั้งหมด

ตารางที่ 4 คะแนนและอันดับที่ของการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา จำแนกตามคะแนน
สูงสุดและต่ำสุด

คะแนน ข้อที่		การเผชิญปัญหา	คะแนนเฉลี่ย	อันดับที่
ต่ำสุด	11	ปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหา/ควบคุมสถานการณ์นั้นแทน	1.89	1
	13	ทำอะไรก็ได้เพียงเพื่อสักแต่ว่ามีอะไรทำเพื่อแก้ปัญหาแม้ว่าไม่แน่ใจว่าจะได้ผล	2.64	2
	14	ถกปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน	2.60	3
	35	พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแก้ปัญหา	2.94	5
	38	กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา	2.86	4
สูงสุด	6	คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา	3.91	3
	17	ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง	4.10	1
	18	พยายามมองปัญหาอย่างรอบคอบ	3.86	4
	19	พยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	4.04	2
	20	พยายามมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย	3.82	5

ตารางที่ 5 คะแนนและอันดับที่ของการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด จำนวน
ตามคะแนนสูงสุดและต่ำสุด

คะแนน	ข้อที่	การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด	คะแนนเฉลี่ย	อันดับที่
ต่ำสุด	8	ดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.25	1
	9	ใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท	1.33	2
	16	โกรธ สาบแช่ง สบถสาบาน	1.36	3
	23	พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่	1.57	5
	24	ตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา	1.53	4
สูงสุด	1	กังวลใจ	3.31	4
	4	หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น	3.71	1
	15	เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด	3.38	3
	30	การปลอบใจ หรือการช่วยเหลือจากญาติ	3.30	5
	39	ปลอบใจตัวเองว่า "อย่ากังวลไปเลย"	3.38	2

ในการเปรียบเทียบความแตกต่าง ในการใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา และลดอารมณ์ถึงเครียด โดยวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติแบบคู่ (paired t-test) พบว่าสถิติใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์ถึงเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์เชิงลบ ด้วยสถิติ ทีแบบคู่ ($n = 100$)

วิธีการเผชิญปัญหา	x	SD	t	P
การมุ่งแก้ปัญหา	3.32	0.60	14.90	< 0.00
การลดอารมณ์เชิงลบ	2.32	0.44		

3. ผลการศึกษาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย ของความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกิจกรรม (รายชื่อ) พบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 2.10 ถึง 4.35 คะแนนและกิจกรรมที่ได้คะแนน สูงที่สุด คือ การเคลื่อนย้ายสิ่งที่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยออกไป ซึ่งอยู่ในหมวดการการ ป้องกันอันตราย กิจกรรมการป้องกันอันตราย และกิจกรรมที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ การสนับสวามอย่างถูกวิธี และตามความจำเป็นซึ่งอยู่ในหมวดการดูแลเกี่ยวกับการ ขับถ่าย(ตารางที่ 7) เมื่อพิจารณาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยรายหมวด พบว่าหมวด ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ หมวดการดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคลได้คะแนนเฉลี่ย 4.23 หมวดที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ หมวดการดูแลเรื่องการขับถ่าย ได้คะแนนเฉลี่ย 2.62 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 คะแนน และอันดับที่ของความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจำแนกตามคะแนนสูงสุดและต่ำสุด

คะแนน	ข้อที่	ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	คะแนนเฉลี่ย	อันดับที่
คะแนนต่ำสุด	6	ผู้ป่วยที่หายใจเสียงดัง/มีเสมหะในคอจะสามารถช่วยเหลือให้ปลอดภัยได้	2.89	5
	8	เมื่อผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะผิดปกติจะสามารถแก้ไขได้	2.36	2
	9	ผู้ป่วยที่ปัสสาวะเองไม่ได้จะสามารถสวนปัสสาวะให้ถูกวิธีและตามความจำเป็น	2.10	1
	10	กรณีที่มีปัสสาวะคั่งค้างมากจะสามารถช่วยเหลือโดยการกดบริเวณหัวเหน่า	2.40	3
	43	ทราบฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา	2.77	4
คะแนนสูงสุด	13	สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อาบน้ำอย่างน้อยวันละครั้ง	4.31	2
	15	สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง	4.29	5
	35	เคลื่อนย้ายสิ่งที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยออกไป	4.35	1
	37	การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาและเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ	4.30	3
	44	สามารถพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกครั้ง	4.30	4

**ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ย($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) และอันดับที่ของความ
มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยรายหมวด**

หมวดที่	ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	$\bar{x}$	SD	อันดับที่
1	การดูแลเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ	3.72	0.792	7
2	การดูแลเรื่องการขับถ่าย	2.62	1.045	9
3	การดูแลเรื่องอนามัยส่วนบุคคล	4.23	0.1789	1
4	การดูแลเรื่องการออกกำลัง/ การมีกิจกรรม	3.82	0.997	6
5	การดูแลเรื่องการพักผ่อน	3.89	0.836	4
6	การอยู่ตามลำพัง/การมีปฏิสัมพันธ์ กับสังคม	3.89	0.893	3
7	การป้องกันอันตราย	3.88	0.834	5
8	การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดตามปกติสุข	3.97	0.798	2
9	การดูแลเมื่อสุขภาพเบี่ยงเบนไป	3.72	0.880	8

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหารวมทั้งหมด การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์ตึงเครียด กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) พบว่า การเผชิญปัญหาโดยรวมทั้งหมด และการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ในระดับค่า กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 แต่การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา (x) กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (y)

ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (Y)	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r xy)	P
การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (X1)	0.3996	0.00
การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด (X2)	0.1162	0.25
การเผชิญปัญหารวมทั้งหมด (X)	0.3174	0.00

5. การศึกษาพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาของญาติที่มีปัจจัยแตกต่างกัน

ในการศึกษาความแตกต่างของการเผชิญปัญหาของญาติ ได้ทดสอบความแตกต่าง ด้วยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (Oneway analysis of variance or F-test) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผลทำให้การเผชิญปัญหาของญาติแตกต่างกัน ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการเผชิญปัญหา จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยF-test

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	3	342.15	114.05	0.48	0.70
ภายในกลุ่ม	96	22792.44	237.42		
รวม	99	23134.59			
เพศ					
ระหว่างกลุ่ม	1	420.86	420.86	1.82	0.18
ภายในกลุ่ม	98	22713.73	231.77		
รวม	99	23134.59			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
สถานภาพสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	2	181.62	90.81	0.38	0.68
ภายในกลุ่ม	97	22952.97	236.63		
รวม	99	23134.59			
การศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	3	1717.53	572.51	2.57	0.6
ภายในกลุ่ม	96	21417.07	223.09		
รวม	99	23134.59			
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	1	360.06	360.06	1.55	0.22
ภายในกลุ่ม	98	22774.53	232.39		
รวม	99	23134.59			
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	1	453.60	453.60	1.96	0.16
ภายในกลุ่ม	98	22680.99	231.44		
รวม	99	23134.59			
ความพิการของผู้ป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	3	24.78	8.26	0.03	0.99
ภายในกลุ่ม	96	23109.81	240.73		
รวม	99	23134.59			

ตารางที่ 10 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษ					
ระหว่างกลุ่ม	3	500.16	166.72	0.71	0.55
ภายในกลุ่ม	96	22634.43	235.78		
รวม	99	23134.59			

6. การศึกษาความมั่นใจของญาติที่มีปัจจัยแตกต่างกัน

ในการศึกษาความแตกต่างของความมั่นใจของญาติ ได้ทดสอบความแตกต่าง ด้วยการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (Oneway analysis of variance or F-test) ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีผลทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติแตกต่างกัน ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย
จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์
การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วยและจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษา
ด้วย F-test

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	3	6176.71	2058.90	2.14	0.10
ภายในกลุ่ม	96	92567.29	964.24		
รวม	99	98744.00			
เพศ					
ระหว่างกลุ่ม	1	25.32	25.32	0.03	0.87
ภายในกลุ่ม	98	98718.68	1007.33		
รวม	99	98744.00			
สถานภาพสมรส					
ระหว่างกลุ่ม	2	3054.49	1527.24	1.55	0.22
ภายในกลุ่ม	97	95689.51	986.49		
รวม	99	98744.00			
การศึกษา					
ระหว่างกลุ่ม	3	3133.23	1044.41	1.05	0.38
ภายในกลุ่ม	96	95610.77	995.95		
รวม	99	98744.00			

ตารางที่ 11 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อาชีพ					
ระหว่างกลุ่ม	1	343.90	343.90	0.34	0.56
ภายในกลุ่ม	98	98400.11	1004.08		
รวม	99	98744.00			
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	1	274.82	274.82	0.27	0.60
ภายในกลุ่ม	98	98469.79	1004.79		
รวม	99	98744.00			
ความพิการของผู้ป่วย					
ระหว่างกลุ่ม	3	2791.01	930.34	0.93	0.43
ภายในกลุ่ม	96	95952.99	999.51		
รวม	99	98744.00			
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษ					
ระหว่างกลุ่ม	3	2184.48	788.16	0.72	0.54
ภายในกลุ่ม	96	96559.52	1005.83		
รวม	99	98744.00			

ข อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานที่ 1. ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์เชิงเครียด

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่าสอดคล้องตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ตารางที่ 6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาโลวีสและเพาเวอร์ (Jalowiec & Power 1981: 11-15) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันเลือดสูงและผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์เชิงเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของบัลดรี เมอร์ฟีและเพาเวอร์ (Baldree, Murphy and Power 1982: 107-112) ในผู้ป่วยที่ทาโคอะไลซิส (dialysis) พบว่า ผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์เชิงเครียด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2526:97) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุก็พบว่าผู้ป่วยใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่า ลดอารมณ์เชิงเครียด

การเผชิญปัญหาของครอบครัว (family coping) จะเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และพัฒนาขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการ และสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Friedman 1986:244) ครอบครัวจะใช้ทั้งการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาและการลดอารมณ์เชิงเครียด ซึ่งการเผชิญปัญหาทั้งที่มุ่งแก้ปัญหาและลดอารมณ์เชิงเครียดต่างก็ผ่านกระบวนการทางความคิดและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Lazarus & Folkman 1984: 179) และในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้เครื่องมือวัดการเผชิญปัญหาของจาโลวีส ที่สร้างขึ้นโดยมีพื้นฐานของลาซารัส ดังนั้นวิธีการเผชิญปัญหาทุกวิธีจึงถือว่าผ่านกระบวนการทางความคิดทั้งสิ้น

เมื่อมีเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในครอบครัว คือ มีคนเจ็บป่วยและเมื่อญาติทราบการวินิจฉัยโรคและการรักษา ญาติจะเข้าสู่กระบวนการปรับตัวเพื่อที่จะเผชิญปัญหาและใช้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด หลังจากนั้นญาติจะใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับปัญหาเฉพาะ ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา (Baldree, Murphy and Power 1982:111) ในการศึกษาครั้งนี้วัดการเผชิญปัญหาที่ญาติใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับ จึงเป็นการวัดการเผชิญปัญหาที่ผ่านมาแล้วซึ่งญาติอาจลืมการเผชิญปัญหาที่ได้ใช้ไปแล้วทำให้พบว่าญาติใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าลดอารมณ์ตึงเครียด เพราะเป็นการเผชิญปัญหาที่ใช้มากในตอนที่ตอบแบบสอบถาม แม้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างจะใช้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด น้อยกว่าการมุ่งแก้ปัญหา แต่กลุ่มตัวอย่างก็มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น ซึ่งเป็นอันดับแรกของการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียดที่ใช้มากที่สุด (ตารางที่ 5) จะเป็นผลดี เพราะการมีความหวังทำให้บุคคลแสวงหาสิ่งที่ทำให้ถึงเป้าหมายได้ (Poletti 1984:49; Hodgson 1982:23) และการเผชิญปัญหาที่มีความหวังนี้อาจนำไปสู่การประเมินซ้ำ (reappraisal) อีกครั้ง (Lazarus & Folkman 1984:151) ทำให้บุคคลได้ทบทวนถึงเหตุการณ์และวิธีเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้วและปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

สมมติฐานที่ 2 การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา และลดอารมณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ส่วนการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เมื่อนำคะแนนการเผชิญปัญหาทั้งที่มุ่งแก้ปัญหา และลดอารมณ์ตึงเครียด มารวมกันเป็นคะแนนการ

เผชิญปัญหา แล้วหาความสัมพันธ์ กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ (ตารางที่ 9)

ในขณะที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เป็นระยะที่ญาติมีความเครียดมาก เพราะญาติจะทราบการวินิจฉัยโรค และการรักษาของผู้ป่วย ดังนั้นญาติจะมีการใช้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด (Baldree, Murphy and Powers 1982:111; Lazarus & Folkman 1984:169) หลังจากนั้นญาติ จะใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา (Baldree, Murphy and Power 1982:111) ซึ่งการใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา และลดอารมณ์ตึงเครียดจะมีการเปลี่ยนแปลง ตลอดเวลาเพื่อตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากภายในและภายนอก ของญาติ (Lazarus & Folkman 1984:141) เมื่อญาติใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการแก้ปัญหาที่ประกอบด้วย การแยกแยะปัญหา การหาวิธี แก้ไข การให้คำแนะนำถึงผลได้ผลเสียของแต่ละวิธี เพื่อเลือกวิธีที่ดีที่สุดและการลงมือ กระทำ (Lazarus & Folkman 1984:152) ญาติจะสามารถแยกแยะปัญหาที่เกิด จากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย หาความรู้ที่เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย ส่วนความ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติจะเกิดขึ้นได้ญาติก็ต้องประเมินความสามารถของตนว่า จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพียงใด ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจะได้มาจากการ ได้รับความรู้ การสังเกตหรือจากการเคยได้กระทำมาแล้ว (Orem 1985:33) ซึ่งความสามารถนี้จะได้มาจากการหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วยซึ่ง เป็น กระบวนการของการเผชิญปัญหานั้นเอง จึงจะเห็นว่า การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

เมื่อญาติใช้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ลดอารมณ์ ตึงเครียดรวมถึงวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การเห็นเป็นเรื่องเล็ก การ เลือกสนใจเฉพาะสิ่ง การเปรียบเทียบกับสิ่งที่คิดและการหาคุณค่าทางที่ดีจากสิ่งที่ไม่ดี

เป็นต้น (Lazarus & Folkman 1984:150) นอกจากนี้ญาติบางรายอาจทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อที่จะได้ไม่คิดถึงปัญหาที่เผชิญอยู่ การปฏิเสธที่จะรับรู้ต่อสิ่งที่เลวร้ายเหล่านี้เป็นการหลอกหลวงตนเองซึ่งจะช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด แต่ไม่ได้แก้ไขปัญหา ดังนั้นเมื่อญาติประเมินความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยญาติจึงไม่เกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยเพราะไม่ได้ผ่านการแยกแยะปัญหา หาความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียดมีความสัมพันธ์กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญ

การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด แม้ว่าไม่ได้แก้ไขปัญหาก็จะนำไปสู่การประเมินหรือเป็นการประเมินซ้ำอีกครั้ง การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มเหล้าหรือการหาการปลอบประโลมจากญาตินั้น สามารถนำไปสู่การประเมินซ้ำ (reappraisals) (Lazarus & Folkman 1984:151) เพราะเมื่อญาติได้ระบายอารมณ์ที่ตึงเครียดแล้วจะมาเผชิญกับความเป็นจริง ซึ่งจะเกิดการประเมินซ้ำว่าวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้ใช้ไปแล้วจะแก้ไขปัญหาคือหรือไม่ ทำให้ญาติคิดหาวิธีการใหม่ต่อไปเพื่อแก้ปัญหาหรืออาจใช้วิธีการเดิมที่เคยใช้แล้วได้ผล ทำให้ผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาหลายครั้งจนกว่าญาติจะแก้ไขปัญหาคือ และอยู่ในภาวะสมดุลย์ระหว่างญาติกับภาวะเครียดนั้น ดังนั้นหากญาติได้ปรับภาวะเครียด ด้วยการผ่อนคลายอารมณ์ หรือ ลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused coping) และจัดการกับปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะเครียด (problem-focused coping) ได้แสดงว่าญาติสามารถใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างได้ผล (effective coping) (Lazarus & Folkman 1984:188) ซึ่งทำให้ญาติได้ความรู้เกิดการเรียนรู้อื่นจะนำไปสู่ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ พบว่า การเผชิญปัญหาซึ่งรวมทั้งการเผชิญปัญหาที่แก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ตึงเครียด มีความสัมพันธ์กับ การดูแลผู้ป่วย ส่วนความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำนั้นแสดงว่ามีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วย

สมมติฐานที่ 3 ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่แตกต่างกันในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน

ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วยและจำนวนวัน ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ทำให้ญาติใช้การเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 10

1. ปัจจัยด้านอายุ

การศึกษาของลามองเต้ (La Montague 1987:163) เรื่องการเผชิญปัญหากับการผ่าตัดในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) พบว่า เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีอายุมากกว่าจะมีความสนใจในการรับข้อมูล มากกว่า เด็กที่มีอายุน้อย เด็กที่มีอายุมากกว่าจะเห็นความแตกต่างของบุคคลที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยหรือภาวะเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของโฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus 1980:233) ในคนวัยกลางคน (46-64 ปี) พบว่า การเผชิญปัญหาลัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และลัมพันธ์กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดตามพัฒนาการ ซึ่งพยอม อิงคตานุวัฒน์ กล่าวว่า (2523:1-21) เมื่ออายุมากขึ้นคนผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตมามาก จะมีประสบการณ์ความสามารถในการปรับตัวได้ดีซึ่งสอดคล้องกับลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984: 172) ที่กล่าวว่า เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลได้ผ่านภาวะวิกฤต มีประสบการณ์ พัฒนาการ ทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกวิธีการในการเผชิญปัญหามากขึ้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีผลทำให้การเผชิญปัญหา

ของญาติแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกันการศึกษาที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุระหว่าง 16-69 ปี กลุ่มอายุ 20-39 ปี มีจำนวนมากที่สุดถึง ร้อยละ 67 (ตารางที่ 3) เป็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กระจายเพียงพอทำให้ผลที่ได้ไม่เป็นไปตามทฤษฎี อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 3) ซึ่งเชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม (ชุตตา จิตพิทักษ์ 2528:120) จึงทำให้ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ดังจะเห็นว่าคะแนนการเผชิญปัญหาในวิธีนี้ได้คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 4) มีการพยายามควบคุมสถานการณ์ต่างๆ เเท่าที่จะทำได้ คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาในขณะเดียวกัน ก็มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น (ตารางที่ 4 และ 5) อีกประการหนึ่ง การประเมินเกี่ยวกับโรคเป็นที่รู้จักกันทั่วไปซึ่งเป็นสากล คือ อัมพาตและทำให้ญาติสามารถทำนายได้ว่า จะเกิดอะไรตามมา ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในอายุกลุ่มใดก็จะมี การเผชิญปัญหาที่ไม่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านเพศ

การศึกษาของจาโลวีสและเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers 1980:10) ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงและผู้ป่วยหอบหืด พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิทย์ บรรเท็ง (2528:109) ในเด็กวัยเรียนก่อนการผ่าตัด พบว่า เพศไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหา จากการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต (2526:ข) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยที่แตกต่างกันในปัจจัยด้านเพศไม่มีความแตกต่างในความบ่อยครั้งของการใช้การเผชิญปัญหา และผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66 (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือดจึงเป็นความสนใจในการรับผิดชอบตามบทบาทของลูก จึงแสดงออกโดยการยอม

รับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของสังคมไทยที่เป็นผลจากการนับถือศาสนาพุทธ (ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ถึงร้อยละ 98) ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายมีการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

การศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต (2526:ข) ไม่พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้และอาจกล่าวได้ว่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ (Vachon 1987:17) และเป็นแหล่งประโยชน์ของการเผชิญปัญหา ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงน่าจะมีการใช้การเผชิญปัญหาสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด และหม้าย หย่าหรือแยก แต่เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและญาติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 66 (ตารางที่ 3) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดสูงตามลักษณะของสังคมไทยจึงมีการเอื้อหนุนกันอยู่เสมอ (อานนท์ อภาภิรม 2525:80) และขนบธรรมเนียมประเพณีไทยก่อให้เกิดพลังกลุ่มที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียว (อานนท์ อภาภิรม 2517:15) การรวมกลุ่มกันนี้เป็นเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ของการเผชิญปัญหา ดังนั้นไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในสถานภาพสมรสใดก็ตาม จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและแสดงออกในการเผชิญปัญหาที่ไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านการศึกษา

การศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต (2526:110) พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความบ่อยครั้งในการใช้วิธีเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งจาโลวีสและเพาเวอร์ (Jalowiec & Powers 1981 อ้างใน ผ่องศรี ศรีมรกต 2526:111) กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถ ในการเผชิญปัญหา เพราะ การศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าและสามารถป้องกันการเกิดความยุ่งยากซ้ำอีกได้ ก่อนที่จะเกิดปัญหารุนแรง แต่จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการใช้การเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงนอกจากจะเผชิญปัญหาได้ดีกว่าแต่ก็อาจมีการรับรู้ถึงปัญหาได้กว้างกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จึงมีการรับรู้ถึงความเครียดได้สูงกว่าด้วย ซึ่งส่งผลให้มีการใช้การเผชิญปัญหาในระดับเดียวกัน

5. ปัจจัยด้านอาชีพ

การศึกษาของพรณพิไล เลหาเพ็ญแสง (2526:101) ในมารดาที่คลอด พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหา อย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของโฟลคแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus 1980:230-235) ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาชีพกับการเผชิญปัญหาและจากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบว่าอาชีพที่ต่างกันทำให้อาติมีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ถึงร้อยละ 65 (ตารางที่ 3) ซึ่งมีบทบาทที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและแม้ว่าญาติจะประกอบอาชีพในบ้าน หรือนอกบ้านก็ตามญาติยังต้องรับรู้ถึงปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและปัญหาอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของคาร์เพนเตอร์ (Carpenter 1974:274) ในครอบครัวที่สามีพิการมาแล้ว 2-5 ปี พบว่าภรรยาที่ทำงานนอกบ้านหรือทำงานในบ้าน ต่างมีแนวโน้มที่จะจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย และรับผิดชอบงานบ้านเกือบทุกอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ได้วัดการเผชิญปัญหาในขณะที่ยังไม่ได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับ และผู้ป่วยทั้งหมด ได้รับการรักษาจากหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีระบบการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ดังนั้น ไม่ว่าญาติกลุ่มตัวอย่างจะประกอบอาชีพในบ้านหรือนอกบ้าน ต่างก็มีการเผชิญปัญหาที่ไม่แตกต่างกัน

6. ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับการเผชิญปัญหา จากการศึกษาไม่พบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมีผลทำให้ การเผชิญปัญหาของญาติแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิณี บรรเทึง (2526:109) พบว่าประสบการณ์การผ่าตัดไม่มีผลต่อการเผชิญปัญหาและสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา พุ่มดวง (2527:ค) ในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีครั้งที่ 1 และ 2 มีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การที่ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยไม่มีผลทำให้ การเผชิญปัญหาแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่ญาติต้องดูแลนั้น เป็นคนละคนกัน ทำให้มีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Burckhardt 1987: 543) และการเผชิญปัญหาของญาตินั้น เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละสถานการณ์ แม้ว่า ญาติกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว จึงเหมือนกับต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ จึงพบว่าญาติที่มีประสบการณ์และไม่มีความประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมี พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ที่ไม่แตกต่างกัน

7. ปัจจัยด้านความพิการของผู้ป่วย

ความพิการของผู้ป่วยกับการเผชิญปัญหา จากการศึกษา ไม่พบว่าความพิการของผู้ป่วยมีผลทำให้การเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผ่องศรี ศรีมรกต (2526:ข) พบว่าความแตกต่างของอวัยวะที่บาดเจ็บไม่มี ความแตกต่างกันในความบ่อยครั้งของการใช้การเผชิญปัญหา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้แล้วนั้น แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความพิการอยู่ในระดับใดย่อม แสดงว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัยที่สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยลดลง การเผชิญปัญหาของญาติจึงใช้กระบวนการทางความคิดมากขึ้นซึ่งทำให้พบว่า ญาติกลุ่มตัวอย่างมีการใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหามากกว่าลดอารมณ์ตึงเครียด (ดังสมมติฐานที่ 1) จึงทำให้การเผชิญปัญหาของญาติไม่แตกต่างกัน

8. จำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าจำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ทำให้อาการเผชิญปัญหาแตกต่างกัน และในประเด็นนี้ยังไม่มีผู้ที่ศึกษาไว้ แต่พอจะอธิบายได้ว่าในขณะที่วัดการเผชิญปัญหาของกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นเวลาที่แพทย์มีคำสั่งให้จำหน่ายผู้ป่วยได้ ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติต่างก็ผ่านระยะวิกฤติมาแล้ว ญาติจึงใช้กระบวนการทางความคิด และแสดงออกโดยการใช้การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการลดอารมณ์ตึงเครียด (ตารางที่ 6) ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยจะรับการรักษาในโรงพยาบาลนานเท่าใดก็จะมีการใช้การเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน และด้านผู้ดูแล เช่นพยาบาลได้มีการเตรียมโดยให้คำแนะนำ สนับสนุนช่วยเหลือให้ญาติเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความมั่นใจและตระหนักในความปลอดภัย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลนานไม่เท่ากัน

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติ ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ทำให้การเผชิญปัญหาของญาติแตกต่างกันนั้นเป็นเพราะ

1. ลักษณะของสังคมไทยมีความสัมพันธ์กันในเครือข่ายทางสังคมสูงทำให้ญาติมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือในการเผชิญปัญหาและดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน
2. ลักษณะของญาติ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธซึ่งสอนให้บุคคลยอมรับกฎแห่งกรรมจึงยอมรับสภาพของผู้ป่วยได้
3. ระยะเวลาในการประเมินการเผชิญปัญหา เป็นช่วงที่ญาติผ่านเหตุการณ์วิกฤติมาแล้ว จึงเป็นการใช้กระบวนการทางความคิดเช่นเดียวกัน
4. ลักษณะของกลุ่มไม่กระจายเพียงพอ เช่น อายุ เพศ

สมมติฐานที่ 4 ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่แตกต่างกันในด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันแตกต่างกัน

ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 11

1. ปัจจัยด้านอายุ

การศึกษาของกรรณิการ์ กันธารักษา (2527:95) ในหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ระดับอายุที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมแตกต่างกัน ซึ่งโอเรม (Orem 1985:35) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นกับอายุ โดยวัยเด็กจะมีการพัฒนาน้อย และพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ จะดีที่สุดในวัยผู้ใหญ่และลดน้อยลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุสูงขึ้น ญาติก็จะมีพัฒนาการ มีการเรียนรู้ และใช้ความรู้ในการแสดงออกถึง การดูแลตนเองสูงขึ้น แต่ผลการศึกษารังนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 16-69 ปี แต่กลุ่มอายุ 20-39 ปีมีจำนวนมากที่สุด ซึ่งไม่มีการกระจายพอจึงทำให้ได้คะแนนความมั่นใจในระดับสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย (ตารางที่ 7) ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วย และกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นกิจวัตรประจำวันที่ไม่ยากเกินกว่าที่ญาติจะดูแลได้ จึงทำให้ญาติไม่ว่าจะอยู่ในอายุกลุ่มใดก็จะมี ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยด้านเพศ

การศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529:44) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิจกิจ (2531:69) ในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่งไม่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความว่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ิบแก้ว (2528:ค) ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความว่วมมือในการรักษาแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษารังนี้ไม่พบว่า เพศทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า

กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับตามความต้องการ การดูแลตนเอง (selfcare requisites) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องกระทำในชีวิตประจำวันและที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและโรค ดังนั้นในหมวดการดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นหมวดที่ได้คะแนนสูงสุด (ตารางที่ 8) ส่วนหมวดการดูแลเรื่องการขับถ่ายเป็นหมวดที่ได้คะแนนต่ำที่สุด ซึ่งเป็นหมวดที่ต้องดูแลเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ญาติจะสามารถสอนปัสสาวะให้อย่างถูกวิธี (ตารางที่ 7) ดังนั้นญาติกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและชาย จึงมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

3. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส

การศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิจกิจ (2531:69) ไม่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮัมบาร์ค มูห์เลนแคมป์และบราวน์ (Hubbard, Muh-lenkamp and Brown 1984:268) ในอาสาสมัครถึงการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเอง ไม่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีผลทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของญาติแตกต่างกัน ซึ่งพอจะอธิบายได้ดังนี้ ลักษณะของสังคมไทยนั้นจะมีการติดต่อเยี่ยมเยียนกันอยู่เสมอ ทำให้ญาติกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ใกล้เคียงกันและกิจกรรมที่ทำนั้นเป็นสุขอนามัยพื้นฐานญาติจึงมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านการศึกษา

จากการศึกษาของนวลนินษ์ ลิมนวัสน์ (2531:78-80) ในผู้ป่วยบริเวณศีรษะและคอ ไม่พบว่าการศึกษที่แตกต่างกันมีผลทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนัน สุตะชะ (2530:78-79) ในหญิงตั้งครรภ์ไม่พบว่าการศึกษที่แตกต่างกันมีผลทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกัน ในการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพอจะอธิบายได้ว่า ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยนี้ เป็นการวัดความมั่นใจในกิจกรรมที่มุ่งช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความต้องการการดูแลตนเอง เป็นหลักซึ่งคล้ายกับชีวิตประจำวัน จึงไม่เป็นการยากที่ญาติไม่ว่าการศึกษา ระดับใดจะให้การดูแล ส่วนกิจกรรมเฉพาะ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะจะได้รับการสอนเฉพาะเป็นรายๆ และการดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่ได้รับมาจากความเชื่อ นิสัยการปฏิบัติที่มาจากวัฒนธรรม การดำเนินชีวิตในสังคมนั้นๆ ทั้งต้องอาศัยแรงจูงใจและทักษะที่กระทำ (Orem 1985:108-109) ดังนั้นไม่ว่าญาติ จะมีการศึกษาระดับใด ก็จะมีการเรียนรู้และมีการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยคล้ายคลึงกันจึงทำให้มีระดับความมั่นใจไม่แตกต่างกัน

5. ปัจจัยด้านอาชีพ

การศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิจกิจ (2531:69) พบว่าอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และจากการศึกษาค้างนี้ไม่พบว่ามีอาชีพ ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้นคล้ายกับกิจวัตรประจำวัน ทำให้ญาติที่ประกอบอาชีพในบ้านสามารถดูแลผู้ป่วยได้สะดวก ส่วนญาติที่ประกอบอาชีพนอกบ้านก็สามารถหาบุคคลมาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยและสามารถควบคุมได้ง่าย เพราะส่วนใหญ่เป็นกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้มีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ประกอบอาชีพในบ้าน

6. ปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

การศึกษาของกรรณิการ์ กันธรักษา(2527:109)และ สุมณ สุตะชะ (2530:78-79) พบว่าลำดับที่ของการตั้งควรภัก ไม่ทำให้พฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อ ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพโดยรวม แตกต่างกัน แม้ว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจะเป็นแหล่ง ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมี ความเจ็บป่วยคล้ายคลึงกับการเจ็บป่วยที่ญาติเคยดูแลมาแล้ว แต่ผู้ป่วยแต่ละคนต่างก็มี ต่างก็มี การตอบสนองต่อการเจ็บต่างกัน ทำให้ญาติที่เคยดูแลผู้ป่วยรายอื่นมาแล้ว เมื่อมาดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ จึงคล้ายกับเป็นการดูแลผู้ป่วย เป็นครั้งแรก จึงทำให้ความมั่นใจ ของญาติ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ไม่แตกต่างจากความมั่นใจของญาติที่ไม่มี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

7. ปัจจัยด้านความพิการของผู้ป่วย

ความพิการของผู้ป่วยกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษา ไม่พบว่าความพิการของผู้ป่วย ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน และ ในประเด็นนี้ยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ซึ่งพอจะกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นลักษณะของสังคมไทย ทำให้มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ และคิดว่า อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ทำให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (เจริญ พรหมอยู่ 2526:81) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าญาติยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็น จริง (ตารางที่ 4) และญาติคิดว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นเรื่องธรรมดา และ เป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ (ตารางที่ 7) จึงเป็นผลให้ญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะอยู่ในระดับใด และให้ความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วย ดังนั้น จึงพบว่าไม่ว่าผู้ป่วยจะมีความพิการแบบใด ญาติก็มีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

8. จำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า จำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ทำให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกัน และในประเด็นนี้ยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ แต่พอจะอธิบายได้ว่า ในขณะที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้นั้น ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะที่ปลอดภัย และกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นกิจกรรมที่เหมือนกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะรับการรักษาในโรงพยาบาลนานเท่าใด

การที่ญาติกลุ่มตัวอย่าง ที่แตกต่างกันในด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่ทำให้ความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยของญาติแตกต่างกันนั้น อาจสรุปได้ดังนี้

1. กิจกรรมที่จะกระทำให้ผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่เป็นกิจวัตรประจำวัน ของทุกคนที่ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจสูง
2. ลักษณะของสังคมไทย ทำให้ญาติยอมรับสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และคิดว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ
3. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างไม่กระจาย

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายที่ศึกษา ถึง ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติ กับ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาและความมั่นใจของญาติ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลประสาท และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2531 ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสอบถามที่มีทั้งหมด 4 ส่วน ในส่วนที่ 1 และ 2 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติ ส่วนที่ 3 เป็นแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แปลมาจาก จาโลวีสโคปิงสเกล (Jalowiec Coping Scale) ได้ทดลองใช้ แล้วผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของความหมายในเนื้อหาจากภาษาอังกฤษ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ส่วนที่ 4 เป็นแบบวัดความมั่นใจของญาติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายหลังทดลองใช้และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วปรับปรุงแก้ไข การทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการใช้สัมประสิทธิ์ของแอลฟาได้ค่าความเที่ยงของส่วนที่ 3 และ 4 เท่ากับ 0.88 และ 0.97 ตามลำดับ

การเก็บข้อมูลจำนวน 100 ราย นั้น 30 รายเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ การนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทดสอบเครื่องมือมาคำนวณด้วย เพราะช่วงที่เก็บข้อมูลมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเก่าที่

มาด้วยปัญหาแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม การติดเชื้อของแผลกดทับ เป็นต้น ประกอบกับ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูลทั้งสิ้น 4 เดือน ซึ่งนานเป็น 2 เท่ากับที่วางแผนไว้ เมื่อเก็บ ข้อมูลครบตามจำนวนแล้ว ได้นำแบบสอบถาม มาหาความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม 30 ราย และ 70 ราย ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของแบบสอบถามทั้ง ส่วนที่ 3 และ 4 จึงนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ตามลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้แปลงข้อมูลที่ได้เป็นคะแนนตามหลักการสร้าง เครื่องมือแล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 17-88 ปี กลุ่มอายุ 46-64 ปี มี จำนวนมากที่สุด เป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าชาย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพที่พบมากที่สุดคืออยู่บ้านเฉยๆ ระยะเวลาที่รับ การรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระหว่าง 4-120 วัน และความพิการที่พบมากที่สุด คือ อัมพาตซีกซ้ายหรือขวา

2. ญาติกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-69 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพภายในบ้าน ความ สัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรและส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน

3. การใช้สถิติกรรมเพชฌัญญาของญาติ ใช้การมุ่งแก้ปัญหา มากกว่า การลดอารมณ์ถึงเครียด ($p < 0.001$) และวิธีที่ญาติใช้ในการเพชฌัญญามากที่สุด 5 อันดับแรก คือ การยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง การพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ การคิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหา การมองปัญหาอย่างรอบคอบ และการมองสถานการณ์นั้นอย่างมีความหมาย ซึ่งเป็นการเพชฌัญญาที่มุ่งแก้ปัญหา ทั้งหมด ส่วนวิธีที่ถูกใช้น้อยที่สุด 5 อันดับคือ การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท การโกรธ สาปแช่ง สบตาสบาณ การ

พยายามหนีจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และการตำหนิคนอื่นว่าเป็นตัวการที่ก่อให้เกิดปัญหา ซึ่งเป็นการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียดทั้ง 5 วิธี

4. ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ญาติมีความมั่นใจมากที่สุดในหมวด อนาคตส่วนบุคคล รองลงมาคือการดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตตามปกติสุข ส่วนหมวดที่ญาติมีความมั่นใจน้อยที่สุด คือ การดูแลเรื่องการขับถ่าย

5. ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา กับความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย พบว่าการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ($r=0.40$, $p<0.001$) แต่ก็มีความสัมพันธ์สูงกว่าการเผชิญปัญหาโดยรวม ($r=0.32$ $p<0.001$) ส่วนการเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียดมีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.12$, $p > 0.05$).

6. ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผลทำให้ญาติมีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

7. ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วย ความพิการของผู้ป่วย และจำนวนวันที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผล ทำให้ญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ก. การนำไปใช้ทางการพยาบาล

1. เน้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ญาติใช้การเผชิญปัญหา
2. จัดกลุ่มญาติ (self help group) เพื่อให้โอกาสญาติอภิปรายหาความรู้ และระบายความรู้สึก ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเผชิญปัญหาและทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

ข. การทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการเผชิญปัญหาของญาติเป็นช่วง ๆ เช่น เมื่อเข้ารับการรักษาก่อนจำหน่ายกลับ และหลังจำหน่ายแล้ว 1 เดือน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (social support) กับการเผชิญปัญหาและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือจากญาติคนอื่น ๆ
3. การศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหา ควรใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างออกไปจากรูปแบบที่กำหนด

บรรณานุกรม

จินตนา ยูนิพันธุ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

จันทร์เพ็ญ การีเวท. "การดูแลผู้ป่วยอัมพาต." วารสารพยาบาล. 33 (เมษายน-มิถุนายน 2527):126-141.

ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ:สหประชาพาณิชย์, 2521.

นิภา ศิริไพโรจน์ หลักการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ:ศึกษาพร, 2527.

บุญทิพย์ ลีวิธรังศรี. ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

พรรณพิไล เล่าหะเพ็ญแสง. เปรียบเทียบพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดและสัมพันธ์ภาพของมารดาต่อบุตร ระหว่างมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดคนแรก กับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ:เจริญผล, 2526.

รัตน มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมโนทัศน์และปัจจัยบางประการ
กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

วรรณ บรรเทิง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก
กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดก่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก.
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

วราสารสถิติรายไตรมาส. สำนักงาน สถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎิกมนตรี 34
(มิถุนายน 2529):10.

สุปาวี หันธน้อย. "ผู้ป่วยและความเจ็บป่วย." ใน การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิด
และการปฏิบัติ. หน้า 37-38. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2529.

สนิท คุ่มบุญมี และสุธิดา ปานเพ็ชร (แปลและเรียบเรียง) การพยาบาลโรค
ทางระบบประสาท กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวง
สาธารณสุข, 2524.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน." ใน การ
พยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. หน้า 84-93. ภาควิชาพยาบาล
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์. การประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโคลอสโตมีย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ. Storke. เอกสารอัดสำเนา หมายเลข 332 ไม่ระบุปีพ.ศ.

อัจฉรา ห่มดวง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

Ahlsio B, Britton M, Murray V and Theorell T. "Disablement and quality of life after stroke." Stroke. XV (Sept-Oct 1984):886-890.

Alexander MA. "Cerebrovascular accident." Nursing Mirror. CIVV (Dec 1977):25-26.

Anderson TP, Baldrige M and Ettinger MG. "Quality of Care for Complete Stroke without Rehabilitation: Evaluation by Assessing Patient Outcome." Archived of Physical Medicine and Rehabilitation. LX (March 1979):103-107.

Anderson TP. "Rehabilitation of Patients with Completed Stroke." In Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation. 3rd edition. pp583-603. Edited by Kottke FJ. Philadelphia:WB Saunders Company, 1982.

Appelbaum SH. "Coping with Stress." In Stress Management for Health Care Professionals. London:Aspen Systems Cooperation, 1981.

Baldree KS, Murphy P and Powers MJ. "Stress Identification and Coping Pattern in Patients on Hemodialysis." Nursing Research XXXI (Mar-April 1982):107-112.

Binder LM. "Emotion Problems after Stroke." Stroke. XV (Jan-Feb 1984):174-177.

Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI and Miller IW. "Stroke: Morale, Family functioning, Health status and Functional capacity." Archived of Physical Medicine and Rehabilitation. LXVII: (Feb 1986):84-87.

Bower N. and Patterson J. "A Theory-based nursing assessment of the aged." Topics in Clinical Nursing. VIII (April 1986): 22-23.

Brose C. "Theories of Family Crisis." In Family Health Care. pp 271-283. Edited by Hymovich DP and Barnard MV. New York:Mc Graw Hill Book Company, 1973.

Brunner LS and Suddarth DS. Textbook of Medical-Surgical Nursing 5th ed. Philadelphia:JB Lippincott Co., 1984.

Carpenter JO. "Changing Roles and Disagreement in Family with Disabled Husbands." Archived of Physical Medicine and Rehabilitation. LV (June 1974):272-274.

Connelly CE. "Self-Care and the Chronically Ill Patient." Nursing Clinic of North America. XXII (Sept 1987): 621-629.

Dix PE and Ridder ME. "The adolescent with a stroke." Journal of Neurosurgical Nursing. XV (April 1983):80-86.

Dombovy ML, Sandok BA and Basford JB. "Rehabilitation for Stroke: A Review." Stroke. XVII (May-Jun 1986): 363-367.

Donahue RP, Abott RD, Reed DM and Yano K. "Alcohol and hemorrhagic stroke: The Honolulu Heart Program." JAMA. CCLV (May 1986):2311.

Dudas S. "Nursing Diagnosis and Intervention for the Rehabilitation of the Stroke Patient." Nursing Clinic of North America. XXI (June 1986):345-357.

Dzau RE and Bochme AR. "Stroke Rehabilitation: A Family-Team Education Program." Archived of Physical Medicine and Rehabilitation. LIX (May 1978):236-239.

Ebrahim S and Nouri F. "Caring for Stroke Patients at home." Internal Rehabilitation Medicine. VIII (April 1987):171-173.

Evans RL, Pomeroy S, Hammond MC and Halan EM. "Family Resource Questionnaire : Reliability and Validity of a Social Support Measure for Family of Stroke Patients." Psychological Report 1985;56:411-414.

Field D, Cordle CJ and Bowman GS. "Coping with stroke at home." Internal Rehabilitation Medicine. V (Mar 1983): 96-100.

Foster PC and Janssens NP. "Dorothea E Orem." In Nursing Theories The Base for Professional Nursing Practice. pp 90-106. Edited by George JB. New Jersey:Prentice-Hall Inc.,1980.

Germain CP. "Cultural Concepts in Critical Care." Advance in Nursing Science. V (Dec 1982):73-78.

Goldman HH. "Stress and mechanism of defense." In Review of General Psychiatry. Maruzen Asia Edition. pp 47-49. Singapore:Koon Wah Printing Ltd.,1984.

Gorelick PB, Rusinowitz MS, Tikun M, McDonald L and Robbins L. "Embolic Stroke Complicating Systemic Lupus Erythematosus." Archives of Neurology. XXXXII (Aug 1985):813-815.

Harris B. "Coping with Chronic Disease." In Psychosocial Nursing Care of The Aged. 2nd ed. pp 285-292. Edited by Burnside IM. New York:Mc Graw-Hill Book Company,1980.

Hodgson C. "A stroke in the family." Your Life and Health. (July 1982):22-23.

Hogstel MO. Home Nursing Care for the Elderly. USA:

Brady Communication Inc.1985.

Holroyd KA and Lazarus RS. "Stress, Coping and Somatic Adaptation" In Handbook of Stress:Theoretical and Clinical Aspects. pp 21-35 Edited by Goldberger L and Breznitz S. New York:The Free Press,1986.

Illis LS, sedgwich EM and Glanville HJ. Rehabilitation of the Neurological Patient. Oxford:Blodewell Scientific Publications, 1982.

Jalowiec A and Powers MJ. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients." Nursing Research. XXX (Jan 1981):10-15.

Jalowiec A, Murphy SP and Power MJ. "Psychometric Assessment of the Jalowiec Coping Scale." Nursing Research. XXXIII (May 1984):157-161.

Kotila M, Waltimo O, Niemi ML, Laaksonen R and Lempinen M. "The Profile of Recovery from Stroke and Factors Influencing Outcome." Stroke. XV (Nov 1984) :1039-1044.

La Montagne LL. "Children's Preoperative Coping:Replication and Extension." Nursing Research. XXXVI (May-June 1987):163.

Lazarus RS. "Cognitive and Coping Processes in Emotion." In Stress and Coping:Anthology. pp 145-158. Edited by Monat A and Lazarus RS. New York:Columbia University Press,1977.

Lazarus RS and Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Copany,1984.

----- . "Coping and Adaptation." In Handbook of Behavioral Medicine. pp 283-325. Edited by Gentry WD. New York: The Guilfort Press,1984.

Longstreth WT Jr and Swonson PD. "Oral contraceptive and stroke." Stroke. XV (July-Aug 1984):747-750.

Luckman J and Sorensen KC. Medical-Surgical Nursing:A Psychophysilogic Approach. 2nd ed. Philadelphia:WB Saunder Co.,1980

- Mc Cormic GP and Williams M. "Stroke:The Double Crisis."
American Journal of Nursing. LXXIX (Aug 1979):1410-1411.
- Meyer JS and Show T Diagnosis and Management of Stroke and TIAs. California:Addison Wesley Publishing Company , 1982.
- Mills VM and Wusteney E. "Physical Therapy and the Rehabilitation of Patients with Cerebrovascular Accidents."
In Stroke Rehabilitation. pp 321-336. Edited by Kaplan PE and Cerullo LJ. Boston:Butterworths,1986.
- Mulder LJMM and Spierings ELH. "Stroke due to Intravascular Coagulation in Mycoplasma Pneumoniae Infection."
Lancet. XI (Nov 1987):1430.
- Myco F. Nursing Care of the Hemiplegic Stroke Patient. London: Harper and Row Publishers,1983.
- Myco F. "Stroke and Its Rehabilitation : The Percieved Role of the Nurse in Medical and Nursing Literature."
Journal of Advanced Nursing. IX (Mar 1984):429-439.

Myco F. "Stroke Patients : A New Way of Living." Nursing Times LXXXII (April 1986):24-26.

Nakano KK. "Stroke:A Four-article symposium." Postgraduate Medicine. LXXX (Sept 1986):81-97.

Orem DE. "A Concept of Self-Care for the Rehabilitation Client." Rehabilitation Nursing. X (May-June 1985): 33-35.

----- . Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York: Mc Graw-Hill Book Copany,1985.

Orem DE and Taylor SG. "Orem's General Theory of Nursing." in Case Studies in Nursing Theory. Edited by Winstead-Fry P. New York:National League for nursing,1986.

Penson J."Helping Relative Cope with Cancer." Nursing Times. LXXX (April 1984):24-26.

Rakel RE. Textbook of Family Practice. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunder Company,1984.

Reinhardt AM and Boyle JS. "The Community." In Elements of Rehabilitation in Nursing: An Introduction. pp 20-21.

Edited by Boroch RM. ST Louis: The CV Mosby, 1976.

Robinson BJ. "Thirty:Assessment of the frail elderly." In Nursing and the aged. 2nd ed. pp 462-464. Edited by Burnside IM. New York:Mc Graw-Hill Book Company, 1981.

Rusk HA. Rehabilitation Medicine. 4th ed. ST Louis:The CV Mosby Company, 1977.

Samuels MA. "All About Stroke." Emergency Medicine. XVIII (Mar 1986):96-117.

Saunders JM and Mc Corkle R. "Social Support and Coping with Lung Cancer." Western Journal of Nursing Research. IX (Feb 1987): 29-42.

Sorensen KC and Luckman J. Basic Nursing : A Psychological Approach. 2nd ed. Philadelphia:WB Saunders Company, 1986.

Strickland E. "Stroke....How can you help?" Nursing Times LXX (Nov 1978):327-329.

Stroker R. "Impact of Disability on Families of Stroke Clients." Journal of Neurosurgical Nurses. XV (Dec 1983):360-365.

Synder M. A Guide to Neurological and Neurosurgical Nursing. New York:John Wiley & Sons,1983.

Wahlquist G. "The Family in Rehabilitation." Rehabilitation Nursing. XII (Mar-April 1987):62.

Watson PG. "Stroke in the Family:Theoretical Considerations." Rehabilitation Nursing. XI (Sept-Oct 1986):15-17.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (F-test)

สูตร

$$F = \frac{MSA}{MSW}$$

เมื่อ MSA= ค่าเฉลี่ยของผลต่างกำลังสองระหว่างกลุ่ม

(Mean square between groups)

MSW= ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

(Mean square within groups or mean square error)

2. การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยหลังจากวิเคราะห์ความแปรปรวน ใน
ตัวแปรแต่ละตัว ด้วยวิธี นิวแมนคิลส์ (newman-Keul tests Method)

สูตร

$$SNK = \sqrt{MSW / n}$$

$$n = \frac{K}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_3} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

ภาคผนวก ข.
ตัวอย่างเครื่องมือ

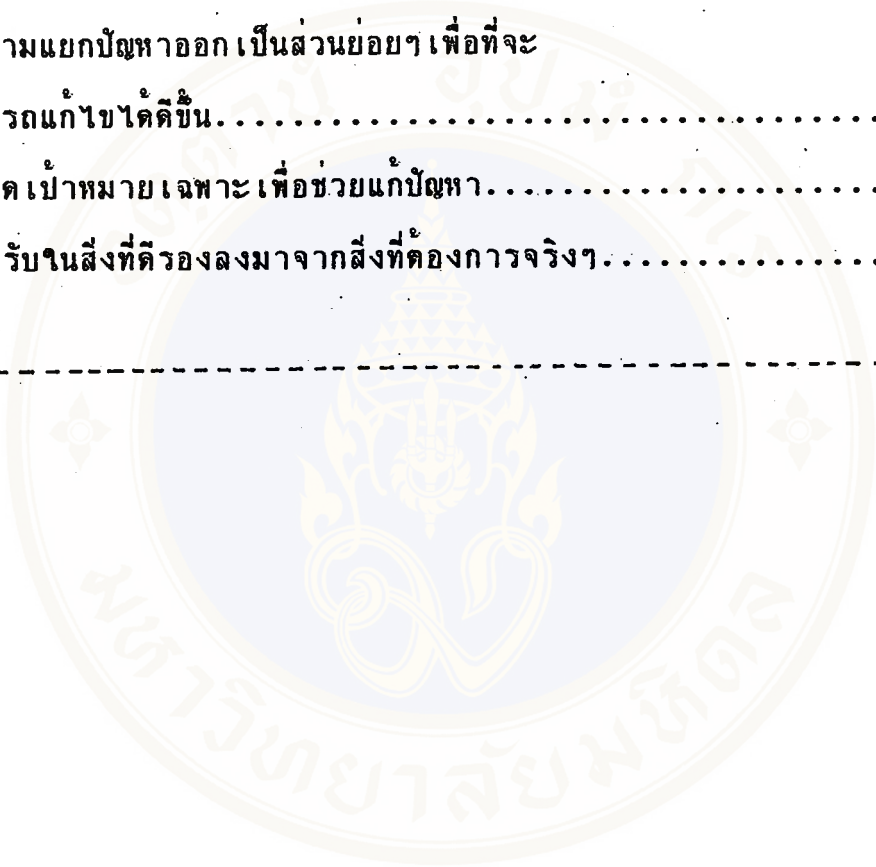
ส่วนที่ 3 วิธีเผชิญปัญหา

ผู้ป่วยรายที่.....โรงพยาบาล.....วันที่บันทึก.....

การเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆ	เป็นบาง	บ่อยๆ	เกือบ
	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ครั้ง	ทุกครั้ง
2. ร้องไห้.....					
4. หวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น.....					
6. คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุม สถานการณ์.....					
7. รับประทานอาหาร สุขบุหรี เคี้ยวหมากหรือ หมากฝรั่งมากขึ้น.....					
8. ดื่มเหล้า เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์.....					
9. ใช้ยานอนหลับ หรือ ยาระงับประสาท.....					
13. ทำอะไรก็ได้เพียงเพื่อสักแต่จะมีอะไรทำ เพื่อแก้ปัญหาแม้ว่าอาจไม่แน่ใจว่าจะได้ผล.....					
14. ถกปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน มาก่อน.....					
15. เตรียมพร้อมที่จะรับเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุด.....					
16. ไกวธ สบแช่ สบสาดน้ำ.....					
35. พยายามนำประสบการณ์เดิมมาใช้ในการ แก้ปัญหา.....					

การเผชิญปัญหา	ไม่เคย	นานๆ เป็นบาง	บ่อยๆ
	ครั้ง	ครั้ง	ทุกครั้งที่

36. พยายามแยกปัญหาวางเป็นส่วนย่อยๆ เพื่อที่จะ
สามารถแก้ไขได้ดีขึ้น.....
38. กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา.....
40. ยอมรับในสิ่งที่ตรงลงมาจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ.....
-



ส่วนที่ 4 ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่.....โรงพยาบาล.....วันที่บันทึก.....

กิจกรรม

ไม่

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

น้อย

ปานกลาง

มาก

มากที่สุด

การดูแลเรื่องอาหาร น้ำ อากาศ

2. การเตรียมและการให้อาหาร

2.1 ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้เอง ฉันจะ

เตรียมอาหารอย่างง่าย มีกากอาหาร

เช่นเดียวกับคนปกติและได้ครบทั้งข้าว

เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้.....

2.2 ผู้ป่วยที่ได้อาหารทางสายยาง ฉัน

สามารถเตรียมอาหารปั่นได้ตามที่

โภชนากร แพทย์และพยาบาลแนะนำ

ถ้าไม่เตรียมเองก็ซื้อจากโรงพยาบาล.....

2.3 ผู้ป่วยที่กลืนลำบากและไม่ได้ใส่สายยาง

ฉันเตรียมอาหารที่เหมาะสมในการกลืน

เพื่อจะได้ไม่สำลัก คือ อาหารเหลวข้น

ได้แก่ โจ๊ก กล้วยและมะละกอสุก ไอศกรีม.....

2.4 ก่อนให้อาหารทางสายยางฉันสามารถ

ทดสอบจนแน่ใจว่าปลายสายยางอยู่ใน

กระเพาะจริง.....

กิจกรรม

ไม่

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

น้อย

ปานกลาง

มาก

มากที่สุด

การขับถ่าย

9. ผู้ป่วยที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ฉันสามารถสวน

ปัสสาวะอย่างถูกวิธีและตามความจำเป็น.....

12. ฉันสามารถฝึกให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระทุกวัน.....

21. ฉันสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือตน

เองตามความสามารถของผู้ป่วย.....

การพักผ่อน

24. ฉันสามารถจัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหย่อนใจ

เช่น ให้ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น.....

การอยู่ตามลำพังและการติดต่อกับผู้อื่น

26. ฉันสามารถจัดเวลาให้สมาชิกในครอบครัว

ได้พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นประจำ.....

27. ฉันสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้พบปะกับ

บุคคลอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้าน บ้าง.....

35. ฉันได้เคลื่อนย้ายสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายแก่

ผู้ป่วยออกไป เช่น สิ่งกีดขวางและของมีคม.....

36. ฉันทราบอาการผิดปกติที่ต้องไปพบแพทย์

หรือปรึกษาพยาบาลก่อนวันนัด.....

กิจกรรม

ไม่

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

มั่นใจ

น้อย

ปานกลาง

มาก

มากที่สุด

การช่วยเหลือและการดูแลจิตใจ

37. การที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยนั้นเป็นเรื่องรวมดา
และเป็นหน้าที่ของฉันที่ต้องรับผิดชอบ.....
38. การที่ผู้ป่วยมีอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยน
ไปนั้นเป็นเรื่องปกติและฉันสามารถยอมรับได้.....
41. ฉันสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรม
ทางศาสนาได้ตามปกติ.....

ภาคผนวก ค

คะแนน

ตารางที่ 12. คะแนนเฉลี่ยของการเผชิญปัญหารายข้อ

การลดความตึงเครียด			การมุ่งแก้ปัญหา		
จำนวนข้อ	ข้อที่	คะแนน	จำนวนข้อ	ข้อที่	คะแนน
1	1	3.31	1	6	3.91
2	2	2.12	2	11	1.89
3	3	2.33	3	13	2.46
4	4	3.71	4	14	2.60
5	5	2.07	5	17	4.10
6	7	1.74	6	18	3.86
7	8	1.25	7	19	4.04
8	9	1.33	8	20	3.82
9	10	2.68	9	25	3.16
10	12	1.68	10	32	3.40
11	15	3.38	11	33	3.42
12	16	1.36	12	35	2.94
13	21	2.90	13	36	3.19
14	22	2.52	14	38	2.86
15	23	1.57	15	40	3.70
16	24	1.53			
17	26	2.23			
18	27	2.07			
19	28	2.28			
20	29	1.71			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

การลดอารมณ์เชิงเครียด			การมุ่งแก้ปัญหา		
จำนวนข้อ	ข้อที่	คะแนน	จำนวนข้อ	ข้อที่	คะแนน
21	30	3.30			
22	31	1.91			
23	34	2.36			
24	37	2.78			
25	39	3.38			

ตารางที่ 13 คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยรายข้อ

ข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ข้อ	คะแนนเฉลี่ย
1	3.53	23	3.64
2	3.98	24	4.14
3	3.86	25	3.82
4	4.14	26	4.03
5	4.21	27	3.82
6	2.89	28	4.01
7	3.00	29	4.19
8	2.36	30	3.74
9	2.10	31	3.50
10	2.40	32	3.82
11	2.90	33	3.36
12	2.90	34	4.17
13	4.30	35	4.35
14	4.27	36	3.70
15	4.29	37	4.30
16	4.04	38	4.05
17	3.54	39	4.00
18	3.89	40	4.00
19	3.77	41	3.54
20	3.91	42	4.08
21	3.91	43	2.77
22	3.86	44	4.30

ตารางที่ 14 คะแนนการเพิ่ชัณโณหาและความมั่งงของนาคแต่ละคน

คนท่			คนท่		
คะแนน			คะแนน		
การเพิ่ชัณโณหา ความมั่งง			การเพิ่ชัณโณหา ความมั่งง		
1	106	126	26	89	130
2	122	169	27	122	195
3	105	188	28	114	178
4	109	215	29	89	157
5	93	186	30	110	161
6	107	180	31	112	190
7	100	154	32	121	180
8	113	168	33	105	127
9	124	148	34	110	170
10	108	184	35	99	91
11	127	122	36	90	139
12	86	109	37	125	178
13	108	188	38	84	173
14	108	152	39	92	114
15	92	120	40	108	113
16	96	121	41	135	203
17	79	145	42	114	141
18	93	145	43	118	133
19	122	163	44	103	166
20	110	214	45	127	216
21	108	171	46	122	182
22	123	196	47	130	161
23	110	163	48	111	151
24	105	137	49	128	114
25	130	185	50	93	177

คนที			คนที		
คะแนน			คะแนน		
การเผชิญปัญหา ความมั่นใจ			การเผชิญปัญหา ความมั่นใจ		
51	110	175	76	96	213
52	93	137	77	102	154
53	97	183	78	78	149
54	125	115	79	108	149
55	110	152	80	126	184
56	106	171	81	134	201
57	121	214	82	99	191
58	95	165	83	94	87
59	102	110	84	108	183
60	100	130	85	102	173
61	122	167	86	117	187
62	71	136	87	106	147
63	94	157	88	150	212
64	113	152	89	107	144
65	102	158	90	104	214
66	85	118	91	115	177
67	129	186	92	107	211
68	106	194	93	107	202
69	127	215	94	93	131
70	78	211	95	114	179
71	106	134	96	119	210
72	119	155	97	80	119
73	113	145	98	89	199
74	68	149	99	125	95
75	129	136	100	103	186

ตารางที่ 15 คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดของการเผชิญปัญหา
และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

คะแนน	$\bar{X}$	SD	MIN	MAX
การเผชิญปัญหาโดยรวม	107.71	15.29	68	150
การเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหา	49.84	8.97	18	67
การเผชิญปัญหาที่ลดอารมณ์ถึงเครียด	57.87	10.92	36	83
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย	162.48	32.02	87	216

ภาคผนวก ง.



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

สำนักหอสมุด

แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวิสโคปป์สเกล

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมคิด ฌานวังสะ

สถาบันทางภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อาจารย์ วิวัฒน์ พันธย์

ภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศรี ระเบียบ
 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์
 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลา ตันตโยทัย
 - อาจารย์ บุญทิพย์ ลิ่ววิ้งศรี
 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ
 - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิพร เสนารักษ์
- ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ภาควิชาการพยาบาลอายุร-
ศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น