



ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

The Relationship Between Self-Concept and Powerlessness in
Chronically Ill Patients during admitted in the hospital

ศาสตราจารย์ นันทิรวิมล
/

อธิบดีมหาวิทยาลัย

๑๓๐

รองอธิบดีมหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. ๒๕๓๒

ISBN. 974 - 586 - 602 - 4

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

18490

วิทยานิพนธ์

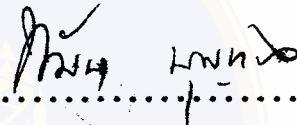
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล



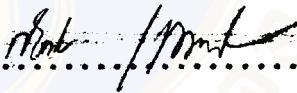
ทศพร พัฒนนิรมาน

ผู้วิจัย



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



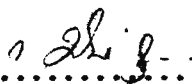
สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



วรรณิ สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม., S.R.N., O.N.C.

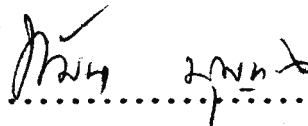
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 21 มิถุนายน 2532

.....
.....

ทศพร พัฒนนิรมาน

ผู้วิจัย

.....
.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

สายนิม เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

วราณี สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม., S.R.N., O.N.C.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

เบ็ญศรี ระเบียบ, ค.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวศพร พัฒนนิรมาน

วัน เดือน ปีเกิด 22 ธันวาคม 2501

สถานที่เกิด เชียงใหม่

ประวัติการศึกษา วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2524

ทุนวิจัย ทุน China Medical Board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน อาจารย์ ระดับ 4
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูวาทอง อาจารย์สายพิน เกษมกิจวัฒนา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาโดยตลอด จนสามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทุกท่าน ที่กรุณาอนุญาตและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณอภิชาติ วัฒนนิรมาน ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งในการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับวิเคราะห์ข้อมูล และที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือจนกระทั่งการวิจัยนี้สำเร็จลงได้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งขอขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจ และ China Medical Board of New York, Inc. ที่ได้กรุณาเอื้อเฟื้อเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

ทศพร วัฒนนิรมาน

ชื่อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ผู้วิจัย	ทศพร พัฒนนิรมาน
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	ทัศน์า บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D. สายนิณ เกษมกิจวัฒนา, ค.บ., วท.ม. วรรณี สัตยวิวัฒน์, วท.บ., ค.ม., S.R.N., O.N.C.
วันที่สำเร็จการศึกษา	21 มิถุนายน พ.ศ.2532

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอ รวมทั้งหน้าที่การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยหลาย ๆ อย่าง รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมจะคุกคามอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมากขึ้น และเขาจะรู้สึกสูญเสียอำนาจถ้าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมทั้งศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และเปรียบเทียบความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มโรค ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบหายใจเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตเรื้อรัง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม

ถามข้อมูลส่วนตัว แบบวัดอ้อมโนทัศน์แทนเพศของพิทล์ และแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง โดยการทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อาชีพ และระดับความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน มีอ้อมโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ และสถานภาพสมรส มีอ้อมโนทัศน์โดยส่วน รวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
3. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านปัญหาทาง เศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีอ้อมโนทัศน์โดยส่วนรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทาง เศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำ กิจวัตร ประจำวัน มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. อ้อมโนทัศน์แต่ละด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ ในการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขายังมีอำนาจในการควบคุม สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเขา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง โดยคำนึงถึงความแตก ต่างระหว่างบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วย และการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Thesis Title The Relationships Between Self-concept and
Powerlessness in Chronically Ill Patients
during admitted in the hospital.

Name Totsaporn Phattananiraman

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committe Tassana Boontong B.Ed., M.S., Ed.D.
Saipin Gasamkitwatana B.Ed., M.Sc.
Wennee Satayawiwat B.Sc., M.Ed., S.R.N., O.N.C.

Date of Graduation 21 June B.E. 2532. (1989)

ABSTRACT

Chronically ill patients perceive a decrease in self-esteem because of their physical weakness and altered body function. When they are hospitalization, their self-concept are threatened by many stimuli and environmental factors ; thus sense of powerlessness occurred when they are unable to control what happening to them.

The purposes of this research were to study the relationships between self-concept and powerlessness and to compare the self-concept of the chronically ill patients during hospitalization who differed in sex, age, occupation, marital status, economic problem, duration of illness and level of activities of daily living., and to compare the sense of powerlessness of the patients who differed in sex, age, occupation, marital status, economic problem, number of hospitalization and level of activities of daily living. The sample was composed of 100 chronically ill patients who had chronic cardiovascular disease, chronic respiratory disease and chronic renal disease admitted in

medical wards of Maharaj-Nakorn Chiangmia Hospital. The instruments used were the demographic data questionnaire, the Tennessee Self Concept Scale and the Powerlessness Scale. The data were analysed by using percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, one way analysis of variance and Pearson product moment correlation coefficient.

The findings were as follows :

1. The patients with different sex, occupation and level of activities of daily living were not statistically different in self-concept ($p > .05$)
2. The patients with different age and marital status were statistically different in self-concept at the .01 level of significant.
3. The patients with different economic problem and duration of illness were statistically different in self-concept at the .05 level of significant.
4. The patients with different sex, age, occupation, marital status, economic problem, number of hospitalization and level of activities of daily living were not statistically different in powerlessness ($p > .05$).
5. Self-concept in each category was significantly and negatively correlated with powerlessness ($p < .001$), except for self-criticism which was positively correlated ($p < .001$)

On the basis of this study, the recommendations for nurses who care for chronically ill patients during hospitalization are promotion of patients sense of power and sense of self-worth by considering the difference between each patient so that he is able to adapt to his illness and hospitalization effectively.

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	4
สมมติฐาน	4
ขอบเขตของการศึกษา	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
นิยามตัวแปร	6
2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์	8
ความหมายของอัตมโนทัศน์	8
องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์และการประเมินอัตมโนทัศน์	9
การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	12
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ	14
ความหมายของอำนาจและความรู้สึกสูญเสียอำนาจ	14
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจ	15
การประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่เข้ารับการ-	
รักษาในโรงพยาบาล	17
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจขณะเข้ารับการ-	
รักษาในโรงพยาบาล	20

บทที่		หน้า
	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ	26
3	วิธีดำเนินการวิจัย	29
	ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	29
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	30
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
	การวิเคราะห์ข้อมูล	39
4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	46
	ผลการวิจัย	46
	การอภิปรายผล	75
5	สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	84
	สรุปการวิจัย	84
	ข้อเสนอแนะ	86
บรรณานุกรม		89
ภาคผนวก ก	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	100
ข	คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อความรายชื่อในแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ	102
ค	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่างกับคะแนนเฉลี่ยของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล	106
ง	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	108
จ	จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรค และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	114

ช
สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลุ่มโรค อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	47
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ	50
3	ค่ามัชฌิมเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงคะแนนอัทมโนทัศน์ แต่ละด้าน	51
4.	เปรียบเทียบอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	65
5	เปรียบเทียบอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย แตกต่างกัน	66
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ	68
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มี สถานภาพสมรสต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ	69
8	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มี ปัญหาทางเศรษฐกิจแตกต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ	70
9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกันด้วยวิธีของ เชฟเฟ	71

ตารางที่		หน้า
10	เปรียบเทียบความรู้สึกลุกลี้ญเสียว่านาจรระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรึกษา ในโรงพยาบาลแตกต่างกัน	72
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอ้อม ในที่คนแต่ละด้านกับความรู้สึกลุกลี้ญเสียว่านาจร	74
12	คะแนนเฉลี่ยและค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อความรายข้อในแบบวัดความรู้สึกลุกลี้ญเสียว่านาจร	103
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอ้อม ในที่คนแต่ละด้านของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขณะรับการรึกษาในโรงพยาบาลกับคะแนนเฉลี่ยของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล	107
14	จำนวนผู้ป่องจำแนกตามกลุ่มโรค และระดับความสาทรลในกาพรทำ กิจการปะจกััน	115

ญ
สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กระบวนการปรับตัวโดยการประเมินค่าสถานการณ์	28
2	คะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง	52
3	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่าง	54
4	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง	55
5	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	56
6	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง	57
7	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง	58
8	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยาของกลุ่มตัวอย่าง	59
9	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง	60
10	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง	61
11	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	62
12	การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง	63
13	การกระจายของคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์หรือการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมากเนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง และประสิทธิภาพของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคมบางอย่างไป ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทกับคู่สมรส เช่น ไม่สามารถทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวได้ เกิดความไม่มั่นคงต่อชีวิตในอนาคต สภาวะต่าง ๆ เหล่านี้มีผลทำให้อัตมโนทัศน์ทั้งด้านร่างกาย สังคม ครอบครัว และด้านศีลธรรมจรรยาของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งสิ้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมทั้งต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตทั้งด้านส่วนตัว ด้านสังคม และหน้าที่การงานไปจากเดิมอีกด้วย (Lambert and Lambert 1987 : 527) การที่ผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วย (sick role) ไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในระยะแรกอาจได้รับความสนใจจากบุคคลเหล่านั้นเป็นอย่างดี แต่เมื่อความเจ็บป่วยดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นเวลานาน บุคคลรอบข้างจะเกิดความเคยชิน หดความสนใจและเบื่อในที่สุด ผู้ป่วยจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ในโลกของตนเองแต่เพียงลำพัง ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทางลบหรือรู้สึกเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Thompson 1987 : 58)

จากสถิติการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรประมาณ 110 ล้านคน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Lambert and Lambert 1987 : 527) ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 32 ล้านคน ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพเรื้อรังเหล่านั้น (Larkin 1987 : 535) สำหรับในประเทศไทยยังไม่ได้มีการศึกษารวบรวมจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังไว้แน่นอน แต่จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี 2529 ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เป็นสถานที่สำหรับเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางอายุรศาสตร์ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกมีประมาณ 45,000 รายต่อปี โดยเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณ 5,000 ราย โรคไตประมาณ 1,600 ราย และโรคทรวงอกประมาณ 3,000 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลถึง

ปีละประมาณ 7,๑๑๑ ราย (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 2529: 5, 15) จากการสำรวจดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ต้องประสบกับภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ซึ่งเมื่อความเจ็บป่วยควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ก็จะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นทำให้การรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ทั้ง ๆ ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาลอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับบทบาทของการเป็นผู้ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ในทุก ๆ เรื่อง และต้องทำกิจวัตรส่วนตัวตามเวลาที่ถูกกำหนดไว้ตายตัวตามกิจวัตรของโรงพยาบาล เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การนอนหลับพักผ่อน ซึ่งแตกต่างไปจากเมื่ออยู่ที่บ้าน อิสระในการเลือกหรือตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีน้อยลงหรือไม่มีเลย ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลโดยไม่สามารถที่จะโต้แย้งได้ ถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในแผนกสามัญจะต้องทนรอญาติจนกว่าจะถึงเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดให้เยี่ยม นอกจากนี้บางครั้งยังถูกรบกวนให้ทำกิจกรรมบางอย่าง เพื่อให้สอดคล้องกับเวลาทำงานที่เจ้าหน้าที่กำหนด เช่น ถูกรบกวนให้รับประทานอาหารเพื่อไปรับการตรวจพิเศษตามเวลาที่กำหนด หรือต้องถูกปลุกให้ตื่นเพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจชีพจรและวัดความดันโลหิตตามเวลา เป็นต้น หรือในบางกรณีผู้ป่วยที่ต้องไปรับการตรวจที่แผนกอื่นอาจถูกเจ้าหน้าที่ทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังในห้องตรวจโดยไม่ได้แจ้งให้ทราบถึงเหตุผลและระยะเวลาที่ต้องรอ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนได้ จึงเกิดความหวาดกลัว วิตกกังวล จนอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มาเป็นเวลา 5 ปี ผู้วิจัยได้สังเกตและสอบถามผู้ป่วยหลาย ๆ รายที่เข้ามารับการรักษารักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า ความรู้สึกของผู้ป่วยขณะที่เข้ามารับการรักษารักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นส่วนใหญ่รู้สึกว่า เขาจำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บอกทุกอย่าง เนื่องจากไม่มีความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน และไม่กล้าซักถาม โต้แย้ง หรือเรียกร้องในสิ่งต่าง ๆ ที่เขาต้องการ เพราะเกรงว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ตำหนิหรืออาจได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีถ้าตนทำให้เจ้าหน้าที่รำคาญหรือไม่พอใจ เป็นต้น และจากพื้นฐานของผู้ป่วยในแผนกสามัญซึ่งส่วนใหญ่มาจากชนบทมักจะคิดว่าตนมีการศึกษาต่ำและยากจน ดังนั้นจึงไม่กล้าที่จะสอบถามหรือแสดงความคิดเห็นใด ๆ ยอม

ให้ผู้อื่นมีอำนาจหรือควบคุมตัวเขาเองได้เต็มที่ แต่ถึงแม้ว่าลักษณะภายนอกของผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นว่ายอมทำตามคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือยอมทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลก็ตาม แท้ที่จริงแล้วผู้ป่วยอาจรู้สึกคับข้องใจที่ไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองได้ และอาจแสดงออกในลักษณะของอาการวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือโกรธเป็นต้น (Smith 1985 : 1261) เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการมีอิสระในการควบคุมตนเองเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยต้องการทราบและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เขาได้รับ แต่เมื่อสิ่งเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งสอดคล้องกับที่จอห์นสัน (Johnson 1967 : 40) ได้กล่าวไว้ว่า การที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขนั้น จะต้องสามารถควบคุมดูแลหรือจัดการเกี่ยวกับชีวิตของตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม ถ้าเมื่อใดบุคคลนั้นรับรู้ว่าการกระทำใด ๆ ของตนไม่อาจเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าสูญเสียอำนาจ ซึ่งภาวะสูญเสียอำนาจนี้ถ้าเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ๆ จะนำไปสู่ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และสิ้นหวังได้ (Stapleton 1983 : 257)

มิลเลอร์ (Miller 1983 : 276) กล่าวถึงความเกี่ยวข้องระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสูญเสียอำนาจว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีอำนาจหรือมีความสามารถที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น โดยทำให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะให้ความร่วมมือในการรักษามีความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น มีพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเครียดอย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จในการดำรงบทบาทหน้าที่ของตน แต่ผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลซึ่งต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของโรคขณะนั้นและปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวใหม่ ถ้าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนสูญเสียอำนาจในการควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตน ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางลบ ก็จะปรับตัวกับบุคคลอื่นและสังคมรอบข้างได้ยาก (Stuart and Sundeen 1987 : 397) และอาจมีการแสดงพฤติกรรมหรือวิธีการในการแก้ปัญหาอย่างไม่เหมาะสมเช่นพึ่งพาผู้อื่นเกินความจำเป็น หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ (Davis 1981 : 164)

ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จึงมีหน้าที่อิสระโดยตรงในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพที่สิดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขามีอำนาจหรือสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของเขาได้รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางที่ดี โดยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ใน

สังคมได้อย่างเหมาะสม และเนื่องจากยังไม่มีการวิจัยใดเลยที่เสนอผลเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจและอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาเรื่องนี้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีความแตกต่างกันในด้าน อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สมมติฐาน

1. ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มี อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มี อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกัน
3. อัตมโนทัศน์แต่ละด้านมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2531 - มกราคม 2532

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาล ได้ตระหนักถึงอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่มีต่อการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาล โดยส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจและปรับอัตมโนทัศน์ไปในทางที่ดีเพื่อให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษา และปรับปรุงการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกสูญเสียอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยลักษณะอื่นต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

อัตมโนทัศน์และความรู้สึกสูญเสียอำนาจเป็นสิ่งที่อยู่จริงในผู้ป่วยเรื้อรัง และสามารถประเมินได้จากเครื่องมือวัดอัตมโนทัศน์ของฟิตส์ (Fitts) และเครื่องมือวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

นิยามตัวแปร

1. อัตมโนทัศน์ (Self-concept) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทัศนคติ และการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้วัดโดยใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์ เทนเนสซีของฟิตส์ (Fitts) ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย อำไพ ศิริพิพัฒน์ โดยแบ่งอัตมโนทัศน์เป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย (Physical self) คือความคิดเห็นต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะ ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายรวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ

1.2 ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-Ethical self) คือความคิดเห็นต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความถูกต้องหรือความผิด ความยุติธรรมหรือไม่ยุติธรรมของตน

1.3 ด้านส่วนตัว (Personal self) คือความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเองและประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเองโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.4 ด้านครอบครัว (Family self) คือความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

1.5 ด้านสังคม (Social self) คือความคิดเห็นต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.6 ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity) คือความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของตนเอง

1.7 ด้านความพึงพอใจในตนเอง (Self satisfaction) คือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง

1.8 ด้านพฤติกรรม (Behavior) คือการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง

1.9 ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) คือความกล้าที่จะยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดี

1.10 อັตมโนทัศน์โดยส่วนรวม (Total positive) คือการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในทุก ๆ ด้าน แสดงให้เห็นถึงการยอมรับตนเอง

2. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) หมายถึงความรู้สึกของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจ พฤติกรรม รวมทั้งความคิดต่าง ๆ ที่เกิดกับตัวเขาได้ และรับรู้ว่าการตัดสินใจของตัวเขาไม่สามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่เขาคาดหวังไว้

ในการวิจัยครั้งนี้สามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยดัดแปลงจากแนวคิดหลักของโรเบิร์ต (Roberts 1978 : 127) ซึ่งแบ่งตามสาเหตุของความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- 2.1 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้
- 2.2 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้
- 2.3 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้
- 2.4 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากขาดความรู้

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้แล้วรวบรวมเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความหมายของอัตมโนทัศน์

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์และการประเมินอัตมโนทัศน์

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกลุกลี้ญ่เสี่ยอำนาจ

ความหมายของอำนาจและความรู้สึกลุกลี้ญ่เสี่ยอำนาจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกลุกลี้ญ่เสี่ยอำนาจ

การประเมินความรู้สึกลุกลี้ญ่เสี่ยอำนาจในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความรู้สึกลุกลี้ญ่เสี่ยอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความหมายของอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ เป็นความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทั้งหมดของบุคคล (Miller 1983 : 7) ที่ทำให้บุคคลมีความตระหนักในความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ก่อให้เกิดการมองเห็นตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Gale 1975 : 495) รวมทั้งด้านศีลธรรม ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม สังคม หน้าที่การงาน สุขภาพของร่างกายและภาพพจน์ในใจที่บุคคลมีเกี่ยวกับด้านเพศสัมพันธ์

คาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers) นักจิตวิทยาคลินิก ได้ให้ความหมายของอัตมโนทัศน์ว่าเป็นรูปแบบซึ่งจัดระเบียบแล้วของบุคคล ตามคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัวบุคคลนั้น ซึ่งการที่บุคคลมองตนเองอย่างไรนั้น เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดลักษณะบุคคลิกภาพของบุคคลนั้น อัตมโนทัศน์นอกจากจะเกิดจากจินตนาการ ความเชื่อ และทัศนคติที่บุคคลแต่ละคนเลือกแล้วยังเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้ได้จากการพบปะหรือมีประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นสิ่งที่บุคคลอื่นมองเห็นเราอีกด้วย (Rambo 1984 : 262 ; Stuart & Sundeen 1987 : 396) ถึงแม้ว่าการจินตนาการถึงตนเองจะเป็นสิ่งที่มองไม่เห็นว่าคุณคนนั้นรู้สึกอย่างไร แต่ก็มอิทธิพลในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล คนที่มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางลบจะมีขอบเขตของการรับรู้แคบและไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากเขามีความรู้สึกที่อ่อนไหว จึงเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายและจะพยายามลดความวิตกกังวล โดยหาวิธีการปกป้องตนเอง ในทางตรงข้ามคนที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะมองโลกกว้างและตรงไปตรงมา เนื่องจากเขามีประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับ และประสบความสำเร็จ ดังนั้นอัตมโนทัศน์ในทางบวก จึงเกิดจากการมีประสบการณ์ที่ดีและนำไปสู่การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ (Stuart and Sundeen 1987 : 397)

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์และการประเมินอัตมโนทัศน์

ได้มีผู้ศึกษาถึงองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ไว้หลายแนวความคิดด้วยกัน โดยใช้หลักเกณฑ์การแบ่งที่แตกต่างกันออกไป เช่น ถ้าแบ่งตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะแบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ได้เป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้ (Driever 1976 : 174-175)

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตนที่มองเห็นจากภายนอก (Body image) และรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำนั้น (Somatic self) หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่ (Rubin 1968 : 20)

2. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าความรู้สึกมั่นใจ และการประเมินค่าบุคคลิกภาพของตนเองโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเข้าไว้ด้วย พัฒนาการของอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวนี้แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-ethical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้องหรือความผิด ความดีหรือความเลว ความยุติธรรมหรือไม่ยุติธรรมของตน ซึ่งทำหน้าที่ในการประเมินสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับตนเองและพฤติกรรมของตนว่าเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาจากมาตรฐานที่ตนเองตั้งไว้

2.2 ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง (Self-Consistency) เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความเป็นตนเองโดยมีการแสดงออกในรูปแบบที่ค่อนข้างสม่ำเสมอหรือคงที่ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และจัดระเบียบวิธีการอย่างเหมาะสมกับชีวิต และยังแสดงถึงเอกลักษณ์ของบุคคลนั้น โดยประกอบด้วยการปฏิบัติเป็นกิจวัตร และการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทุก ๆ วัน

2.3 ด้านอุดมคติหรือความคาดหวัง (Self-Ideal/Self-Expectancy) เป็นสิ่งที่บุคคลคิดว่าเขาต้องการจะเป็นหรือทำอะไร โดยรวมเอาความคาดหวัง ความต้องการของตนว่าตนต้องการจะเป็นอย่างไรหรือต้องการบรรลุเป้าหมายอย่างไร

สำหรับการนำอัตมโนทัศน์ไปใช้ในการวินิจฉัยการพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะมองเป็น 4 ด้าน คือ (Kelly 1985 : 213-214)

1. ด้านเอกลักษณ์ส่วนตัว (Personal identity) เป็นการมองชีวิตของตนทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เพื่อวางแผนชีวิตและปรับตัวต่อการรับรู้เหล่านั้น

2. ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับคุณค่าของตนจากความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยวิเคราะห์จากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เป็นอยู่จริง กับการรับรู้เกี่ยวกับตนเองตามที่คาดหวังไว้ บุคคลที่รู้สึกว่าตนประสบความสำเร็จตามความคาดหวังจะรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง แต่ถ้าบุคคลนั้นล้มเหลวหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้จะรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเองต่ำ (Stuart and Sundeen 1987 : 399)

3. ด้านบทบาทเฉพาะของตน (Role identity) คือการรับรู้ถึงบทบาททุกอย่างที่แต่ละบุคคลมีอยู่ในตัว เช่น ในบุคคลคนเดียว อาจดำรงบทบาทเป็นทั้ง มารดา ผู้ป่วย ผู้หญิงหรือหัวหน้าตามความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรม

4. ด้านภาพลักษณ์ (Body image) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนทั้งในเรื่องของขนาด ความสามารถในการทำหน้าที่ ทำทาง รวมทั้งบุคลิกภาพที่ปรากฏภายนอก

การแบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์อีกแบบ ซึ่งเป็นที่นิยมและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถใช้ได้กับบุคคลทั้งที่ไม่เจ็บป่วย หรือผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ คือการ

แบ่งตามแบบของฟิตส์ (Fitts) ซึ่งพิจารณาเป็น 2 มิติ ดังนี้ (Fitts et al. 1971 : 14)

1. พิจารณาจากลักษณะภายใน (Internal dimension of the self) แบ่งได้ เป็น 3 ด้านคือ

1.1 ด้านความเป็นเอกลักษณ์ (Identity self) หรือตัวเราในฐานะเป็น สิ่งที่มองเห็นได้ คือการรับรู้ว่าเป็น "ฉันเป็นใคร" เป็นการตีตราหรือให้สัญลักษณ์แก่ตัวเอง ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความแตกต่างจากบุคคลอื่น เอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น บุคคลนั้นจะไม่ถูกตีตราหรือมีเอกลักษณ์ในฐานะ เป็นแพทย์พยาบาล ถ้า เขาไม่เคยมีส่วนร่วมหรือกระทำสิ่งดังกล่าว เป็นต้น และในทำนองเดียวกันบุคคลนั้นจะปฏิบัติหรือ ทำหน้าที่ของแพทย์หรือพยาบาลถ้าเขามีเอกลักษณ์เป็นแพทย์หรือพยาบาล เอกลักษณ์แต่ละอย่าง ของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงโลกส่วนตัวของบุคคลนั้น ว่าเขาจะมีพฤติกรรมตอบสนองรวม ทั้งตัดสินคุณค่าของตนอย่างไรในฐานะที่เขาเป็นผู้กระทำ

1.2 ด้านพฤติกรรม (Behavioral self) หรือตัวเราในฐานะเป็นผู้กระทำ คือการรับรู้ว่าเป็น "ฉันประพฤติอย่างไร" บุคคลจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่เขาอยากทำและผลที่ เกิดขึ้นตามมาจากการกระทำนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาควรทำต่อหรือไม่ โดยเขาจะนำผลของ การกระทำดังกล่าวไปเชื่อมโยงกับด้านอัตมโนทัศน์ความเป็นเอกลักษณ์ ถ้าผลที่เกิดขึ้นตามมาทำให้ เขาพึงพอใจบุคคลนั้นก็จะกระทำสิ่งนั้นจนเกิดความชำนาญและกลายเป็นเอกลักษณ์ส่วนหนึ่งของเขาไป

1.3 ด้านการตัดสิน (Judging self) หรือตัวเราในฐานะที่เป็นผู้สังเกต และตัดสิน คือการสังเกตเอกลักษณ์และพฤติกรรมของตนเอง แล้วตัดสินหรือประเมินว่า "ฉัน ชอบ" "ฉันพอใจ" หรือไม่ อีกนัยหนึ่งคือเป็นการมองด้านความพึงพอใจในตนเอง (Self-satisfaction) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) ซึ่งจะทำให้รู้สึกถึงความมีคุณค่า ในตนเอง (Self-esteem)

2. พิจารณาจากลักษณะภายนอก (External dimensions of the self) ซึ่ง ฟิตส์ (Fitts) แบ่งตามการแบ่งอัตรา (self) ของ ซาร์บิน (Sarbin 1952) โดยแบ่ง เป็น 5 ด้านคือ

2.1 ด้านร่างกาย (Physical self)

2.2 ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-Ethic self)

2.3 ด้านส่วนตัว (Personal self)

2.4 ด้านครอบครัว (Family self)

2.5 ด้านสังคม (Social self)

การพิจารณาอัตมโนทัศน์ทั้ง 2 มิตินั้น ถึงแม้จะเป็นการมองตนเองในลักษณะที่ต่างกัน แต่อัตมโนทัศน์โดยรวมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะผสมผสานอัตมโนทัศน์ทั้ง 2 มิตินั้นเข้าด้วยกัน ซึ่งสามารถเปรียบเทียบให้เห็นได้ง่าย ๆ คือ ถ้ามองจากลักษณะภายในอัตมโนทัศน์ด้านเอกลักษณ์ถือว่าเป็นแกนกลาง ด้านพฤติกรรมถือว่าเป็นเปลือกนอกที่ผู้อื่นสามารถมองเห็นได้ และด้านการตัดสินใจเป็นช่วงกลางระหว่างเปลือกนอกและแกนกลาง แต่ถ้ามองจากลักษณะภายนอกอัตมโนทัศน์ย่อยแต่ละด้านจะเปรียบได้กับส่วนของวงกลมซึ่งแบ่งออกจากกันได้ชัดเจน

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหมายถึง ภาวะสุขภาพที่มีความบกพร่องหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติ ซึ่งไม่สามารถที่จะรักษาให้หายด้วยวิธีการง่าย ๆ ในระยะเวลาอันสั้นได้ ในการประชุมระหว่างชาติเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในปี 1952 (National conference on Chronic Illness) ที่ประชุมได้ตกลงให้ความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่า หมายถึงภาวะสุขภาพที่มีลักษณะผิดปกติต่อไปนี้ 1 ลักษณะหรือมากกว่านั้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวได้แก่ (Bouwens et al. 1983 : 556-557)

1. เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาหายขาด หรือเป็นอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลือ
3. เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้
4. ต้องการการฝึกฝนหรือฟื้นฟูสภาพที่มีรูปแบบเฉพาะ
5. ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่อง

จากลักษณะต่าง ๆ ของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากอาการของโรคมีผลรบกวนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และการรักษาที่ได้รับถึงแม้จะช่วยบรรเทาอาการของโรคแต่ก็ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเดิมของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป (Miller 1984 : 4) โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งสังคมคาดว่า เขาควรมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถเป็นแหล่งคำจุนของครอบครัว สามารถทำงานให้สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควร เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ

เคลลี (Kelly 1985 : 214) ได้อ้างถึงสมิธเทอร์แมน (Smitherman) ซึ่งกล่าวถึงสถานการณ์ที่มีผลทำให้อัตมโนทัศน์ของคนเราเปลี่ยนแปลงว่า ได้แก่

1. มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏให้เห็นภายนอกของร่างกาย (Altered appearance) ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติเช่น การเจริญเติบโต การพัฒนาการ หรือการตั้งครรภ์เป็นต้น หรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เช่นการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพของโรค การเปลี่ยนแปลงจากการรักษา เป็นต้น

ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากที่มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างหน้าตาไปจากเดิม และบางรายอาจถึงกับต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วนไปซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียภาพลักษณ์ได้

2. มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย (Altered function) ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจหรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากได้หรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ เช่นผู้ป่วยอัมพาตไม่สามารถแสดงบทบาทในการเป็นสามีหรือภรรยาได้เหมือนเดิม และอาจต้องเปลี่ยนบทบาทในสังคมเช่นต้องออกจากงาน เป็นต้น

เมื่อบทบาทหน้าที่หรือการทำงานของร่างกายเปลี่ยนไปจากเดิม จะเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมามากมาย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจต้องเปลี่ยนงาน ขาดงาน หรือต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ประจำ และภาระรายจ่ายของครอบครัวยังเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนั้นการที่บทบาทในสังคมของผู้ป่วยลดลง สังคมยอมรับผู้ป่วยน้อยลงทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง

3. มีการเปลี่ยนแปลงอำนาจหรือความสามารถในการควบคุมตนเอง (Altered control) คนเราจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เราไม่สามารถทำนายหรือจัดการได้ เช่น เกิดความเจ็บป่วย หรือตกงาน เป็นต้น

จากลักษณะทั่วไปของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีพยาธิสภาพคงอยู่อย่างถาวร รักษาไม่หายและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องนี้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนได้เต็มที่ ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต กลัวความตาย และกลัวสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้ป่วยต้องพึ่งพาศูนย์กลางเหล่านั้นมากขึ้น และเป็นเวลานาน

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ความหมายของอำนาจและความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

อำนาจ (Power) ในความหมายโดยทั่วไปหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมีอิทธิพลเหนือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Miller 1983 : 3) และสามารถควบคุมพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลอื่นได้ด้วย มนุษย์เราทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสถานะที่มีสุขภาพสมบูรณ์หรือขณะเจ็บป่วยต่างก็มีความต้องการที่จะมีอำนาจ (Power want) ด้วยกันทั้งสิ้น เคนซ์ (Krench cited in Robert 1978: 127) ได้ให้ความหมายของความต้องการมีอำนาจว่าเป็นความปรารถนาของเราในการที่จะควบคุมบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นให้ยอมรับฟังหรือทำตามที่เราบอก แต่เมื่อใดก็ตามที่เราถ้าเราประสบกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีบุคคลอื่น โดยเฉพาะเป็นคนแปลกหน้ามาควบคุมการกระทำของเรา เราจะรู้สึกที่อำนาจที่มีอยู่ในตนเองลดน้อยลงหรือรู้สึกสูญเสียอำนาจนั่นเอง

ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการได้หรือไม่สามารถควบคุมสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนได้ โดยไม่ทราบว่าคุณจะต้องทำอะไรไปนั้นคืออะไร และจะมีผลต่อตนเองอย่างไร

ซีแมน (Seeman 1959 : 786) ได้อธิบายความหมายของความรู้สึกสูญเสียอำนาจในลักษณะของความคาดหวังหรือความเป็นไปได้ว่า หมายถึง การที่พฤติกรรมของบุคคลนั้นไม่สามารถกำหนดผลหรือส่งเสริมให้เกิดผลในสิ่งที่เขาต้องการได้

จอห์นสัน (Johnson 1967 : 40) กล่าวถึง ความรู้สึกสูญเสียอำนาจทางด้านจิตสังคม (Psychosocial) โดยเน้นที่ความแตกต่างของบุคคลิกภาพในแต่ละบุคคลว่าเป็นการรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ด้วยตัวของตัวเอง (Internal control) แต่กลับถูกควบคุมโดยสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น (External control) ตรงกับที่ รอย (Roy 1976 : 224) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคุณสูญเสียความเป็นบุคคลหรือไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

สมิธ (Smith 1983 : 128) ให้คำจำกัดความของความรู้สึกสูญเสียอำนาจว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคุณสูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Futility) สับสน (Confusion) ล้มเหลว (Normlessness) แยกตัว

(Isolation) และรู้สึกเห็นห่าง จากตัวเอง (Self-estrangement)

บุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยเมื่อเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่สำหรับเขาจะมีบุคคลอื่นมาทำสิ่งต่าง ๆ ให้เขาไม่ว่าเขาจะต้องการหรือไม่ก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ทั้งในตัวเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ ดังที่ รอย (Roy 1976 : 229) ได้กล่าวไว้ว่า แม้ว่าสิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) จะเปลี่ยนแปลงไปตามผู้ป่วยแต่ละบุคคลก็ตาม แต่โดยทั่วไปจะถือว่า ภาวะความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองกำลังสูญเสียอำนาจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยโดยเฉพาะเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น จะต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วย (sick role) ไปจนตลอดชีวิต รอย (Roy) ได้อ้างถึง พาร์สัน (Parsons) ที่กล่าวถึงบทบาทของผู้ป่วยว่าการที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยนั้นก็เนื่องจากเขารู้สึกว่าอำนาจในการควบคุมการตัดสินใจด้วยตนเองของเขาลดลง (Roy 1976 : 227) จะเห็นได้ว่าปัจจัยสำคัญของการเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยก็คือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั่นเอง รอย (Roy 1976 : 227) และคาร์เพนิโต (Carpenito 1983 : 332) ได้เสนอปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจไว้ดังนี้

1. พยาธิสรีรภาพของโรค (Pathophysiological)

ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีกระบวนการดำเนินของโรคและผลกระทบที่เกิดจากโรคหรือจากการรักษาแตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะกระบวนการดำเนินของโรคจะเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ต่างก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ทั้งสิ้น แต่ผู้ป่วยที่เกิดความเจ็บป่วยเฉียบพลันอาจรู้สึกสูญเสียอำนาจมากกว่าคนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (Lambert & Lambert 1981 : 13) เนื่องจากมีระยะเวลาในการเตรียมตัวหรือคาดหมายในบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นนั้นมาก ทำให้เตรียมตัวไม่เพียงพอ นอกจากนั้นผลกระทบจากโรคหรือการรักษาอื่น ๆ เช่น การที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ เนื่องจากใส่ท่อทางเดินหายใจ หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกเดินไปห้องน้ำด้วยตนเองได้ เนื่องจากใส่ O_2 หรือกำลังได้รับการทำไดอะไลซิสทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) เป็นต้น อุปสรรคหรือปัญหาทางด้านร่างกายดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของตนได้ดังเดิม จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนสูญเสีย

อำนาจในตนเอง

2. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Hospital setting) โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ เนื่องจากไม่มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเพียงพอ จึงต้องหันมาพึ่งแพทย์และพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่ทราบดีที่สุดว่าการดำเนินโรคของผู้ป่วยขณะนั้นเป็นอย่างไร การมองข้ามความรู้สึกที่ผู้ป่วยมองว่าบุคลากรเหล่านั้นคือที่พึ่งของเขาและเขาพร้อมที่จะทำตามการบอกหรืออธิบายในสิ่งที่เขาต้องการทราบ หรือมองว่าเขาเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย จึงกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยด้วยการออกคำสั่ง สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนต้องที่ต้องตกอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกสูญเสียอำนาจและไร้ความสามารถที่จะแสดงออกให้ผู้อื่นเข้าใจในความรู้สึกของตน ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรในโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจมากหรือน้อย โดยที่ถ้าผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยจะสูญเสียอำนาจน้อยลง (Lambert and Lambert 1981 : 13)

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม (Social displacement)

ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเคยเป็นส่วนหนึ่งในสังคม แต่เมื่อเจ็บป่วยเขาไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้อย่างเต็มที่ ทั้งหน้าที่ต่อครอบครัว อาชีพการงานหรือสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนขาดความสามารถในการกระทำใด ๆ แม้กระทั่งการดูแลตนเอง

4. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ได้แก่

4.1 บุคลิกภาพส่วนตัว (Personality) ลักษณะบุคลิกภาพที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ คือ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมของผู้ป่วย (Locus of control) บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนเอง (Internal locus of control) หรือเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการกระทำของตนทั้งสิ้นนั้น จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจเกิดขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยมากกว่า บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนเอง (External locus of control) หรือเชื่อว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมาจากโชคชะตา เคราะห์กรรม หรือจากการกระทำของสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น (Miller 1983 : 7-8)

4.2 วุฒิภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยแต่ละวัยจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันตามวัย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ เช่น วัยผู้ใหญ่ซึ่งอยู่ในระยะสร้างครอบครัว และมีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าวัยเด็ก จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้มากเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จากการศึกษาของดีน (Dean) พบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่เพิ่มขึ้น (Roy 1976 : 228)

4.3 ปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้แก่ อาชีพ การศึกษาและรายได้ บุคคลที่มีอาชีพของชนชั้นต่ำ เช่น กรรมกรหรือผู้ใช้แรงงาน และมีการศึกษาต่ำ รายได้น้อย หรือมีพื้นฐานทางครอบครัวไม่ดี จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจสูง นอกจากนี้ สเวอ์ริง (Zwerling 1968 cited in Roy 1976:228) ศึกษาพบว่าสถานภาพในสังคมและศาสนามีอิทธิพลต่อระดับของความรู้สึกสูญเสียอำนาจอีกด้วย

การประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในการประเมินว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กำลังให้การดูแลรักษาอยู่นั้นมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจหรือไม่ ข้อมูลที่ได้จะต้องแสดงถึงการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขาได้หรือรู้สึกว่า เขาขาดความรู้ที่จะนำตัวเองไปยังจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ซึ่งอาจประเมินได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยและจากการสังเกตการแสดงอารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (Carpenito 1983 : 335, Rambo 1984 : 291, Roy 1976 : 255, Miller 1984 : 123)

มิลเลอร์ (Miller 1984:124) ได้กล่าวถึงการแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยที่รู้สึกสูญเสียอำนาจว่า คำพูดเหล่านั้นบอกถึงการที่เขาไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับตัวเขา บอกถึงความสงสัยในผลที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลตนเองของเขา บอกถึงความยอมแพ้ในชีวิต และบอกถึงความท้อถอยอยากปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามโชคชะตา นอกจากนี้ อาจเป็นคำพูดที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจที่ตนไม่สามารถตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Carpenito 1983 : 332) ในบางรายผู้ป่วยอาจไม่มีการโต้แย้งใด ๆ ด้วยคำพูด แต่จะแสดงออกมาในลักษณะของอารมณ์หรือพฤติกรรมที่คล้ายกับบุคคลที่กำลังวิตกกังวลหรือมีการสูญเสียแรมโบ (Rambo 1984 : 291) กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกเพื่อตอบสนองการสูญเสียอำนาจว่าอาจแสดงออกในลักษณะของ การโกรธ (Anger) หรือหนี (Withdrawal) ไม่

เป็นมิตร (Hostility) ยอมตามผู้อื่นทุกอย่าง (Resignation) ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างไม่มีเป้าหมาย (Lack of direction or motivation) ขาดการตัดสินใจ (Indecision) ปลดปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามโชคชะตา (Fatalism) หรือเฉยเมย (Apathy) ไม่สนใจที่จะรู้หรือร่วมมือในการดูแลตนเองแม้กระทั่งกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะสูญเสียอำนาจจากการให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่บอกความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ตรงกว่า และใช้เวลาน้อยกว่าประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยประเมินตามแนวคิดของโรเบิร์ต ซึ่งแบ่งสาเหตุของความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ ได้แก่ (Roberts 1978 : 127)

1. เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุม (Loss of control) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1.1 สูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) เมื่อระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายของคนเราถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพทางกายทั้งในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical functioning) และความสามารถในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามภายนอก (Physical reserve) ลดลง จากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ สำหรับตัวเองได้เช่น เดิม ความจำ ความเฉลียวฉลาดและสมาธิลดลง นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องของภูมิคุ้มกันทำให้ติดเชื้อง่าย ความผิดปกติในการหายใจหรือการขับถ่าย ความบกพร่องในความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ เหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายหรือทุกข์ทรมาน โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือยุติภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียอำนาจที่จะต้านทานการคุกคามจากความบกพร่องเหล่านั้น

1.2 สูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ (Psychological loss of control) มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งอำนาจของตน เครชและคณะ (Krech et al. cited in Roberts 1978:129) กล่าวว่า มนุษย์เราไม่ได้มีความต้องการเพียงแคให้ผู้อื่นทำตามสิ่งที่เราต้องการเท่านั้น แต่ยังคงต้องการที่จะยืนยันความเป็นตัวของตัวเองได้ด้วย ในทันทีที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล อำนาจของผู้ป่วยในการที่จะยืนยันในความเป็นตัวของตัวเอง (Self-affirmation) ต้องสูญเสียไป

ผู้ป่วยเรื้อรังขณะอยู่ในโรงพยาบาลจะสูญเสียอำนาจในการโต้แย้งกับบุคคลอื่นในสิ่งที่เขาไม่เห็นด้วยหรือไม่ต้องการ (Self-assertion) เขาไม่สามารถตัดสินใจที่จะเลือกการทำการกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเลือกให้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีแต่กิจวัตรประจำวันของเขาจะต้องเป็นไปตามตารางที่ผู้อื่นกำหนดให้

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเครียดทางร่างกาย เช่น การสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องเผชิญกับความเครียดทางด้านจิตใจ เช่น มีความคับข้องใจ เนื่องจากขาดการตอบสนองในความต้องการพื้นฐานของชีวิต หรือเกิดความขัดแย้งในใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนหรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้เต็มที่ และต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ความเครียดต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมทางด้านจิตใจทั้งสิ้น

1.3 สูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental loss of control) การที่ผู้ป่วยต้องย้ายเข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ซึ่งแตกต่างไปจากสิ่งแวดล้อมเดิมของผู้ป่วยอย่างสิ้นเชิงนั้น เขาไม่สามารถแม้แต่จะเลือกสถานที่ที่เขาต้องการนอนพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะไม่มีอาณาเขตเป็นของตัวเอง เขาจะต้องเข้ามาอยู่ท่ามกลางสิ่งของเครื่องใช้ในการรักษาต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ซึ่งการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์เหล่านี้บางอย่างเปรียบเสมือนเครื่องพันธนาการที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้

2. เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนเกี่ยวข้องกับ

หมายถึงการไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ ทำให้ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะนี้หมายความว่าอย่างไร ผู้ป่วยเรื้อรังถ้าต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่ทราบหรือไม่เข้าใจว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นกับตนก็มิผลคล้ายกับสูญเสียอำนาจเช่นกัน ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขาหรืออาจเกิดจากได้รับการบอกเล่าที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ แต่ไม่กล้าถาม ทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะทำการตัดสินใจหรือทำนายผลที่จะเกิดจากการกระทำต่าง ๆ บนความเชื่อที่เขามีอยู่

จากการศึกษาของ ซีแมน (Seeman) และ อีแวน (Evans) ในผู้ป่วยวัณโรคซึ่งพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจมากจะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนน้อยกว่าผู้ที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจน้อย (Seeman and Evans 1962 : 772-782)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โรเบิร์ต (Roberts 1976 : 128) และ แรมโบ (Rambo 1984 : 292) ได้เสนอหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

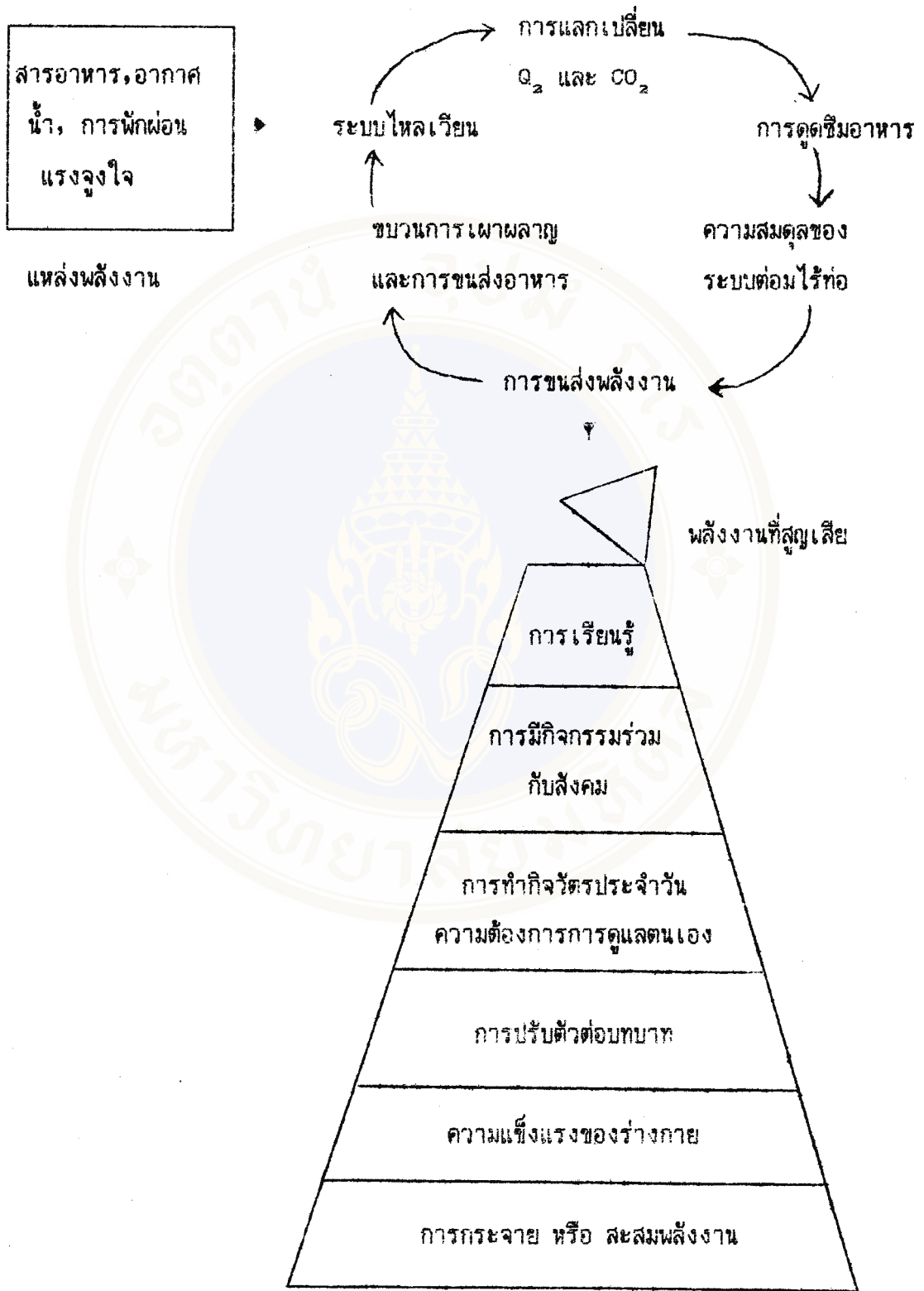
1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขาสามารถมีส่วนควบคุมตนเองใน 3 ด้านคือ
 - 1.1 ด้านร่างกาย
 - 1.2 ด้านจิตใจ
 - 1.3 ด้านสิ่งแวดล้อม
 2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้หรือมีความรู้ในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวเขาให้มากขึ้น
1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า เขาสามารถมีส่วนควบคุมร่างกายของตนเอง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยมั่นใจในความแข็งแรงของร่างกาย
2. ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนสามารถควบคุมความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในร่างกายได้

การพยาบาล

1. ตรวจสอบค้นหาปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
2. ให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและสารอาหาร อากาศหายใจ การพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อให้พลังงาน (Energy) และความแข็งแรงแก่ร่างกายอันเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพราะพลังงานดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้อยู่ในสภาวะที่สมดุลอยู่เสมอแม้มีสิ่งรบกวน ช่วยให้สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการประกอบอาชีพการงาน และช่วยในการเจริญเติบโตและการเรียนรู้ ดังที่ มิลเลอร์ได้อ้างถึงรูปแบบการตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกายของไรเดน (Ryden's model) ไว้ดังนี้ (Miller 1983 : 199)



ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในกระบวนการขนส่งพลังงาน ดังนั้นการดูแลให้ผู้ป่วยมีแหล่งพลังงานอย่างเพียงพอ จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อบทบาทได้เหมาะสม ไม่ต้องอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาเพียงอย่างเดียว ขณะเดียวกันก็จะเกิดความต้องการดูแลตนเอง และเกิดแรงจูงใจในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้น จากนั้นก็จะแข็งแรงพอที่จะมีกิจกรรมร่วมกับสังคมรวมทั้งมีพลังงานมากพอสำหรับการเรียนรู้ต่อไป

3. ให้การพยาบาลเพื่อลดพลังงานที่สูญเสียไป อันเนื่องมาจากความไม่สุขสบายต่าง ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ติดเชื้อ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งสภาวะอื่นที่รบกวนการพักผ่อนหรือการออกกำลังกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการพยาบาลตามปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนนั่นเอง

2. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาสามารถมีส่วนควบคุมจิตใจของตนเอง
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยมีกำลังใจและอดทนที่จะต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิต
2. ผู้ป่วยรู้สึกตระหนักในคุณค่าแห่งตน
3. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์
4. ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิต

การพยาบาล

1. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน ตระหนักในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย บอกผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เรียกผู้ป่วยโดยมีคำนำหน้าชื่อทุกครั้ง เพื่อให้เกียรติหรือให้การยกย่องผู้ป่วย

2. กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก หรือความคับข้องใจที่เขาต้องการ พยาบาลต้องรับฟังและยอมรับพฤติกรรมเหล่านั้น พร้อมกับให้ความมั่นใจว่าการแสดงออกของเขานั้นเป็นสิ่งปกติของบุคคล และคอยให้กำลังใจ

3. อธิบายให้ญาติ และครอบครัว ตลอดจนเพื่อนเข้าใจถึงอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วย

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสดูแลตนเอง โดยยึดมโนทัศน์ของการดูแลตนเอง

- 4.1 วางแผนการพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยแต่ละระยะนั้นมีช่วงเวลาสั้น ๆ (Short term plan) เพื่อปรับให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย
- 4.2 ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่มีความสามารถทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการดูแลตนเอง พยาบาลจะให้ความช่วยเหลือโดยเป็นผู้กระทำให้กับผู้ป่วยทั้งหมด เช่นการดูแลเกี่ยวกับสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อาหาร การพักผ่อน ฯลฯ และควรถ่ายทอด หรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลด้วย
- 4.3 ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายดีขึ้น พอที่จะทำกิจกรรมเองได้ พยาบาลจะต้องให้แรงจูงใจและความมั่นใจ โดยช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วย (Setting realistic goals) และค่อย ๆ เพิ่มระดับของเป้าหมายขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นความสามารถในการทำกิจกรรมของเขา ไม่เคียดแค้นหรือบึ้งตึง ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อม เช่นผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียมาก แต่ขณะเดียวกันผู้ป่วยต้องการที่จะทำกิจกรรมบางอย่างด้วยตัวเอง พยาบาลควรเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยขณะนั้นให้ทำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความสามารถหรืออำนาจของตน (Stapleton 1983 : 259)
5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวให้มากที่สุด เช่นจัดสถานที่เฉพาะไว้สำหรับผู้ป่วย และญาติจะสามารถสนทนากันได้อย่างสะดวกสบายและไม่รบกวนผู้อื่น
6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมใด ๆ ตามต้องการ หรือตามความสามารถของผู้ป่วยบ้าง เช่น อนุญาตให้เลื่อนเวลาอาหารเมื่อยังไม่รู้สึกหิว หรือเลือกรับประทานอาหารที่ชอบโดยไม่ขัดกับการรักษา
8. เบี่ยงเบนความสนใจของผู้ป่วย จากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ โดยอาจใช้วิธีการจัดนันทนาการสำหรับผู้ป่วย เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรีหรือการฝึกการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ การทำสมาธิ เป็นต้น

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาสามารถมีส่วนควบคุมสิ่งแวดล้อมของตนเอง
ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสบายใจในการติดต่อกับบุคลากรในทีมการรักษา
2. ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจในบทบาทของผู้ป่วยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

การพยาบาล

1. ดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดย
 - 1.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันตามที่เขาต้องการ โดยไม่ขัดต่อการรักษา หรืออาจยืดหยุ่นตารางในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การนอนหลับพักผ่อน การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น
 - 1.2 จัดเตียงและเครื่องใช้รอบ ๆ เตียงให้มีความเป็นส่วนตัว และหยิบใช้ได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของ
 - 1.3 เครื่องมือเครื่องใช้ที่ไม่จำเป็นไม่ควรนำวางไว้ข้างเตียงผู้ป่วย
 - 1.4 ในกรณีที่มีความจำเป็นและเหมาะสมอาจยืดหยุ่นเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยม โดยให้เวลาญาติอยู่กับผู้ป่วยเป็นส่วนตัว และมีกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร
 - 1.5 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการที่จะติดต่อกับพยาบาล เมื่อต้องการความช่วยเหลือ เช่น เติริยมกริ่งไว้ให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้
2. แสดงความจริงใจและเต็มใจที่จะให้คำปรึกษาและช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการติดต่อกับเรา เน้นให้ผู้ป่วยทราบว่าความต้องการของเขามีความสำคัญเป็นอันดับแรกสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกต่อการเข้ามาอยู่โรงพยาบาลทั้งในเรื่องเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา เจ้าหน้าที่ หรือกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ
4. ในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พยาบาลควรเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทเดิมของผู้ป่วยจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อหาวิธีการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับบทบาทใหม่ (Sick role) ด้วยตัวของเขาเอง

4. การส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและวางแผนในการทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสภาพการดำเนินของโรคของเขาในขณะนั้น โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคที่แสดงว่าสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยดีขึ้น เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้พยาบาลจะต้องมั่นใจในข้อมูลนั้นว่าเป็นจริงและสามารถเสริมแรงในทางบวกแก่ผู้ป่วยได้ (Positive feedback or Meaningful feedback)

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของโรคอย่างคร่าว ๆ ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญบางตัว จุดประสงค์ของการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่จะให้แก่ผู้ป่วย ตลอดจนความจำเป็นในการจำกัดอาหารหรือน้ำ หรือจำกัดกิจกรรม และการบอกถึงผลของการรักษาในทางที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย

3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องทำอย่างสม่ำเสมอ โดยคำนึงถึงข้อมูลที่จะบอกแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตั้งจุดมุ่งหมาย หรือความคาดหวังเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขาให้อยู่บนความเป็นจริง ไม่คาดหวังสูงเกินไปจนไม่สามารถสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้นได้ ดังที่สแตนลิตัน (Stapleton 1983 : 259) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่สามารถกำหนดจุดมุ่งหมายอยู่บนความเป็นจริงนั้น จะรู้สึกว่าการสูญเสียอำนาจของตนเองลดลง เมื่อสามารถทำได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้นได้ และสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยตั้งจุดมุ่งหมายไว้สูงเกินไปจนไม่สามารถสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้นได้ ก็คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือการใช้กลไกป้องกันตัวโดยการปฏิเสธ (Denial)

4. ควรคำนึงถึงการรับรู้ของผู้ป่วยขณะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยว่า สามารถรับรู้ได้มากน้อยเพียงใด ภาษาที่ใช้ควรเป็นภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และควรสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยเข้าใจอย่างแท้จริง

5. การให้ความรู้แก่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวก็จะช่วยให้ญาติเข้าใจและเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมบางอย่างได้

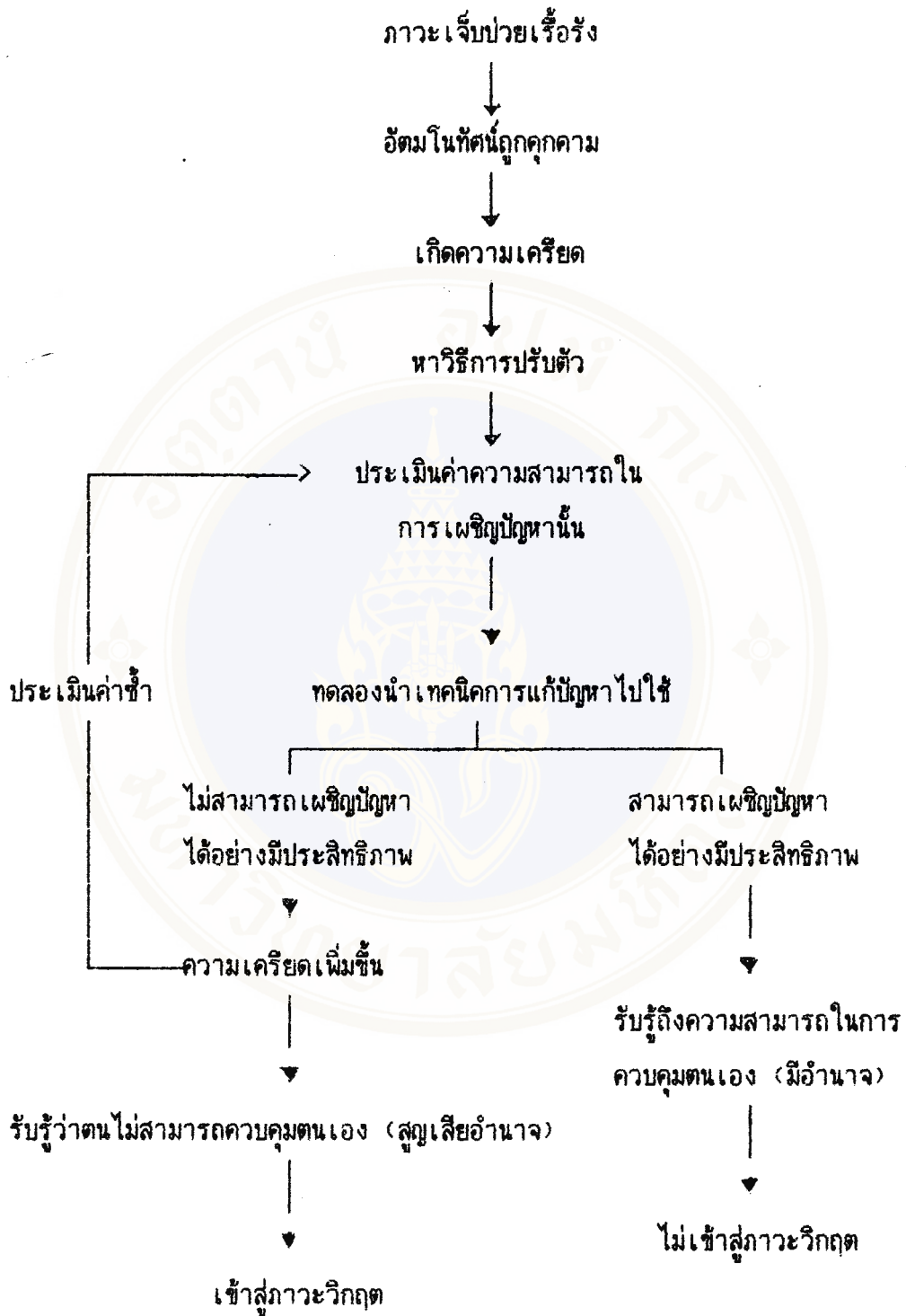
ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

การที่คนเรามีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบหรือรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองถูกรบกวนเกิดจากการที่บุคคลนั้นสูญเสียบทบาทสำคัญของตนไป หรือบุคคลนั้นมีความคาดหวังต่อชีวิตของตนอย่างไม่ตรงกับความเป็นจริง (Norris and Connell 1985 : 745) เมื่ออัตมโนทัศน์ของคนเรากวักจากความเจ็บป่วย ความเครียดรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและหาวิธีการต่อสู้กับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น โดยเฉพาะถ้าเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในกระบวนการของการปรับตัวเกือบตลอดเวลาเพื่อให้สามารถกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบทบาทของผู้ป่วย (sick role) นั้นได้ ซึ่งการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันตามการประเมินค่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน (Craig and Edwards 1983 : 399) โดยจะประเมินความหมายและความสำคัญของความเจ็บป่วยนั้น จากข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นภาวะของการเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ความพิการ ความไม่สบาย หรือการถูกรังเกียจจากสังคม หลังจากประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนแล้ว ก็จะค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่คิดว่า เป็นประโยชน์กับตัวเอง แล้วนำเทคนิคการแก้ปัญหาที่คิดว่าดีที่สุดไปใช้ ถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เขาจะเชื่อว่าการกระทำของเขาให้ผลในทางบวกต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และรับรู้ที่สามารถควบคุมตนเองหรือมีอำนาจในตนเอง (Sense of control or power) นั่นคือผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยของเขาได้

ในทางตรงข้ามถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และกลับไปประเมินวิธีการที่เขาใช้ในการแก้ปัญหานั้นซ้ำอีกครั้ง แล้วนำวิธีการใหม่ไปใช้ ถ้าวิธีการใหม่ใช้ได้ผล ผู้ป่วยจะรับรู้ที่สามารถควบคุมตนเองได้ แต่ถ้าใช้วิธีใหม่แล้วยังไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ ผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้ว่าการกระทำของเขาไม่สามารถทำให้เกิดผลตามที่เขต้องการได้ เขาจะรู้สึกว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองหรือสูญเสียอำนาจ (Lack of control or powerlessness) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจะลดลงมากขึ้น (Taft 1985 : 79) ผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้และจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Crisis) ซึ่งจะพบว่าเมื่อถึงระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่ยอมช่วยเหลือตนเองคอยพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปจนความจำเป็น หรือไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ซึ่งดัดแปลงมาจากกระบวนการปรับตัวโดยใช้วิธีการประเมินค่าสถานการณ์ของเคลก และเฮ็ดวาร์ด
(Craig and Edwards 1983 : 400)





แผนภูมิที่ 1 กระบวนการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งตัดแปลงจากกระบวนการปรับตัวโดยใช้วิธีการประเมินค่าสถานการณ์ของเคลกและเอ็ดเวิร์ด (Craig and Edwards 1983 : 400)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Reserch) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในตึกอายุรกรรมหญิงและตึกอายุรกรรมชาย แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยไม่จำกัดเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปอดเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหอบหืด และผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง และผู้ป่วย Nephrotic Syndrome
3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 100 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 70 ปี
2. รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารความเข้าใจด้วยการพูดหรือเขียน สามารถถามและตอบคำถามรู้เรื่อง
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสมองหรือโรคจิต โรคประสาท

4. ไม่อยู่ในสภาพที่กำลังมีอาการของโรคซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม เช่น หายใจเหนื่อยหอบมาก คลื่นไส้อาเจียนมาก มีไข้สูงหรือกำลังมีความเจ็บปวด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย
2. แบบวัดอ้อมโนทัศน์แทนเนสซี
3. แบบวัดความรู้สึกลดลงเสียอำนาจ
(ดูรายละเอียดในภาคผนวก ง)

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

ได้จากรายงานประวัติผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่

3.1 รูปแบบการตัดสินใจ เป็นการประเมินรูปแบบการตัดสินใจของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบกับรูปแบบการตัดสินใจขณะอยู่ที่บ้าน

3.2 ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินความเชื่อของผู้ป่วยว่า ภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตนขึ้นกับความสามารถในการดูแลตนเอง หรือเกิดจากอิทธิพลของผู้อื่น หรือสิ่งอื่น

3.3 ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินการช่วยเหลือตนเอง หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน 6 กิจกรรม ซึ่งแบ่งตามดัชนีการพึ่งตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันของแคทซ์และคณะ (Katz, et.al. 1963 : 915) ดังนี้

3.3.1 การทำความสะอาดร่างกาย หมายถึง การเช็ดตัว การอาบน้ำจากฝักบัวหรือตักอาบ

ฟังตนเอง : อาบน้ำด้วยตนเองทั้งหมด แต่อาจมีผู้อื่นช่วยเพียงบางส่วนที่เช็ดหรือถูไม่ถึง เช่นด้านหลัง

ฟังผู้อื่น : อาบน้ำด้วยตนเองไม่ได้ ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเช็ด หรือถูตัว ช่วยตักน้ำราดตัวให้

3.3.2 การแต่งตัว หมายถึงการสวมเสื้อผ้า หวีผม ทาแป้ง

ฟังตนเอง : หยิบเสื้อผ้าที่วางให้มาสวมเอง ตัดกระดุม หวีผม ทาแป้ง หรือสวมรองเท้าได้เอง

ฟังผู้อื่น : ไม่สามารถแต่งตัวได้เอง หรือถ้าไม่มีผู้ช่วยก็ไม่สามารถแต่งตัวเองได้

3.3.3 การลุกไปห้องน้ำ หมายถึง การไปห้องน้ำ การลุกนั่งจากหม้อถ่าย การใช้ห้องน้ำ รวมทั้งการทำความสะอาดหลังถ่าย

ฟังตนเอง : ไปห้องน้ำเอง นั่งและลุกจากหม้อถ่าย หรือโถส้วม ได้ด้วยตนเอง ถอดและสวมเสื้อผ้าได้เอง ทำความสะอาดหลังถ่ายได้เอง

ฟังผู้อื่น : ต้องใช้กระโถนถ่ายที่เดียวตลอด หรือต้องมีผู้อื่นช่วยในการไปห้องน้ำหรือใช้ห้องน้ำ

3.3.4 การเคลื่อนย้ายร่างกาย หมายถึง การขึ้นหรือลงจากเตียงนั่งหรือลุกจากเก้าอี้

ฟังตัวเอง : ขึ้นหรือลงจากเตียงด้วยตนเองได้ นั่งและลุกจากเก้าอี้ได้เองโดยไม่ต้องใช้เครื่องทุ่นแรง หรือผู้อื่นช่วย

ฟังผู้อื่น : ต้องมีผู้ช่วยในการขึ้นหรือลงจากเตียง ช่วยในการลุกนั่งเก้าอี้ หรือการเคลื่อนย้ายร่างกายอย่างอื่น

3.3.5 การขับถ่าย การถ่ายปัสสาวะ และถ่ายอุจจาระ

ฟังตนเอง : ควบคุมการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้เอง

ฟังผู้อื่น : ต้องอาศัยวิธีการช่วยอย่างอื่น จึงจะถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระได้ เช่น การสวน หรือการให้หม้อถ่ายเป็นเวลา

3.3.6 การรับประทานอาหาร

ฟังตนเอง : ตักอาหารจากจานหรือถาดเข้าปากได้เอง

ฟังผู้อื่น : ต้องมีผู้อื่นช่วยในการป้อนอาหาร หรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้

ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดังกล่าวแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยที่สามารถพึ่งตนเองได้ทั้งหมด 6 กิจกรรม

ระดับ 2 ได้แก่ ผู้ป่วยที่สามารถพึ่งตนเองได้ 4-5 กิจกรรม ต้องพึ่งผู้อื่น 1-2 กิจกรรม

ระดับ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยที่สามารถพึ่งตนเองได้ 2-3 กิจกรรม ต้องพึ่งผู้อื่น 3-4 กิจกรรม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลทั่วไปเฉพาะที่เกี่ยวกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันเท่านั้นมาวิเคราะห์ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการตัดสินใจ และความเชื่อในผลของการดูแลสุขภาพตนเอง ได้นำไปเป็นข้อมูลประกอบในการอภิปรายเชิงบรรยาย

แบบวัดอ้อมในทัศน

ผู้วิจัยใช้แบบวัดอ้อมในทัศน เทนเนสซี ของพิทส์ ซึ่งดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย อำนวย ศิริพันธ์ ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ตอบประเมินตนเองทั้งทางด้านบวกและด้านลบ เกี่ยวกับอ้อมในทัศนด้านร่างกาย ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านส่วนตัว ด้านครอบครัว และด้านสังคม จำนวน 90 ข้อ และเป็นข้อความที่เกี่ยวกับการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองอีก 10 ข้อ

แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยแบ่งคำตอบเป็น 5 ช่วง ดังนี้

- หมายเลข (1) หมายถึง ผิดหมด คือ เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเลย
- หมายเลข (2) ผิดเป็นส่วนใหญ่ คือ เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นพอที่จะตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบบ้างเล็กน้อย
- หมายเลข (3) ผิดบ้างถูกบ้าง คือ เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นพอที่จะตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
- หมายเลข (4) หมายถึง ถูกเป็นส่วนใหญ่ คือ เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบเป็นส่วนมาก



หมายเลข (5) หมายถึง ถูกหมด คือ เมื่อผู้ตอบคิดว่าข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริง
ของผู้ตอบมากที่สุด

การให้คะแนนขึ้นกับลักษณะของข้อความ

ข้อความที่บรรยายตนเองในทางบวก

- ถ้าเลือกหมายเลข (1) คะแนนเป็น 1
- ถ้าเลือกหมายเลข (2) คะแนนเป็น 2
- ถ้าเลือกหมายเลข (3) คะแนนเป็น 3
- ถ้าเลือกหมายเลข (4) คะแนนเป็น 4
- ถ้าเลือกหมายเลข (5) คะแนนเป็น 5

ข้อความที่บรรยายตนเองในทางลบ

- ถ้าเลือกหมายเลข (1) คะแนนเป็น 5
- ถ้าเลือกหมายเลข (2) คะแนนเป็น 4
- ถ้าเลือกหมายเลข (3) คะแนนเป็น 3
- ถ้าเลือกหมายเลข (4) คะแนนเป็น 2
- ถ้าเลือกหมายเลข (5) คะแนนเป็น 1

การคิดคะแนนได้จากการนำคำตอบใส่แบบฟอร์มการคิดคะแนน (Score sheet
Counselling Form) ของแบบวัดอัถมโนทัศน์ เทนเนสซี

แบบประเมินอัถมโนทัศน์เทนเนสซี แบ่งได้เป็นองค์ประกอบใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ

องค์ประกอบที่ 1 คะแนนวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง (The Self Criticism Score-sc)
มี 10 ข้อ

แบบประเมินส่วนนี้ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองในด้านดีและไม่ดี ซึ่ง
คนส่วนมากยอมรับว่าเป็นความจริงสำหรับตน ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในองค์ประกอบนี้สูงแสดงว่า
เป็นคนใจกว้าง สามารถวิพากษ์วิจารณ์ตนเองได้ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่าเป็นคนชอบปกป้องตน

เอง ไม่กล้ายอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 คะแนน พี โดยส่วนรวม (The Total Positive Score-P)

มี 90 ข้อ

แบบประเมินส่วนนี้ประกอบด้วยข้อความที่บรรยายเกี่ยวกับตนเองทั้งด้านดีและไม่ดี ผู้ป่วยที่ได้คะแนนองค์ประกอบนี้สูง แสดงว่ามีอัตมโนทัศน์ที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีอัตมโนทัศน์ไม่ดี คะแนนในองค์ประกอบนี้เมื่อองค์ประกอบย่อย ๆ อีก 9 ลักษณะดังนี้

คะแนน พี ทั้งหมด (Total P Score) เป็นคะแนนรวมของคะแนน พี ในแต่ละข้อ จะแสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์โดยรวมของผู้ป่วย

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

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

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

คะแนน พี คอลัมน์ เอ (Column A-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self)

คะแนน พี คอลัมน์ บี (Column B-P Score) แสดงให้เห็นถึงอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-Ethic self)

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

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

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

องค์ประกอบ 3 คะแนนความแปรปรวน (The Variability Score-v)

คะแนนในองค์ประกอบนี้ แสดงให้เห็นถึงความผสมผสานของอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย คะแนนนี้ได้จากพิสัย (Range) ของคะแนน พี (P) ในแต่ละแถว และแต่ละคอลัมน์ ถ้าคะแนนความแปรปรวนสูงแสดงว่ามีความผสมผสานของอัตมโนทัศน์น้อยเปลี่ยนแปลงง่าย คะแนนความแปรปรวนแบ่งออกเป็น

คะแนน วิ รวมทางแถว (Row Total v) คะแนนนี้ได้จากผลรวมของคะแนน วิ แต่ละแถว แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของคะแนนภายในแถว

คะแนน วิ รวมทางคอลัมน์ (Column Total v) คะแนนนี้ได้จากผลรวมของคะแนน วิ แต่ละคอลัมน์ แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของคะแนนภายในคอลัมน์

คะแนน วิ ทั้งหมด (Total v) คะแนนที่ได้จากผลรวมของคะแนน วิ รวมทั้งแถวและทางคอลัมน์ แสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของอัตมโนทัศน์ทั้งหมดของบุคคล

องค์ประกอบที่ 4 คะแนนการแจกแจง (The Distribution Score-D)

คะแนนในองค์ประกอบนี้ได้จากจำนวนคำตอบที่มีผู้ตอบเลือก โดยดูว่าผู้ตอบเลือกตัวเลขคำตอบ 5 คำตอบที่ให้ไว้เป็นอย่างไร คะแนน ดี (D) นี้แสดงให้เห็นถึงความแน่ใจในการที่บุคคลมองตนเอง ถ้าคะแนนดี (D) สูง แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นคนแน่นอนและมั่นใจในสิ่งที่ตนเองพูดถึง ถ้าคะแนนดี (D) ต่ำมีความหมายในทางตรงกันข้าม

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

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบวัดอัตมโนทัศน์นี้ พิทส์ได้ทำการทดสอบรายข้อและตรวจสอบจากนักจิตวิทยา 7 ท่าน โดยอำเภอ ศิริพินันท์ ได้ดัดแปลงแบบวัดนี้เป็นภาษาไทย และสร้างแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับตนเองตามวิธีของเทอร์สโตน (Thurstone) เพื่อ

เป็นเกณฑ์ แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนจากแบบวัดอัตโนมัติที่ดัดแปลงไว้ในแต่ละด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตรงร่วมสมัยของด้านต่าง ๆ มีค่าระหว่าง 0.44-0.72 และนิกุล บุญช่วง ได้นำแบบวัดอัตโนมัติที่ดัดแปลงแล้วนี้ไปใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณจากค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.88 (นิกุล บุญช่วง 2526 : 61) รัตนา มาศเกษม นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นแบบเดียวกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.95 (รัตนา มาศเกษม 2527 : 198) กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์ และ สุดศิริ หิรัญขุนณะ นำไปใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง แล้วคำนวณได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.95 และ 0.83 ตามลำดับ (กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์ 2527 : 61 และ สุดศิริ หิรัญขุนณะ 2530 : 25)

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือครั้งนี้ ทำโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรที่กำหนดให้ จำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์อัลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้สูตร (อุษิน จันทวัคคะ 2529 : 122)

$$\infty = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ ∞ = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของแบบวัดทั้งหมด

n = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบวัด

ได้ระดับความเชื่อมั่น = 0.90

แบบวัดความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียด้านใจในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและวารสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยดัดแปลงมาจากแนวคิดหลักของโรเบิร์ต (Roberts 1978 : 127) ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุของความรูสึกลุกลี้ญ่เสียด้านใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมร่างกาย 6 ข้อ (ข้อ 1-6)
2. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมจิตใจ 10 ข้อ (ข้อ 7-16)
3. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อม 8 ข้อ (ข้อ 17-24)
4. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเนื่องจากขาดความรู้ 6 ข้อ (ข้อ 25-30)

การประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจนี้ประเมินตามความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเอง ว่าแต่ละข้อความตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง หรือตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด โดยแบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ป่วยทุกประการ
เป็นจริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดกับผู้ป่วยเลย

การให้คะแนนแต่ละข้อความแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ถ้าเลือก	เป็นจริงมากที่สุด	คะแนนเป็น	4
	เป็นจริงค่อนข้างมาก	คะแนนเป็น	3
	เป็นจริงน้อย	คะแนนเป็น	2
	ไม่เป็นจริงเลย	คะแนนเป็น	1

คะแนนรวมจากแบบวัด ความรู้สึกสูญเสียอำนาจนี้มีค่าต่ำสุด 30 คะแนน และสูงสุด 120 คะแนน โดยมีเกณฑ์ประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจดังนี้

คะแนนมาก	แสดงว่ามีความรู้สึกสูญเสียอำนาจอยู่ในระดับสูง
คะแนนน้อย	แสดงว่ามีความรู้สึกสูญเสียอำนาจอยู่ในระดับต่ำ

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
นำแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม
เนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน ได้แก่

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตสังคม 3 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 3 ท่าน

นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน

เมื่อได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทำการ
แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

หลังจากนั้นนำแบบวัดนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยโรค
หัวใจเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ
ประชากรที่กำหนดให้จำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนมาคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์-
อัลฟา ตามวิธีของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้สูตร (ยุพิน
จันทร์คคะ, 2529 : 122)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α = สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

n = จำนวนข้อทั้งหมดในแบบวัด

ได้ระดับความเชื่อมั่น = 0.92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้
อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน
ในเวลา 8.00 - 16.00 น. หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกการพยาบาล

อายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากตึกอายุรกรรมชายและตึกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาสารคาม เชียงใหม่ โดยศึกษาจากรายงานประวัติของผู้ป่วย แล้วบันทึกรายชื่อผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ไว้

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และประเมินความพร้อมในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยโดยการซักถามอาการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยตามแบบบันทึก

3. เมื่อผู้วิจัยเห็นว่าผู้ป่วยพร้อมที่จะตอบแบบสอบถาม จึงเริ่มให้ตอบแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ โดยอธิบายวิธีการตอบแบบวัดอย่างละเอียด และให้ผู้ป่วยตอบเองในกรณีที่สามารอ่านและเขียนหนังสือได้ โดยขณะตอบแบบวัดนี้ผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่สามารถสังเกตอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยสามารถซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้โดยง่าย

ในกรณีที่ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออกไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ หรือไม่ต้องการอ่านแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ใช้การสัมภาษณ์โดยอ่านแต่ละข้อความให้ผู้ป่วยฟังอย่างช้า ๆ และให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกตอบเอง

4. หลังจากตอบแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ผู้วิจัยได้ประเมินความพร้อมในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยพร้อม ผู้วิจัยจะให้ผู้ป่วยตอบแบบวัดอัตมโนทัศน์ด้วยวิธีการ เช่นเดียวกับการตอบแบบวัดฉบับแรก แต่ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อม ผู้วิจัยจะนัดผู้ป่วยในวันรุ่งขึ้น เพื่อให้ตอบแบบวัดอัตมโนทัศน์

5. นำข้อมูลที่ได้จากแบบวัดทั้ง 2 ฉบับ มาให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ แล้วนำคะแนนไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้เรียบร้อยแล้ว นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATISTIX และบางขั้นตอนผู้วิจัยคำนวณด้วยตนเองดังนี้

1. ค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่าง

2. คำนวณหาค่าสัดส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนอัตโนมัติโดยส่วนรวม

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตโนมัติโดยส่วนรวม ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ อายุ 20-40 ปี, 41-60 ปี และ 61-70 ปี โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนของกลุ่มประชากรทั้ง 3 ช่วงอายุ ($\sigma_1 = \sigma_2 = \sigma_3$) ตามวิธีการทดสอบของ บาร์ทเลต (Bartlett's test) โดยใช้สูตร (สมจิต วัฒนชยากุล 2527 : 21)

$$\chi^2_{r-1} = \frac{2.3026}{c} \left[(N - r) \log S_p^2 - \sum_{j=1}^r (n_j - 1) \log s_j^2 \right]$$

โดยที่ r คือจำนวนกลุ่ม
 $N = n_1 + n_2 + \dots + n_r = n_j$
 n_j คือขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม
 $S_p^2 =$ คือความแปรปรวนร่วม (pooled variance) ของตัวอย่าง r กลุ่ม

$$\begin{aligned} \text{เมื่อ } S_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2 + \dots + (n_r - 1)s_r^2}{N - r} \\ &= \sum_{j=1}^r \frac{(n_j - 1)s_j^2}{n - r} \end{aligned}$$

โดยที่ s_j^2 คือความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างชุดที่ j

$$c = 1 + \frac{1}{3(r-1)} \left[\sum_{j=1}^r \frac{1}{n_j - 1} - \frac{1}{N - r} \right]$$

นำค่า χ_{r-1}^2 ที่คำนวณได้ ไปเปรียบเทียบกับค่า χ^2 ในตาราง พบค่า χ_{r-1}^2 น้อยกว่า χ^2 จากตาราง แสดงว่า ความแปรปรวนของกลุ่มประชากรเท่ากัน

3.2 ทดสอบแล้วพบว่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากันจึงใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way analysis of variance).

3.3 ผลการทดสอบความแปรปรวนในข้อ 3.2 พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (mean) ทีละคู่ โดยผู้วิจัยคำนวณด้วยตนเองตามวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) โดยใช้สูตรดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2530 : 264)

$$Cvd = \sqrt{(k - 1) (F^*) (MSw) (1/n_i + 1/n_j)}$$

เมื่อ K = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

F^* = ค่า F ที่เปิดจากตาราง (Critical value)

MSw = ค่า Mean squared within-groups ที่คำนวณไว้แล้วในการวิเคราะห์ความแปรปรวน

n_i, n_j = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มที่ i และกลุ่มที่ j

เมื่อค่าความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย 2 ค่าใด ๆ มีค่าเท่ากับหรือมากกว่าค่า cvd แสดงว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอาชีพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 อาชีพ คือ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร และกลุ่มอาชีพอื่น ๆ หรือไม่มีอาชีพ โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อ 3

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านสถานภาพสมรส ซึ่งแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ โสด คู่ หม้าย และหย่า โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อ 3

6. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ มีปัญหาทางเศรษฐกิจมาก มีปัญหาทางเศรษฐกิจเล็กน้อย และไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อ 3

7. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ต่ำกว่า 6 เดือน, 6 เดือน - 1 ปี และมากกว่า 1 ปี โดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 3

8. สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 3 ระดับ นั้น เนื่องจากความแปรปรวนของทั้ง 3 กลุ่มไม่เท่ากัน จึงไม่สามารถวิเคราะห์โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way Analysis of Variance) ได้ และได้วิเคราะห์โดยใช้ t-test โดยมีขั้นตอนดังนี้

8.1 ทดสอบความแปรปรวนของประชากร โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์

2530 : 177)

$$F = \frac{s_1^2}{s_2^2} \quad \text{เมื่อ} \quad s_1^2 > s_2^2$$

โดยมี $df_1 = n_1 - 1, \quad df_2 = n_2 - 1$

8.2 ทดสอบแล้วพบว่าความแปรปรวนของประชากรกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับ 1 กับ ระดับ 3 เท่ากัน ($\sigma_1 = \sigma_3$) จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ โดยใช้ t-test จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2530 : 177)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_3}{\sqrt{s_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_3} \right)}}$$

$$\text{เมื่อ} \quad s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_3 - 1)s_3^2}{n_1 + n_3 - 2}$$

โดยมี $df = n_1 + n_3 - 2$

๒.๓ ทดสอบความแปรปรวนของประชากรกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับ 1 กับ ระดับ 2 พบว่าไม่เท่ากัน ($\sigma_1 \neq \sigma_2$) จึงใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s^2_1}{n_1} + \frac{s^2_2}{n_2}}}$$

โดยมี df = $\frac{\frac{s^2_1}{n_1} + \frac{s^2_2}{n_2}}{\frac{(s_1)^2}{n_1} + \frac{(s_2)^2}{n_2}}$

$$\frac{n_1 - 1}{n_1 - 1} + \frac{n_2 - 1}{n_2 - 1}$$

เมื่อ \bar{X}_1 = คะแนนเฉลี่ยอันดับในทัศนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 1

\bar{X}_2 = คะแนนเฉลี่ยอันดับในทัศนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 2

\bar{X}_3 = คะแนนเฉลี่ยอันดับในทัศนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 3

s^2_1 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 1

s^2_2 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 2

s^2_3 = ค่าความแปรปรวนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 3

$s^2_{\text{รวม}}$ = ค่าประมาณความแปรปรวนร่วมของสองประชากร

n_1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 1

n_2 = จำนวนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 2

n_3 = จำนวนผู้ป่วยที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับ 3

8.4 ทดสอบความแปรปรวนของประชากรกลุ่มที่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันระดับ 2 กับระดับ 3 พบว่าไม่เท่ากัน ($\sigma_2 \neq \sigma_3$) จึงใช้สูตรเดียวกับข้อ 8.3

9. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนอัตมโนทัศน์ในกลุ่มผู้ป่วยชายและหญิง โดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 8.1 และ 8.3

10. คำนวณค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจโดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับข้อ 1

11. คำนวณค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจโดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 2

12. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจในผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ, อาชีพ, สถานภาพสมรส, ฐานะทางเศรษฐกิจ, จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 3

13. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจในผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงโดยใช้วิธีการเดียวกับข้อ 9

14. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้านกับคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment Correlation Coefficient) โดยใช้สูตร (วิเชียร เกตุสิงห์ 2522 : 31)

$$r = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N \sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N \sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์แต่ละด้านกับความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียว่านาจ

N = จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด

- XY = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนอัตโนมโนทัศน์แต่ละด้านกับคะแนน
 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
 X = ผลรวมของคะแนนอัตโนมโนทัศน์แต่ละด้าน
 Y = ผลรวมของคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
 X^2 = ผลรวมกำลังสองของคะแนนอัตโนมโนทัศน์แต่ละด้าน
 Y^2 = ผลรวมกำลังสองของคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่า r ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 โดยใช้สูตร

(วิเชียร เกตุสิงห์ 2522 : 33)

$$t = r \frac{\sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ N = จำนวนผู้ปวยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมด

$$df = N - 2$$

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยในลักษณะของตารางประกอบคำบรรยาย และแผนภูมิแท่ง โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ค่าร้อยละของข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง
2. คะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน
3. คะแนนความรู้สึกลุกลี้ญเสียด้าน
4. เปรียบเทียบอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมและความรู้สึกลุกลี้ญเสียด้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันของข้อมูลส่วนตัวแต่ละด้าน
5. ความสัมพันธ์ของคะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้านกับความรู้สึกลุกลี้ญเสียด้าน

1. ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มโรค อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มโรค		
โรคปอดเรื้อรัง	33	33
โรคไตเรื้อรัง	30	30
โรคหัวใจเรื้อรัง	37	37
รวม	100	100
อายุ		
20 - 40 ปี	53	53
41 - 60 ปี	37	37
61 - 70 ปี	10	10
รวม	100	100
เพศ		
ชาย	56	56
หญิง	44	44
รวม	100	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	12	12
ค้าขายหรือมีกิจการส่วนตัว	7	7
รับจ้าง	22	22
เกษตรกรรม	30	30
ทำงานบ้านหรือไม่ได้ทำงาน	29	29
รวม	100	100
สถานภาพสมรส		
โสด	15	15
คู่	70	70
หม้าย	12	12
หย่า	3	3
รวม	100	100
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน	32	32
6 เดือน - 1 ปี	13	13
ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป	55	55
รวม	100	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนตัว	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
1 - 2 ครั้ง	60	60
3 - 5 ครั้ง	29	29
มากกว่า 5 ครั้ง	11	11
รวม	100	100
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ระดับ 1	75	75
ระดับ 2	17	17
ระดับ 3	8	8
รวม	100	100

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเรื้อรัง ร้อยละ 37 โดยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 56 และมีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี ร้อยละ 53 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 มีระยะเวลาเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 เข้ารับการรักษาดัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่ 2 ร้อยละ 60 และมีความสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับ 1 คือ ช่วยเหลือตนเองได้ทั้ง 6 กิจกรรม ร้อยละ 75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

รายได้ครอบครัวต่อเดือน	ปัญหาเศรษฐกิจ			รวม	ร้อยละ
	มาก	เล็กน้อย	ไม่มีปัญหา		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	18	19	19	56	56
2,000 - 4,000 บาท	4	5	17	26	26
มากกว่า 4,000 บาท	2	4	12	18	18
รวม	24	28	48	100	100

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 56 ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีปัญหาเศรษฐกิจ คือร้อยละ 37 ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจเพียงร้อยละ 19 ถ้าพิจารณาจากปัญหาเศรษฐกิจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาเศรษฐกิจคิดเป็นร้อยละ 52 ซึ่งพบมากในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน

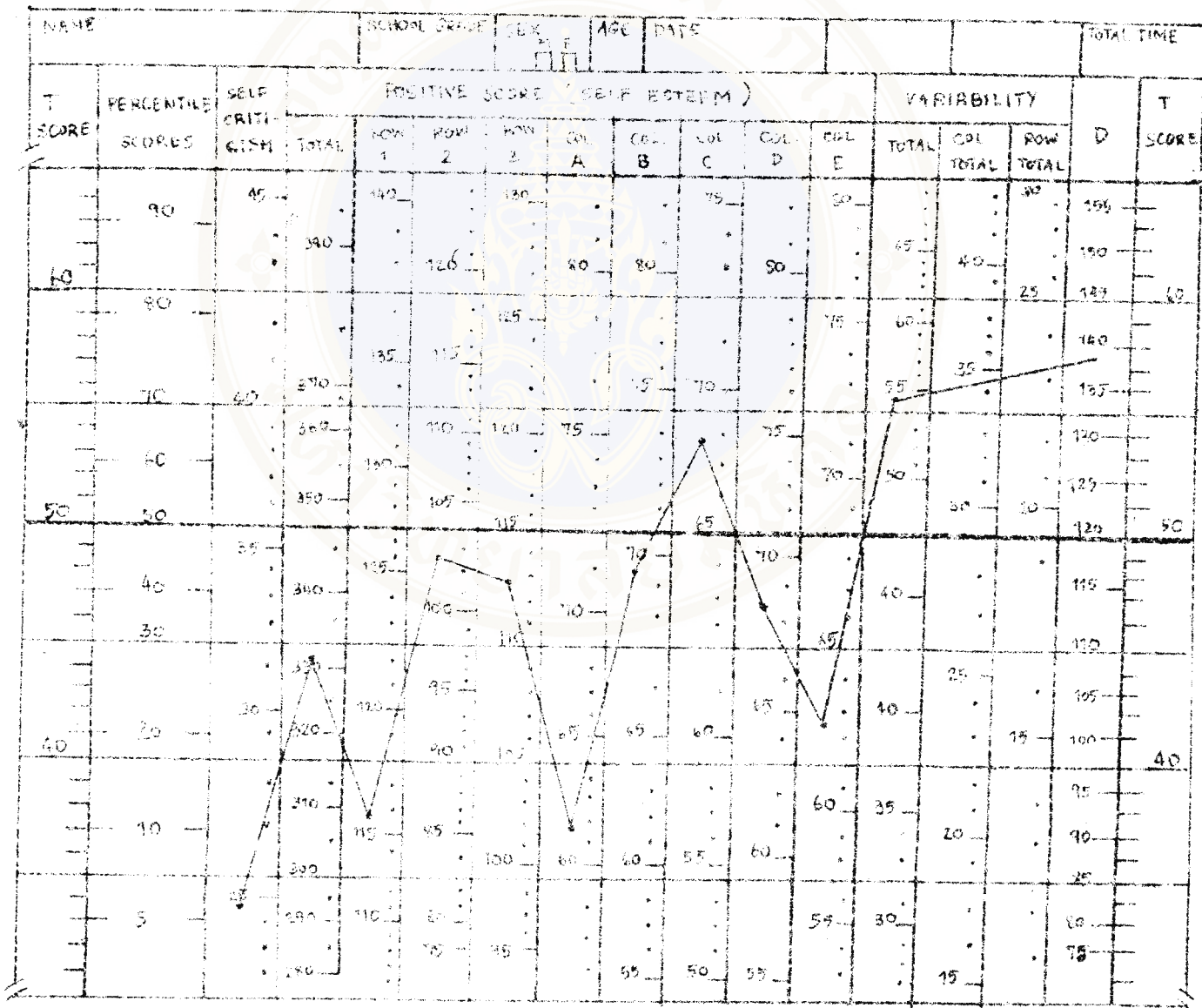
2. คะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐานเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน

ตัวแปร	ช่วงคะแนน ของแบบวัด	ช่วงคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง	X	SD
อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม	90-450	197-402	331.18	32.78
อัตมโนทัศน์แต่ละด้าน :				
ด้านความเป็นเอกลักษณ์	34-170	60-142	115.73	13.36
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	34-170	57-131	102.56	12.42
ด้านพฤติกรรม	34-170	80-137	112.82	12.43
ด้านร่างกาย	18-90	33-82	61.75	9.066
ด้านศีลธรรมจรรยา	18-90	31-84	69.49	8.316
ด้านส่วนตัว	18-90	35-86	67.96	8.590
ด้านครอบครัว	18-90	47-85	68.41	7.339
ด้านสังคม	18-90	48-81	63.50	7.394
ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง	10-50	12-44	24.72	5.878

2. คะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้านและคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน (Positive score) คะแนนความแปรปรวน (Variability) และคะแนนการแจกแจง (D) ของแบบวัดอัตมโนทัศน์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับเกณฑ์ที่หาไม่ได้เสนอตาม Profile sheet โดยพิจารณาจากระดับเปอร์เซ็นต์ไจล์ของคะแนนซึ่งอยู่ในระดับเปอร์เซ็นต์ไจล์ที่ 50 ดังนี้

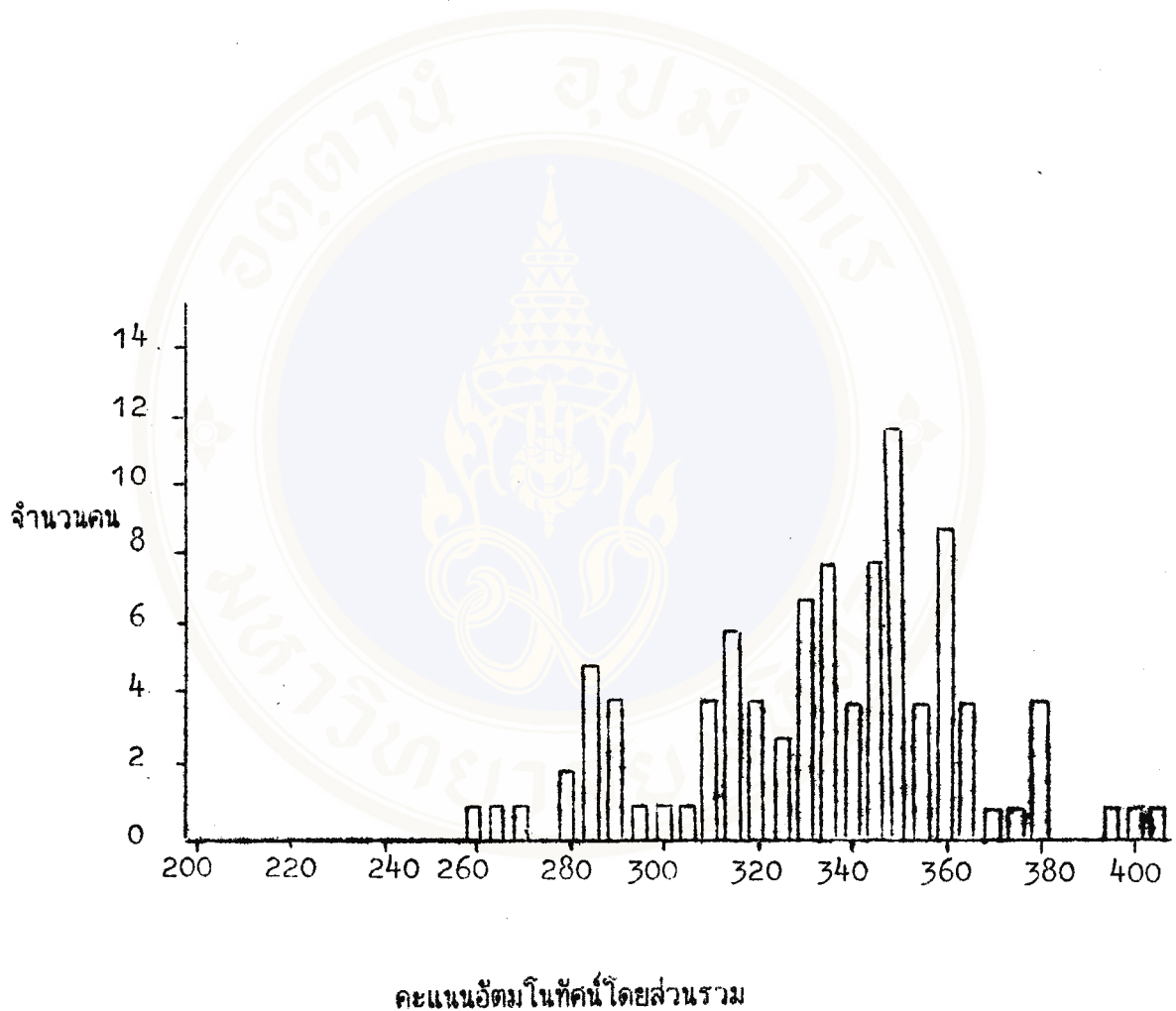


แผนภูมิที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง (ตาม Tennessee Self Concept Scale Profile Sheet Counseling Form)

จากแผนภูมิที่ 2 จะเห็นว่าคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ที่ประมาณระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 28 ส่วนอัทมโนทัศน์ด้านวิพากษ์วิจารณ์ตนเองอยู่ประมาณระดับ เปอร์เซ็นต์ที่ 6 ส่วนอัทมโนทัศน์ด้านอื่น ๆ อยู่ต่ำกว่าระดับเปอร์เซ็นต์ที่ 50 โดยเฉพาะ ด้านร่างกายและด้านความเป็นเอกลักษณ์ซึ่งอยู่ในระดับต่ำคือประมาณ เปอร์เซ็นต์ที่ 10

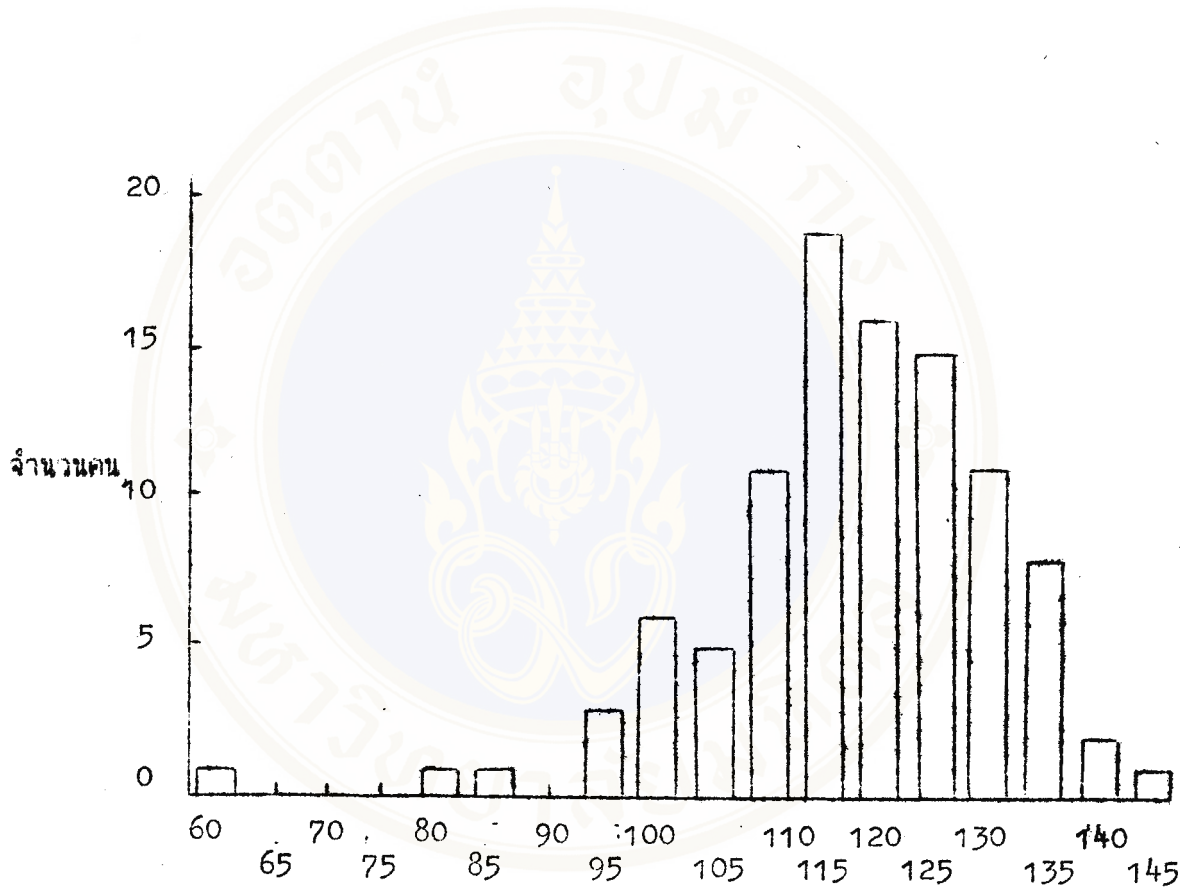
แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์โดยส่วนรวม และด้านต่าง ๆ ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของอัทมโนทัศน์ของคนปกติทั่วไป ยกเว้นด้านส่วนตัวที่มีคะแนนเฉลี่ยเกินกว่า คะแนนเฉลี่ยของคนปกติ

สำหรับการกระจายของคะแนนอัทมโนทัศน์แต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ได้เสนอใน ลักษณะแผนภูมิแท่ง ดังนี้



แผนภูมิที่ 3 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่าง

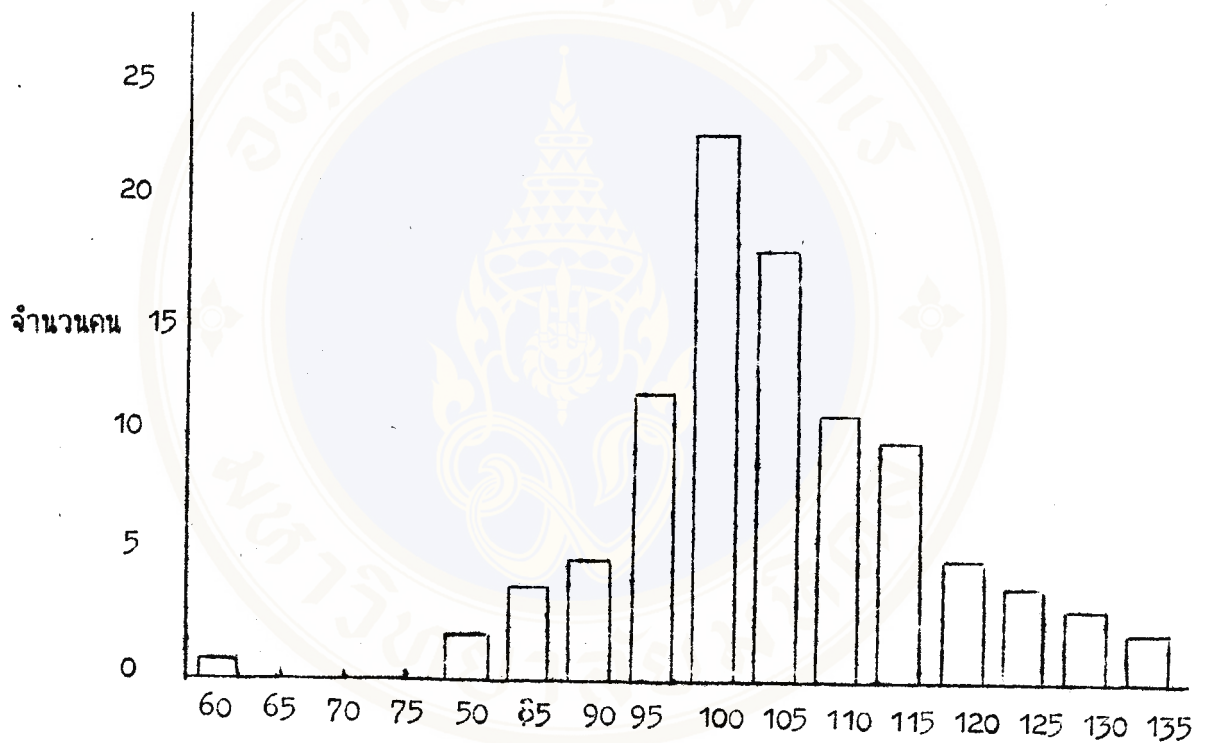
1. อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative skewness) (Mean = 331.2, Median = 334.5) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมค่อนข้างไปทางบวก แสดงว่าผู้ปวยส่วนมากมีการยอมรับตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและมองเห็นว่าตนมีคุณค่าค่อนข้างมาก ตั้งแผนภูมิที่ 3



คะแนนทัศนคติด้านความเป็นเอกลักษณ์

แผนภูมิที่ 4 การกระจายของคะแนนทัศนคติด้านความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

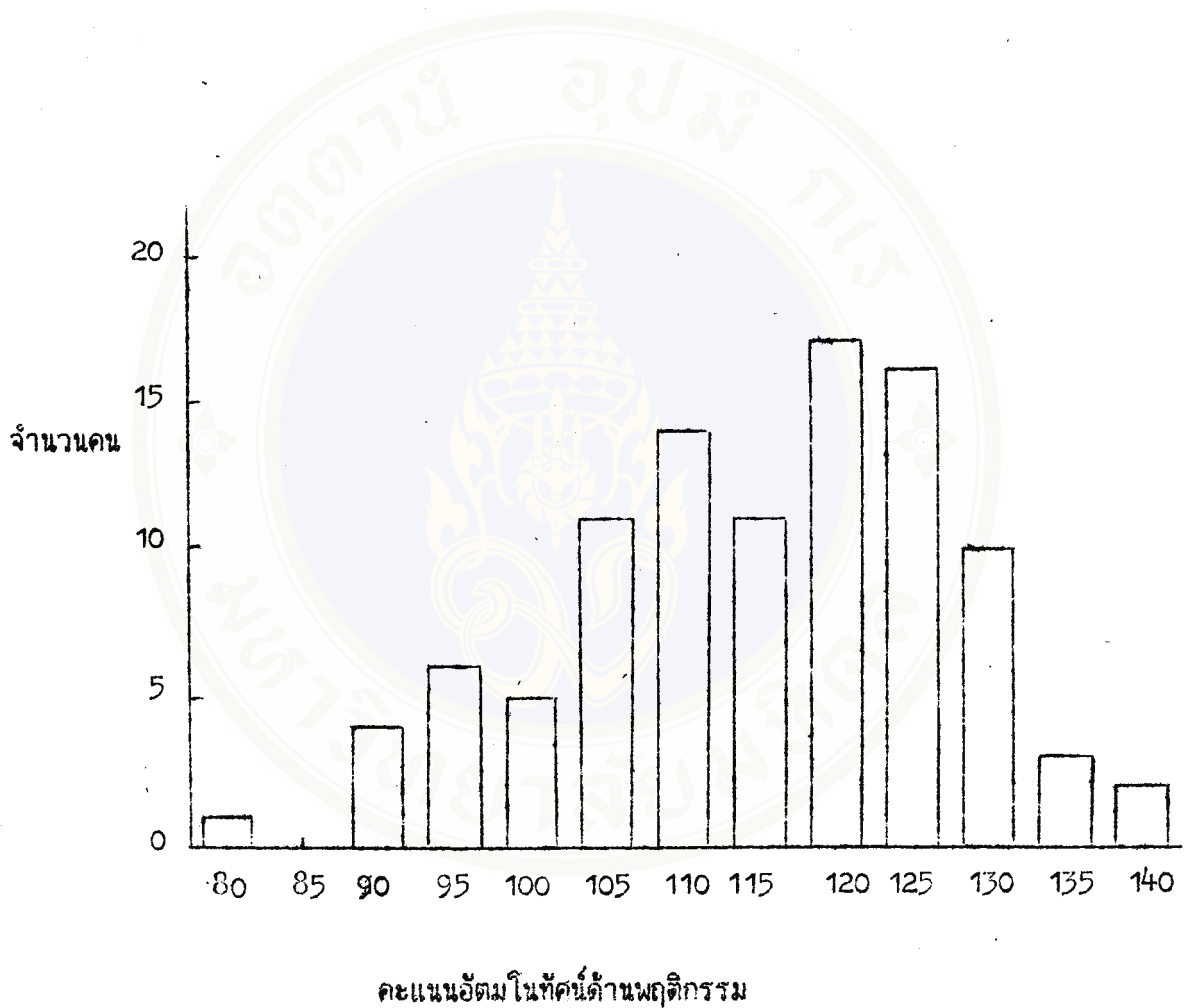
2. ทัศนคติด้านความเป็นเอกลักษณ์มีการแจกแจงเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative Skewness) (Mean = 115.7, Median = 117.0) เนื่องจากผู้ปวยส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติด้านความเป็นเอกลักษณ์ค่อนข้างไปทางบวก แสดงว่าผู้ปวยส่วนมากมีความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะที่แสดงถึงเอกลักษณ์ของตนไปในทางค่อนข้างดี ดังแผนภูมิที่ 4



คะแนนอัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง

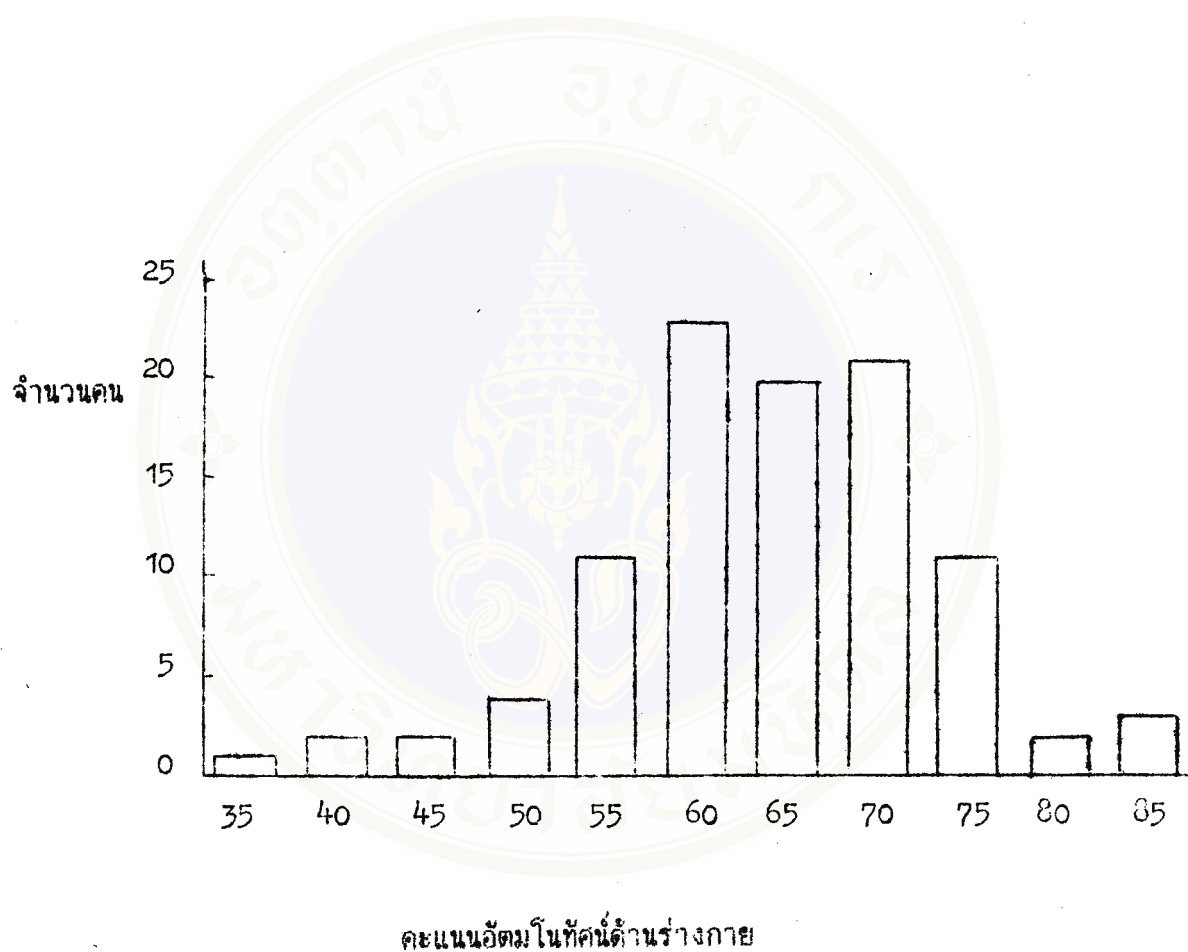
แผนภูมิที่ 5 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

3. อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง มีการแจกแจงข้อมูลเกือบเป็นโค้งปกติ (Normal Curve) (Mean = 102.6, Median = 102.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้คะแนนปานกลาง ส่วนผู้ปวยที่ได้คะแนนต่ำและผู้ปวยที่ได้คะแนนสูงมีจำนวนพอ ๆ กัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้สึกพึงพอใจตนเองหรือยอมรับตนเองในระดับปานกลาง ดังแผนภูมิที่ 5



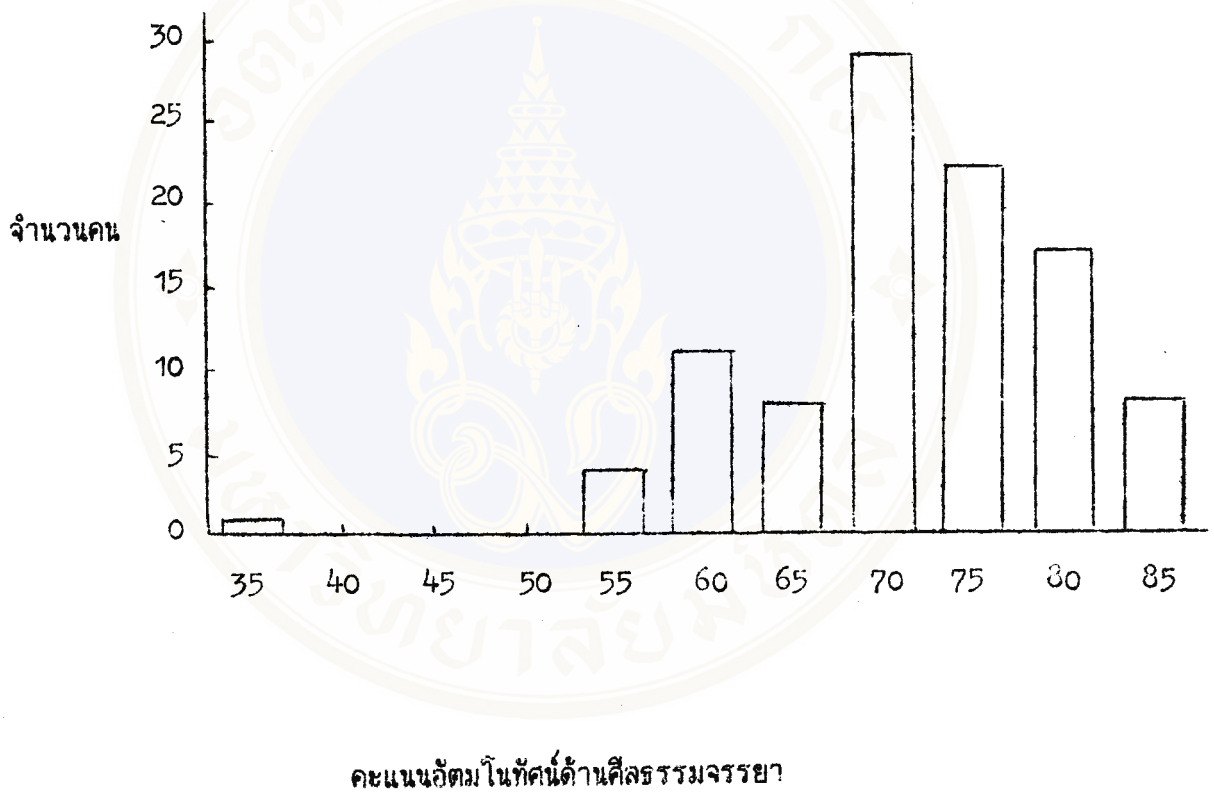
แผนภูมิที่ 6 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

4. อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นรูปโค้งเบ้ซ้าย (Negative Skewness) (Mean = 112.8, Median = 114.0) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรมค่อนข้างไปทางบวก แสดงว่าผู้ปวยกลุ่มนี้ส่วนมากรับรู้ถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของตนไปในทางค่อนข้างดี ดังแผนภูมิที่ 6



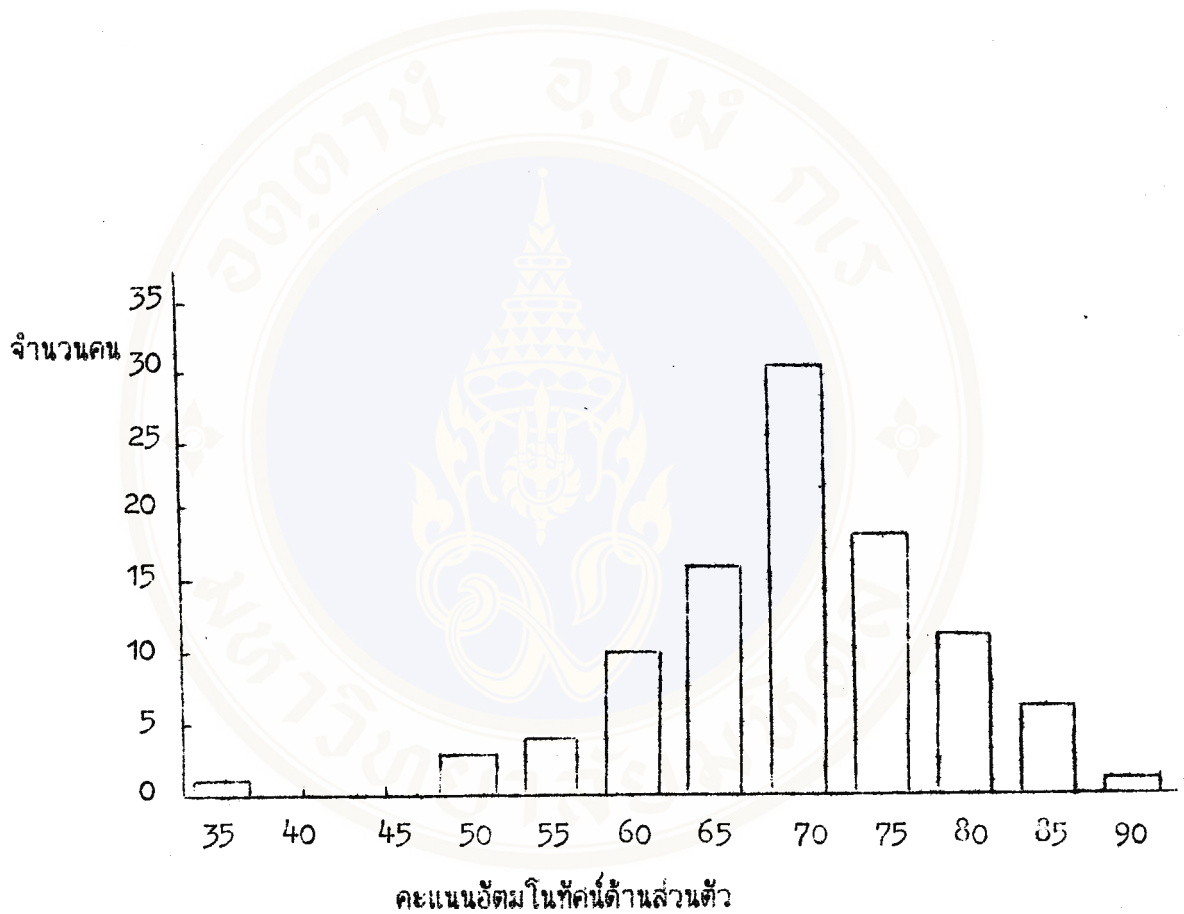
แผนภูมิที่ 7 การกระจายของคะแนนอัตรมิโนที่คนด้ำนร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

5. อัตรมิโนที่คนด้ำนร่างกาย มีการแจกแจงข้อมูลเกือบเป็นโค้งปกติ (Normal Curve) (Mean = 61.75, Median = 62.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะได้คะแนนปานกลาง ส่วนผู้ป้ายที่ได้คะแนนต่ำและผู้ป้ายที่ได้คะแนนสูงมีจำนวนไม่แตกต่างกันมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปร่างของตนรวมทั้งภาวะสุขภาพในระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังแผนภูมิที่ 7



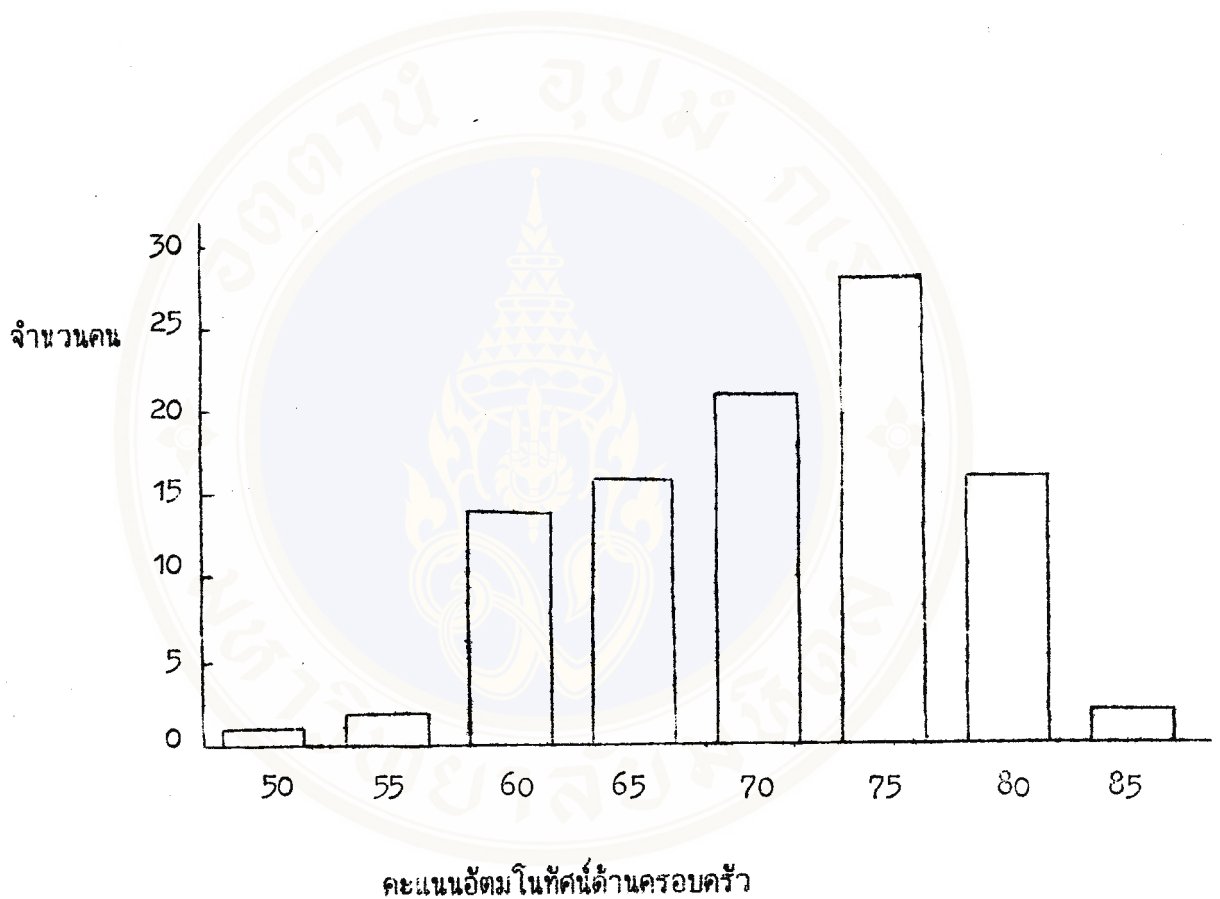
แผนภูมิที่ 8 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยาของกลุ่มตัวอย่าง

6. อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา มีการกระจายของข้อมูลเกือบเป็นรูปโค้งปกติ (Normal Curve) (Mean = 69.49, Median = 70.00) เนื่องจากกลุ่มผู้ปวยส่วนใหญ่มีคะแนนระดับปานกลาง ส่วนผู้ปวยที่มีคะแนนสูงและต่ำมีจำนวนไม่แตกต่างกันมาก แสดงว่าผู้ปวยส่วนมากมองความดีของตน ความสัมพันธ์กับศาสนาและความยุติธรรมของตนเองอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังแผนภูมิที่ 8



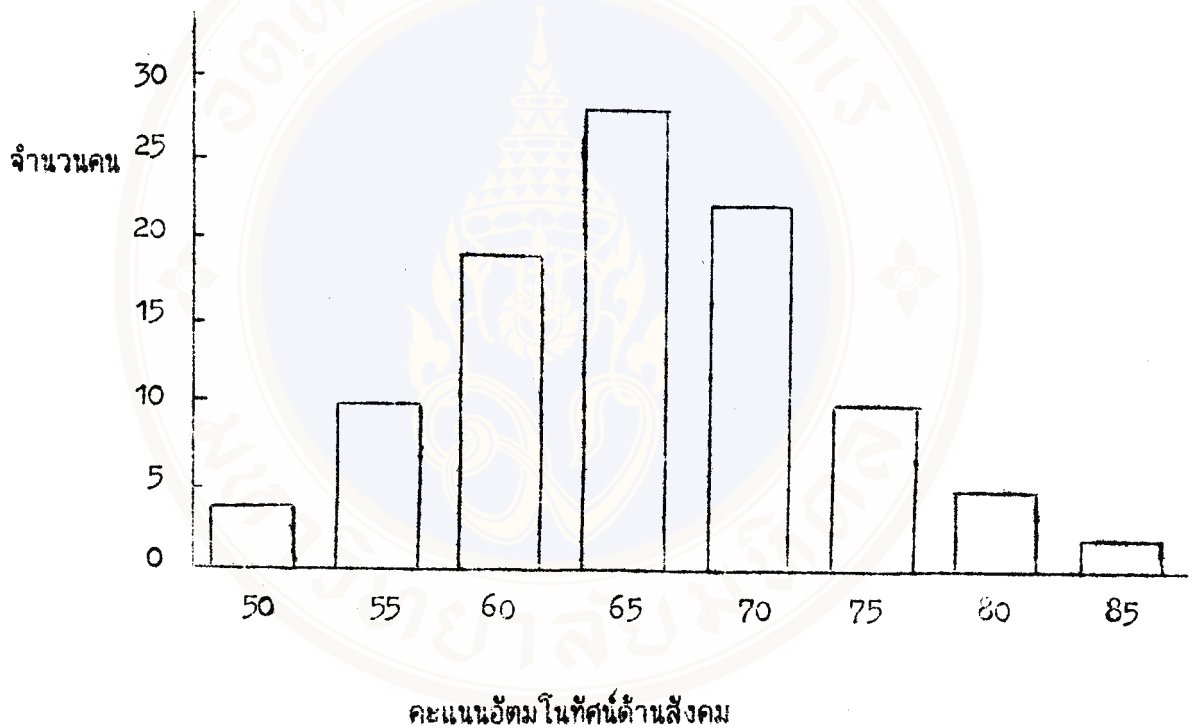
แผนภูมิที่ 9 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

7. อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้ง เบ้ซ้าย (Negative Skewness) (Mean = 67.96, Median = 69.0) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวค่อนข้างไปทางบวก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากค่อนข้างตระหนักในความเป็นบุคคลของตนและมองบุคคลิกภาพของตนไปในทางที่ดี ดังแผนภูมิที่ 9



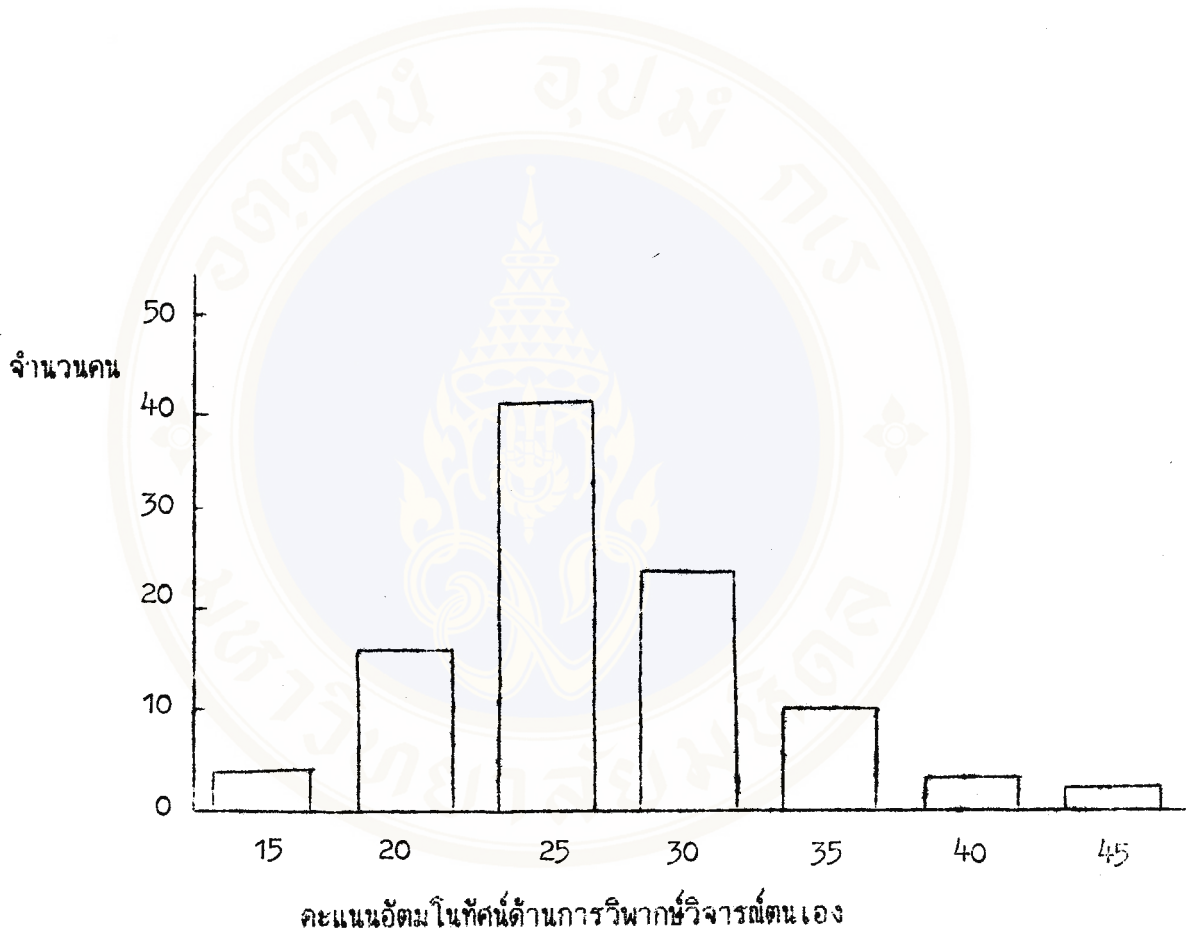
แผนภูมิที่ 10 การกระจายของคะแนนทัศนคติด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

8. ทัศนคติด้านครอบครัวมีการกระจายของข้อมูลเป็นรูปเบ้ซ้าย (Negative Skewness) (Mean = 68.41, Median = 69.00) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติด้านครอบครัวค่อนข้างไปทางบวก แสดงว่าผู้ปวยส่วนมากรู้สึกในคุณค่าและพอใจในสถานะที่ตนเป็นสมาชิกของครอบครัวไปในทางค่อนข้างดี ดังแผนภูมิที่ 10



แผนภูมิที่ 11 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

9. อัตมโนทัศน์ด้านสังคม มีการกระจายของข้อมูลเกือบเป็นรูปร่างโค้งปกติ (Normal Curve) (Mean = 63.50, Median = 64.00) กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลาง ส่วนผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงและต่ำมีจำนวนพอ ๆ กัน แสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมในระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังแผนภูมิที่ 11

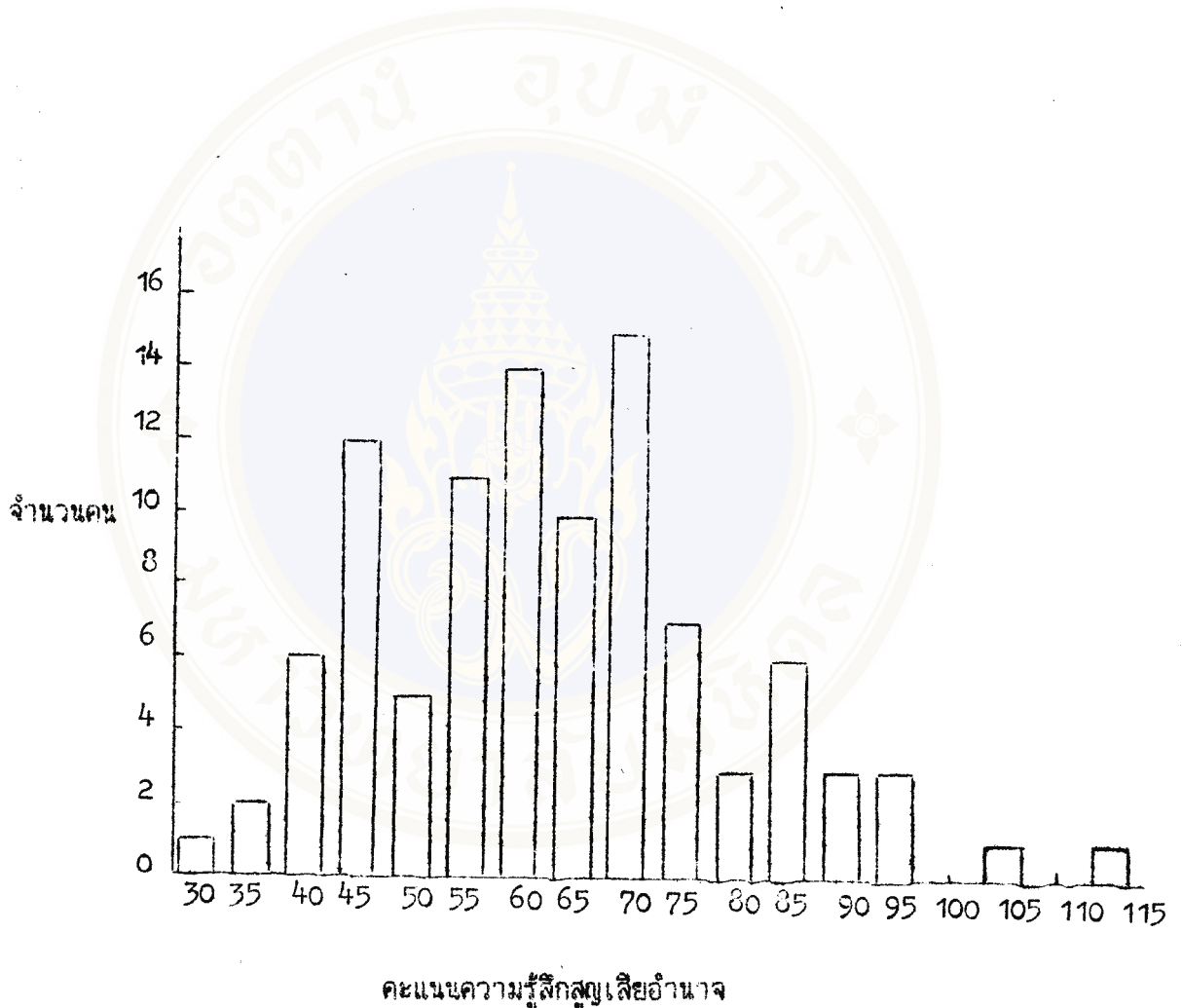


แผนภูมิที่ 12 การกระจายของคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

10. อัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มีการกระจายของข้อมูลเป็นรูปโค้งเบ้ขวา (Positive Skewness) (Mean = 24.72, Median = 24.00) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองค่อนข้างต่ำ แสดงว่าผู้ปวยส่วนมากไม่ค่อยยอมเปิดเผยหรือวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ดังแผนภูมิที่ 12

3. คะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

คะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจในแบบวัดมีค่าตั้งแต่ 30-120 ส่วนคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าตั้งแต่ 30-114 โดยมีค่าเฉลี่ย (Mean) = 61.50 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) = 16.22 สำหรับการกระจายของคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจของกลุ่มตัวอย่างได้เสนอในลักษณะแผนภูมิแท่ง ดังนี้



แผนภูมิที่ 13 การกระจายของคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ มีการกระจายของข้อมูลเป็นรูปโค้งเบ้ขวา (Positive Skewness) (Mean = 61.50, Median = 60.00) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจอยู่ในระดับต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยส่วนมากมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจค่อนข้างน้อย ดังแผนภูมิที่ 13

4. เปรียบเทียบอัตรานอนหลับโดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตรานอนหลับโดยส่วนรวมระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

อัตรานอนหลับโดยส่วนรวม	X	SD	t-value
เพศ			
ชาย	333.5	27.41	0.76 ^{NS}
หญิง	328.2	38.69	
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน			
ระดับ 1	334.2	27.44	1.28 ^{NS}
ระดับ 2	321.9	37.64	
ระดับ 2	321.9	37.64	-0.03 ^{NS}
ระดับ 3	322.4	59.99	
ระดับ 1	334.2	27.44	0.55 ^{NS}
ระดับ 3	322.4	59.99	

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกันมีอัตรานอนหลับโดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราในทัศนคติโดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อายุ				
ระหว่างกลุ่ม	2	15,034	7,515	7.98**
ภายในกลุ่ม	97	91,340	941.6	
รวม	99	106,374		
อาชีพ				
ระหว่างกลุ่ม	4	4,976	1,244	1.17 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	95	101,400	1,067	
รวม	99	106,376		
สถานภาพสมรส				
ระหว่างกลุ่ม	3	18,820	6,272	6.88**
ภายในกลุ่ม	96	87,550	912.0	
รวม	99	106,370		
ปัญหาทางเศรษฐกิจ				
ระหว่างกลุ่ม	2	7,904	3,952	3.89*
ภายในกลุ่ม	97	98,470	1,015	
รวม	99	106,374		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย				
ระหว่างกลุ่ม	2	9,352	4,676	4.68*
ภายในกลุ่ม	97	97,020	1,000	
รวม	99	106,372		

* $P < .05$ ** $P < .01$

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุและสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีอัตราในทัศนคติโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเศรษฐกิจและระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกันมีอัตราในทัศนคติโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีอัตราในทัศนคติโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันด้วยวิธีของเชฟเฟ

กลุ่ม (ช่วงอายุ)	\bar{X}	20-40 ปี (319.7)	41-60 ปี (343.0)	61-70 ปี (348.2)
20-40 ปี	(319.7)	-	23.3**	28.5*
41-60 ปี	(343.0)		-	5.2
61-70 ปี	(348.2)			-

** P < .01

* P < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มากกว่ากลุ่มอายุ 41-60 ปี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-60 ปี มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพ
สมรสต่างกันด้วยวิธีของเซฟเฟ

สถานภาพสมรส	โสด	หย่า	คู่	หม้าย
\bar{X}	(300.2)	(329.0)	(335.0)	(347.9)



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสต่างกันด้วยวิธีของเชฟเฟ

สถานภาพสมรส		โสด	หย่า	คู่	หม้าย
	\bar{X}	(300.2)	(329.0)	(335.0)	(347.9)
โสด	(300.2)	-	28.8	34.3**	47.3**
หย่า	(329.0)		-	6.0	18.9
คู่	(335.0)			-	12.9
หม้าย	(347.9)				-

** P < .01

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่ากลุ่มที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหย่าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอึดมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทาง
เศรษฐกิจแตกต่างกันด้วยวิธีของ เซฟเฟ

ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	\bar{x}	มาก (317.2)	เล็กน้อย (329.2)	ไม่มีปัญหา (339.3)
มาก	(317.2)	-	12.0	22.1*
เล็กน้อย	(329.2)		-	10.1
ไม่มีปัญหา	(339.3)			-

* P < .05

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีอึดมโนทัศน์ในทางที่ดี
มากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มที่มี
ปัญหาทางเศรษฐกิจเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกันด้วยวิธีของเชนเฟ

ระยะเวลา ที่เจ็บป่วย	\bar{X}	มากกว่า 1 ปี (322.4)	น้อยกว่า 6 เดือน (341.6)	6 เดือน - 1 ปี (342.5)
มากกว่า 1 ปี	(322.4)	-	19.2*	20.1
น้อยกว่า 6 เดือน	(341.6)		-	0.9
6 เดือน - 1 ปี	(342.5)			-

* $P < .05$

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 6 เดือน - 1 ปี มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่ากลุ่มที่เจ็บป่วยเกิน 1 ปี และต่ำกว่า 6 เดือน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความรู้สึกลุกลี้ญ่เลี้ยวอำนาจระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มี อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
อายุ				
ระหว่างกลุ่ม	2	1,513	756.7	2.99 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	24,530	252.9	
รวม	99	26,043		
อาชีพ				
ระหว่างกลุ่ม	4	1,746	436.6	1.71 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	95	24,300	255.8	
รวม	99	26,046		
สถานภาพสมรส				
ระหว่างกลุ่ม	3	821.1	273.7	1.04 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	96	25,230	262.8	
รวม	99	26,051		
ปัญหาทางเศรษฐกิจ				
ระหว่างกลุ่ม	2	1,192	596.0	2.33 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	24,850	256.2	
รวม	99	26,042		

ตารางที่ 10 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล				
ระหว่างกลุ่ม	2	19.77	9.885	0.04 ^{NS}
ภายในกลุ่ม	97	26,030	268.3	
รวม	99	26,050		

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแตกต่างกันมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. แสดงความสัมพันธ์ของคะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้านกับความรูสึกสูญเสียอำนาจ

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนอัตมโนทัศน์แต่ละด้านกับความรูสึกสูญเสียอำนาจ

อัตมโนทัศน์ด้านต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความรูสึกสูญเสียอำนาจ	r	(r) ²	t
อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม	- 0.445	.1980	- 4.913***
ด้านความเป็นเอกลักษณ์	- 0.340	.1156	- 3.576***
ด้านความพึงพอใจในตนเอง	- 0.506	.2560	- 5.803***
ด้านพฤติกรรม	- 0.294	.0864	- 3.039***
ด้านร่างกาย	- 0.480	.1920	- 5.410***
ด้านศีลธรรมจรรยา	- 0.392	.1537	- 4.218***
ด้านส่วนตัว	- 0.303	.0918	- 3.153***
ด้านครอบครัว	- 0.365	.1332	- 3.879***
ด้านสังคม	- 0.213	.0454	- 2.157***
ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง	0.489	.2236	5.501***

*** p < .001

จากตารางที่ 11 พบว่า อัตมโนทัศน์แต่ละด้านยกเว้นด้านวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมีความสัมพันธ์ปานกลางทางลบกับความรูสึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีอัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจสัมพันธ์สูงสุด และอัตมโนทัศน์ด้านสังคมสัมพันธ์ต่ำสุด

แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอัตมโนทัศน์แต่ละด้านในทางที่ดี จะมีความรูสึกสูญเสียอำนาจน้อยกว่ากลุ่มที่มีอัตมโนทัศน์ในทางไม่ดี ซึ่งถ้าพิจารณาจากอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมแล้ว จะพบว่าโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ตามกันเช่นนี้มีเพียงร้อยละ 19.80

การอภิปรายผล

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกัน

ผลการวิจัยแยกอภิปรายได้ดังนี้

1.1 อายุ

พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของแกรนท์ (Grant 1966 cited in Fitts et.al. 1971 : 30) ที่ว่าอายุที่แตกต่างกันทำให้อัตมโนทัศน์ของคนเราแตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-70 ปีมีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีเพียง 10 ราย ซึ่งน้อยมากไม่สามารถแทนกลุ่มประชากรของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลายทั้งหมดได้ อีกประการหนึ่งเมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากลูกหลาน เนื่องจากคนไทยมีค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูและการเคารพผู้อาวุโสค่อนข้างสูง (สุภัตราสุภาพ 2520 : 9) จึงทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายรู้สึกว่าคุณค่า และมีการยอมรับ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ได้ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) ส่วนการที่ผู้ป่วยที่มีอายุ 41-60 ปี มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 20-40 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (41-60 ปี) เป็นช่วงที่บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต ส่วนตัวและหน้าที่การงานมากขึ้น และมีความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้น ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-40 ปี) เป็นวัยที่กำลังเริ่มปรับตัวกับชีวิตครอบครัว ปรับตัวกับการประกอบอาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ดังนั้น เมื่อต้องมาเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียความเป็นอิสระ ตลอดจนสูญเสียความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ไป ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางนั้น ถึงแม้ว่าจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง แต่จะยอมรับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ทำให้สามารถรักษาลมดุลย์ระหว่างความต้องการของตนกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงรู้สึกว่าคุณค่าใน ตนเองถูกคุกคามน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

1.2 เพศ อาชีพ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศ อาชีพ ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีอัตราในทัศนคติโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบัน บทบาทด้านอาชีพระหว่างเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพรับราชการ ค้าขาย และรับจ้าง ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ต้องมีส่วนร่วมและมีกิจกรรมในสังคมรวมทั้งหมด 41 ราย (ตารางที่ 1) เป็นเพศชาย 24 ราย และเพศหญิง 17 ราย แสดงให้เห็นว่าบทบาทของเพศหญิงและเพศชายในสังคมเกือบเท่าเทียมกัน การที่ผู้หญิงออกไปมีบทบาทในสังคมทางบวกมากขึ้น ผู้หญิงจะรับรู้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น และไม่ต่างจากเพศชายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และ ไชยมุขย์ วิเชียรเจริญ ที่ศึกษาทัศนคติของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ทัศนคติโดยรวมของเพศหญิงและเพศชายไม่มีความแตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และ ไชยมุขย์ วิเชียรเจริญ 2527 : 229) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยการรับรู้ต่อคุณค่าของตนเองหรือทัศนคติของเพศหญิงและเพศชายจึงไม่แตกต่างกัน

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกันพบว่าทัศนคติไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนามาจากที่เดียวกัน คือจากชนบท ทำให้ลักษณะของการประกอบอาชีพคล้ายกัน ซึ่งมีผลทำให้บุคลิกของผู้ป่วยไม่แตกต่างกันมาก ดังนั้นจึงพบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องเข้าโรงพยาบาล ทัศนคติของผู้ป่วยจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของโรค ซึ่งการศึกษาคั้งนี้ประเมินจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันว่าสามารถทำทุกกิจกรรมได้ด้วยตนเอง (ตารางที่ 1) แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่มีอาชีพ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีทัศนคติไม่แตกต่างกัน

1.3 สถานภาพสมรส

พบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีทัศนคติโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย มีทัศนคติในทางที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่แต่งงาน จะมีสมาชิกในครอบครัวซึ่งอาจเป็นคู่สมรส หรือบุตร ที่เป็นแหล่ง

สนับสนุนและเกื้อกูลในระหว่างเจ็บป่วย เนื่องจากครอบครัวไทยมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตอย่างแน่นแฟ้นโดยบิดา มารดา และบุตรจะมีความผูกพันกันมาก (อาานนท์ อากาศิรม 2525 : 21) เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ความห่วงใยที่ผูกพันอยู่ จะทำให้ครอบครัวตื่นตัวที่จะทำหน้าที่ดูแลอย่างเต็มที่ และถึงแม้ว่าคู่สมรสจะเสียชีวิตไปแล้ว บุตรหลานจะรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยแทน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า

ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสโสด หรือหย่า บุคคลเหล่านี้ถึงแม้จะอาศัยอยู่กับญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน แต่เมื่อเจ็บป่วยเป็นเวลานาน การดูแลที่เคยได้รับจากบุคคลเหล่านั้นจะลดน้อยลงเนื่องจากความห่วงใย ผูกพันมีไม่มากเท่าคู่สมรสหรือบุตร ผู้ป่วยจะขาดความอบอุ่น เกิดภาวะเหงาและโดดเดี่ยว ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจึงมีอัตมโนทัศน์แตกต่างกัน

1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ผลการศึกษานพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีอัตมโนทัศน์โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่า กลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจมักจะเป็นครอบครัวที่มีรายได้น้อยอยู่แล้ว เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ภาระในการใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีจำนวนทั้งหมด 52 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่รายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ถึง 37 ราย ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับรายได้และรายจ่ายของครอบครัว โดยอาจต้องลดรายจ่ายของครอบครัวลง เพื่อนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องกู้ยืมจากผู้อื่นทำให้เกิดหนี้สินเพิ่มขึ้น ผลของความยากจนหรือปัญหาทางเศรษฐกิจนี้ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น น้อยเนื้อต่ำใจ หวาดระแวง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ชอบแข่งขัน และจะปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามโชคชะตา (สุนัตรา สุภาพ 2525 : 145) จะเห็นได้ว่าเมื่อค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่พอ ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดและมองตนเองในแง่ลบเพราะคิดว่าตนเองเป็นผู้เพิ่มภาระของครอบครัว และจะรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถเลือกและเสาะแสวงหาสถานที่ให้บริการทางด้านสุขภาพได้ตามความต้องการ ทำให้เกิดความมั่นใจในปัญหาสุขภาพของตนและมองตนเองในแง่ลบน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเศรษฐกิจ

1.5 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการศึกษาของอิมโบเดนและคณะ (Imboden et al 1959 cited in Fitts 1972 : 32) ที่พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยสั้นและรักษาแล้วอาการดีขึ้น (acute-recovered) มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนานกว่าทั้งที่รักษาแล้วอาการดีขึ้น (chronic - recovered) และมีอาการหลงเหลือ (chronic-symptomatic) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่ป่วยมานานจะเกิดการรับรู้ว่าเป็นอยู่เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ จึงรู้สึกท้อแท้และลังเลใจในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ประกอบกับความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ต่ำ ส่วนผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือนนั้น อาจยังมีความหวังในการรักษา และมองอนาคตข้างหน้าในทางที่ดี อีกประการหนึ่งระยะเวลาอันสั้นของการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยประสบกับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดน้อยกว่าบุคคลที่ป่วยเป็นเวลานาน จึงยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับตนเองไปในทางลบมากเท่ากับบุคคลที่ป่วยเป็นเวลานาน

2. สมมติฐาน 2 ที่ว่าผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันจะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากข้อมูลส่วนตัวดังกล่าวข้างต้นไม่มีผลโดยตรงต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจ แต่สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจโดยตรง ได้แก่ แหล่งอำนาจ (source of power) การศึกษาครั้งนี้พบว่าแหล่งอำนาจของผู้ป่วยหลาย ๆ อย่างไม่แตกต่างกัน ซึ่งได้แก่

(1) ความแข็งแรงและสมรรถภาพทางกาย (Physical strength and reserve) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) ประเมินสุขภาพร่างกายของตนว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทุกอย่าง ทำให้รับรู้ว่าร่างกายของตนยังแข็งแรง และเชื่อมั่นว่าตนควบคุมร่างกายของตนได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยอยู่ในแผนกเดียวกัน การดูแลที่ได้รับจะค่อนข้างเหมือนกัน ผู้ป่วยจะได้รับอาหาร น้ำ การพักผ่อน ที่ไม่ต่างกัน และกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำส่วนใหญ่จะไม่แตกต่างกันนั้นคือผู้ป่วยจะอยู่แค่บริเวณเตียงหรืออย่างมากที่สุดก็เดินไปห้องน้ำเอง จึงทำให้พลังงานสมดุขยที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน มิลเลอร์ (Miller 1983 : 195) กล่าวไว้ว่าพลังงาน (Energy) เป็นแหล่งของอำนาจอย่างหนึ่ง เนื่องจากในทางจิตวิทยาเชื่อว่าพลังงานเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างกลไกการป้องกันตัว ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความคิด สามารถแก้ปัญหา และพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นเมื่อพลังงานในตัวผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียอำนาจไม่ต่างกัน

(2) กำลังใจและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Psychologic stamina and support net work) การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 1) และยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรสหรือบุตร ซึ่งนับได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงมีผู้คอยดูแลเอาใจใส่ขณะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไดมอน (Dimond 1979 cited in Miller 1983 : 7) เกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ hemodialysis ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีขวัญและกำลังใจไม่แตกต่างกัน ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจไม่ต่างกัน

(3) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของตน (Knowledge) การที่คนเราขาดความรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความกลัววิตกกังวล ไม่กล้าจะตัดสินใจ และคาดหวังในสิ่งต่าง ๆ ตามจินตนาการของตนเอง (Roberts 1978 : 135) บุคคลที่ขาดความรู้จะรู้สึกว่าสูญเสียอำนาจในตัวเองไป แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยตรง และไม่สามารถประเมินได้ว่ามีความรู้แตกต่างกันหรือไม่ แต่จากการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเนื่องจากไม่ทราบความเปลี่ยนแปลงของโรคหรือผลการรักษาของตัวเอง อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงค่อนข้างมาก (ข้อ 27, ภาคผนวก ข. X = 2.45) และรู้สึกหงุดหงิดเล็กน้อยถึงค่อนข้างมาก ที่ไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรจึงจะเป็นผลดีกับโรคที่ตนเองเป็น (ข้อ 29, ภาคผนวก ข. X = 2.50) แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ค่อยกังวลหรือหงุดหงิดที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่

เกิดขึ้นไม่แตกต่างกัน

(4) ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (Internal locus of control: บุคคลที่เชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเกิดจากความสามารถของตน จะรู้สึกว่ามีอำนาจในตนเอง การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีอำนาจในตนเอง หรือควบคุมตนเองได้ใกล้เคียงกัน บุคคลวัยนี้จะสามารถคิดและกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างไม่หวั่นไหว (สุวณีย์ เกียรติแก้ว 2527 : 141) เมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลเขาจะรู้สึกว่าคุณสมบัติที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้น้อยลง และการตอบสนองของเขาต่อการเปลี่ยนแปลง หรือต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะไม่สามารถเป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยถึงร้อยละ 47 ที่มีความเชื่อหรือคาดหวังว่าความเจ็บป่วยของเขาจะดีขึ้นหรือเลวลงขึ้นอยู่กับการรักษา หรือขึ้นอยู่กับบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือญาติพี่น้อง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวเขาเอง และร้อยละ 46 ที่เดิมตอนอยู่ที่บ้าน เคยตัดสินใจเอง พอมาอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยให้แพทย์ พยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจให้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยคิดว่าวิธีการที่จะให้การตอบสนองของเขาเป็นไปตามที่เขาต้องการ ก็คือ เขาต้องคล้อยตามสิ่งที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้พยายามปรับตัวกับภาวะสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง โดยยอมรับว่าตนกำลังอยู่ในระยะเจ็บป่วย ซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้น ดังนั้น เมื่อแพทย์พยาบาลบอกให้ทำอะไร ผู้ป่วยจะทำตามที่บอกโดยไม่รู้สึกอึดอัดใจ หรืออึดอัดใจเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ข้อ 7, ภาคผนวก ข X = 1.55) และถึงแม้แพทย์พยาบาลจะมาซักถามหรือตรวจเขาบ่อย ๆ เขาก็ไม่รู้สึกรำคาญเช่นกัน (ข้อ 15 ; X = 1.14, ข้อ 16 ; X = 1.17 ภาคผนวก ข.) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปรับตัวกับภาวะสูญเสียอำนาจนั้นได้ และด้วยเหตุผลเดียวกันนี้เอง ทำให้ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจไม่แตกต่างกัน ถึงแม้ว่าสังคมจะมีการยอมรับว่าเพศชายมีอำนาจมากกว่าเพศหญิง

นอกจากนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน (ตารางที่ 1) มีรายได้ต่ำ และมีปัญหาทางเศรษฐกิจมาก (ตารางที่ 2) ทำให้เขารู้สึกว่า มีอำนาจหรือมีอิทธิพลในสังคมน้อย เมื่อเข้าโรงพยาบาลจึงสามารถปรับตัวกับภาวะสูญเสียอำนาจได้ง่าย ทำให้รู้สึกสูญเสียอำนาจไม่แตกต่างกัน สำหรับปัจจัยในเรื่องจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งพบว่าไม่ทำให้ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยแตกต่างกันนั้น อาจเนื่องจาก ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่นำมาศึกษาเพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกหรือครั้งที่สอง ทำให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ป่วยได้ดีพอ จึงเกิดความลำบากใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรเหล่า

นั้น และไม่กล้าโต้แย้งในสิ่งที่ถูกกำหนดให้ทำ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจไม่แตกต่างกัน

3. สมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่าอ้อมโนทัศน์แต่ละด้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้รับการสนับสนุน โดยพบว่าอ้อมโนทัศน์แต่ละด้าน และอ้อมโนทัศน์โดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงว่า ผู้ป่วยที่มีอ้อมโนทัศน์ในทางลบ จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้อ้อมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนไปในทางลบ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกต่อตนเองในทางไม่ดี ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบและเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง หวั่นไหวง่าย มีระดับความวิตกกังวลสูง และหมกมุ่นกับการป้องกันตนเอง เนื่องจากมีความรู้สึกถูกคุกคามได้ง่าย (Stuatt and Sundeen 1987 : 396) จึงไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณค่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนไม่ได้ ทำให้รู้สึกว่าสูญเสียอำนาจมาก

การที่คนเราเจ็บป่วยจะต้องเข้าโรงพยาบาล บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าคุณค่ากำลังประสบกับการสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียบทบาทในสังคม ไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองได้ และบางครั้งอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่ออ้อมโนทัศน์ของบุคคลในหลาย ๆ ด้าน ทำให้อ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยลดลงได้อย่างมาก การศึกษาครั้งนี้พบว่าอ้อมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับเฉลี่ยของคนปกติ คืออยู่ในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 30 (แผนภูมิที่ 2) แต่เนื่องจากเกณฑ์ของคนปกติที่นำมาเปรียบเทียบกับการวิจัยครั้งนี้ เป็นเกณฑ์ที่ได้จากการศึกษาในชาวต่างประเทศ ซึ่งอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน ต่างไปจากของคนไทยปกติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำเอาการศึกษาของกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และ ไช้มุกข์ วิเชียรเจริญ ซึ่งศึกษาอ้อมโนทัศน์แต่ละด้านของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล (ภาคผนวก ค) มาใช้เปรียบเทียบกับร่วมด้วย เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดได้ศึกษาเกณฑ์ปกติของอ้อมโนทัศน์ในคนไทยโดยทั่วไปไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยในคนไทย พบว่าอ้อมโนทัศน์โดยส่วนรวมของผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าของคนไทยปกติด้วย ซึ่งสนับสนุนว่าผู้ป่วยมีอ้อมโนทัศน์ในทางลบ หรือมองตนเองในทางที่ด้อยกว่าคนปกติ

เมื่อพิจารณาอ้อมโนทัศน์แต่ละด้านของผู้ป่วยจาก profile sheet จะเห็นได้ว่าทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าของคนปกติ คือต่ำกว่าระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 ยกเว้นด้านส่วนตัว (แผนภูมิที่ 2) และถ้าพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยของคนไทยปกติ จะพบว่าอ้อมโนทัศน์ด้านร่างกาย ด้านสังคม ด้านความพึงพอใจ และด้านวิพากษ์วิจารณ์ตนเองของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ ส่วนด้านอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับเดียวกับคนปกติ (ภาคผนวก ค) ซึ่งอาจแยกอธิบายได้ว่า

การที่อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย และด้านความเป็นเอกลักษณ์อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าคนปกติ คือ เฮอร์เซนต์ไต้ลส์ที่ 10 (แผนภูมิที่ 2) นั้น เป็นเพราะผู้ป่วยที่ศึกษา เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของอวัยวะ หรือระบบที่มีความสำคัญค่อนข้างมากต่อชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นทุกข์กับความผิดปกติที่เกิดขึ้น แม้ว่าจะมีอาการเพียงเล็กน้อย ความเชื่อมั่นที่มีต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะดังกล่าวจะลดน้อยลงโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความบกพร่องของร่างกายที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าร่างกายอ่อนแอลง เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และสูญเสียความมั่นใจในร่างกายของตน เก่งกว่าตนจะไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ได้ดีเหมือนเดิม อาจเกิดความขัดแย้งในบทบาทของผู้ป่วย หรือมีความไม่ชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้คะแนนทั้ง 2 ด้านนี้ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ของคนไทยปกติก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอึดมโนทัศน์ด้านร่างกายของผู้ป่วยต่ำกว่าของคนปกติเช่นกัน ส่วนด้านเอกลักษณ์พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยต่ำกว่าของคนปกติเพศหญิง แต่จะเท่า ๆ กับคนปกติเพศชาย (ภาคผนวก ค)

สำหรับอึดมโนทัศน์ด้านสังคมของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์ปกติคือ อยู่ในระดับเฮอร์เซนต์ไต้ลส์ที่ 20 (แผนภูมิที่ 2) และเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของคนปกติก็พบว่าต่ำกว่าเช่นเดียวกัน (ภาคผนวก ค) เนื่องจากอึดมโนทัศน์ด้านสังคมเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งขึ้นกับการเลี้ยงดูที่บุคคลนั้นได้รับในวัยเด็กด้วย และเนื่องจากลักษณะของสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบท มักจะไม่มีการเลี้ยงดูเด็กแบบให้อิสระทางด้านความคิด ทำให้เมื่อเด็กโตขึ้นจึงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมได้น้อย ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้บทบาทในสังคมของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน จำเป็นต้องหยุดงาน ทำให้ขาดรายได้ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ เช่นการสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือการสนทนาการนอกบ้าน เป็นต้น จึงทำให้อึดมโนทัศน์ด้านสังคมของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ

อึดมโนทัศน์ด้านส่วนตัวของผู้ป่วยพบว่าอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย คืออยู่ในระดับเฮอร์เซนต์ไต้ลส์ที่ 65 (แผนภูมิที่ 2) และเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของคนไทยปกติพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันมาก ทั้งนี้เป็นเพราะอึดมโนทัศน์ด้านส่วนตัวเป็นบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งสร้างมาตั้งแต่วัยเด็ก และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในช่วงเวลาอันสั้น ประกอบกับผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีอึดมโนทัศน์ด้านส่วนตัวค่อนข้างคงที่ ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงไม่

มีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่าปกติ

ส่วนอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านครอบครัว ด้านความพึงพอใจในตนเอง และด้านพฤติกรรมนั้น ถ้าเทียบกับ profile sheet จะพบว่าทุกด้านต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเล็กน้อย (แผนภูมิที่ 2) แต่ถ้าเทียบกับของคนไทยปกติพบว่ามีเพียงด้านความพึงพอใจในตนเองเท่านั้น ที่คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยต่ำกว่าของคนปกติ ส่วนด้านศีลธรรมจรรยา ด้านครอบครัว และด้านพฤติกรรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยต่ำกว่าของคนปกติเพศหญิง และสูงกว่าของคนปกติเพศชาย ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ด้านเอกลักษณ์ และด้านพฤติกรรมของบุคคลนั้น (Fitts 1971 : 17) การที่ผู้ป่วยประเมินอัตมโนทัศน์ด้านเอกลักษณ์ของตนในทางลบ จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พึงพอใจในตนเอง และยอมรับตนเองได้น้อย ประกอบกับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องมียุติกรรมคล้อยตามคำสั่งหรือแนวทางที่แพทย์พยาบาลกำหนดให้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าไม่เป็นตัวของตัวเอง สูญเสียเอกลักษณ์ของตน ทำให้ความพึงพอใจในตนเองลดลง

การที่อัตมโนทัศน์ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติมาก คืออยู่ในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 6 นั้น (แผนภูมิที่ 2) แสดงว่าผู้ป่วยมีการปกป้องตนเองสูง และไม่วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับตนเองในทางที่ไม่ดี อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ป่วยได้พบกันในระยะเวลายังสั้น ถึงแม้จะมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยบ้างแล้วก็ตาม ก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพอที่จะกล่าววิพากษ์วิจารณ์ตนเอง โดยเฉพาะเรื่องส่วนตัวที่เขาอาจไม่ต้องการจะบอกให้ผู้อื่นทราบ หรือเป็นเรื่องที่ไม่ดีในสายตาของสังคม เพื่อรักษาภาพพจน์ที่ดีของตนเองไว้ และดำรงไว้ซึ่งอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีคะแนนอัตมโนทัศน์ด้านนี้ต่ำ จะรู้สึกว่ายังสามารถดำรงอำนาจในตนเองไว้ได้ จึงมีคะแนนความรู้สึกสูญเสียอำนาจต่ำด้วย

สรุปได้ว่า การที่อัตมโนทัศน์ทุกด้าน ยกเว้นด้านส่วนตัว มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าหรือเท่า ๆ กับเกณฑ์ปกตินั้น ทำให้คะแนนอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมต่ำกว่าเกณฑ์ปกติด้วย และจากการที่อภิปรายมาแล้วข้างต้นว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ดังนั้นผู้ป่วยซึ่งมีอัตมโนทัศน์แต่ละด้านในทางลบเป็นส่วนใหญ่จึงรู้สึกสูญเสียอำนาจมาก

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัมโนทัศน์ และความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และศึกษาถึงปัจจัยที่อาจทำให้มีความแตกต่างกันของอัมโนทัศน์ และความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้แก่อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 กลุ่มโรค ซึ่งเข้ารับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกันยายน 2531 - มกราคม 2532 จำนวน 100 ราย ได้แก่กลุ่มที่มีความผิดปกติของหัวใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตเรื้อรัง กลุ่มที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และกลุ่มที่มีความผิดปกติของไตเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยแบบวัดอัมโนทัศน์ เทนเนสซีของพิทส์ และแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยหาความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอัมโนทัศน์แต่ละด้าน และความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอัมโนทัศน์โดยส่วนรวม ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้าน (สำหรับด้านอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย) เพศ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการทดสอบ ที่ (t-test) วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยการทดสอบที่

(t-test) สำหรับด้านอายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance)

5. ค่าความสัมพันธ์ประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอัตรามโนทัศน์แต่ละด้าน และความรู้สึกสูญเสียอำนาจ โดยใช้สูตรสัมพันธ์ประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment) และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยการทดสอบที (t-test)

ซึ่งผลการวิจัยปรากฏดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ อาชีพ และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-60 ปี มีอัตรามโนทัศน์ในทางที่ตีมากกว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 61-70 ปี มีอัตรามโนทัศน์ในทางที่ตีมากกว่ากลุ่มอายุ 20-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมในทางที่ตีมากกว่ากลุ่มที่เป็นโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีอัตรามโนทัศน์ในทางที่ตีมากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยแตกต่างกัน มีอัตรามโนทัศน์โดยส่วนรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน มีอัตรามโนทัศน์ในทางที่ตีมากกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. กลุ่มตัวอย่างที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ อาชีพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกัน มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. อັตมโนทัศน์แต่ละด้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่า ปัจจัยที่อาจทำให้อັตมโนทัศน์ของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแตกต่างกันได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ และระยะเวลาที่เจ็บป่วย และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอັตมโนทัศน์แต่ละด้านกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในทางลบนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการบริหารและปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ในการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงบทบาทสำคัญในการวางแผนและให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล และปรับตัวต่อบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขายังมีอำนาจในการควบคุมหรือกำหนดสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาได้ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอັตมโนทัศน์ในทางที่ดี หรือรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง โดยคำนึงถึงความแตกต่างในด้านอายุ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจและระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแผนการพยาบาลในภาคผนวก จ. แต่การประเมินอັตมโนทัศน์และความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยนั้น อาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล และกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงให้ทราบ ซึ่งจะทำให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงมากขึ้น ดังนั้นการมอบหมายงานควรจัดให้พยาบาลคนใดคนหนึ่งได้ดูแลผู้ป่วยคนเดิมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ตรงความเป็นจริง และสามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2 จัดโครงการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งโรคและแผนการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ซึ่งควรเป็นผู้ที่ผ่านการอบรม

เกี่ยวกับวิธีการให้คำปรึกษา (Counseling) โดยตรง

1.3 จัดโครงการให้ผู้ป่วยโรคเดียวกันได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนปัญหา และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน โดยทำในรูปของกลุ่มให้ความช่วยเหลือ (Self-help groups) โดยมีพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา และการปรับตัวจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้มองเห็นปัญหาซึ่งกันและกัน และเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาของผู้อื่น อันจะนำมาซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ และมี การปรับตัวที่ดี

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล

ผู้ที่รับผิดชอบสอนนักศึกษาพยาบาล ควรจัดให้มีการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลทางด้านจิตสังคมร่วมไปกับการพยาบาลทางด้านร่างกายทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การประเมินปัญหาและให้การวินิจฉัยการพยาบาล รวมถึงให้การพยาบาลเพื่อปรับอัตมโนทัศน์ไปทางบวก และป้องกันการเกิดความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียด้านใจ เป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความรู้ ประสบการณ์และทักษะเป็นอย่างมาก ดังนั้น ผู้สอนควรเลือกสรรค้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตสังคมที่ชัดเจน เพื่อให้ นักศึกษาได้ประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วย พร้อมให้การชี้แนะนักศึกษาอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ นักศึกษาได้หลักการและแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลดังกล่าวและสามารถนำไปใช้ให้การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ด้านการศึกษาวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียด้านใจในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีความพิการของดวงตา, แขน หรือขา และผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน เช่น ได้รับอุบัติเหตุ เป็นต้น

3.2 ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกลุกลี้ญ่เสียด้านใจของผู้ป่วย อันได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายนอกภายในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3.3 ควรมีการศึกษาเกณฑ์ปกติของอ้อมโนทัศน์แต่ละด้านของคนไทยโดยทั่วไป เพื่อสามารถนำมาใช้อ้างอิงในการวิจัยเกี่ยวกับอ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นคนไทย ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลุกลี้ญเสียอำนาจกับการดูแลตนเอง และการให้ความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.5 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกลุกลี้ญเสียอำนาจในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังซ้ำ โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้มีการกระจายของคะแนนความรู้สึกลุกลี้ญเสียอำนาจของกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ. "การศึกษาอัตมโนทัศน์ของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล". วารสารพยาบาลศาสตร์. 2 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 222 - 234.
- กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์. การศึกษาอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- งานเวชระเบียนและสถิติ. รายงานสถิติ มค.- มิย. 29. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2528.
- _____. รายงานสถิติ กค.- รค. 29. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2528.
- จรัญ จันทลักขณา และอนันต์ชัย เชื้อธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 253๑.
- ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. ชีวสถิติ ตอนที่ 2 สถิติภาคอนุมาน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2522.
- นิกุล บุญช่วง. การศึกษาหาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

นิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เนญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอภิญา ปุรพันธ์. การดูแลสุขภาพตนเองที่คณะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

รัตนา มาศเกษม. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอัมมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

ยุพิน จันทร์คคะ. "การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ" ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น, หน้า 120 - 122. พรศรี ศรีอัมภานพร และ ยุวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. 2522.

สมจิต วัฒนาชยากุล. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, ธวัชชัย อากาศสุข และพิสิฏฐ์ ศุภชัยพงษ์. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

สุคศิริ หิรัญอุณหะ. ผลของการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัมมโนทัศน์ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

สุภาพ วาดเขียน. เครื่องมือวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : อักษรประเสริฐ, 2523.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.

- สุนัตรา สุภาพ. ปัญหาทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- อานนท์ อากาศิกรม. สังคมวัฒนธรรมและประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : O.S. Printing House Co., Ltd., 2525.
- อำไพ ศิริพิพัฒน์. "ความนึกคิดเกี่ยวกับตน." วารสารครุศาสตร์. 2 (2525) : 91 - 102.
- Aasen, N. "Interventions to Facilitate Personal Control". Journal of Gerontological Nursing. 13 (198) : 21 - 27.
- Auger, J.R. Behavioral System and Nursing. Englewood Clifts : Prentice-Hall Inc., 1976.
- Barry, P.D. Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1984.
- Bauwens, E.E., Anderson, S.V. and Buergin, P. "Chronic illness." In Medical-Surgical Nursing, pp. 556 Edited by W.J. Phipps, B.C. Long and N.F. Woods. St. Louis : The C.V. Mosby, 1983.
- Burns, R.B. The Self Concept : in theory, measurement, development and behaviour. London : Longman, 1979.
- Cadogan, M.P. "Adult Development." In Medical-Surgical Nursing : A conceptual approach. 2nd. ed. pp. 63 - 109 Edited by D.A. Jones, C.F. Dunbar and M.M. Jirovec. New York : McGraw-Hill Book Company, 1982.

- Carpenito, L. J. Nursing Application to Clinical Practice.
Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1983.
- Craig, H.M. and Edwards, J.E. "Adaptation in chronic illness : an
electric model for nurses." Journal of advanced Nursing.
8 (September 1983) : 397 - 404.
- Davis, D. S. "Psychosocial Aspects of Chronic Lung Disease." In
Chronic Obstructive Pulmonary Disease : care of the child and
adult. pp. 161 - 175 Edited by D.L. Sexton. St. Louis : The
C.V. Mosby Company, 1981.
- Dennis, K.E. "Dimensions of Client Control." Nursing Research. 36
(May/June 1987) : 151 - 155.
- Driever, M.J. "Theory of Self-Concept." In Introduction to Nursing &
An Adaptation Model. pp. 169-191 Edited by C. Roy. New Jersey
: Prentice-Hall Inc., 1976.
- Eccard, M. "Adjustments and Psychosocial Impact of End Stage Renal
Disease : Nursing Interventions." In Therapeutic with End
Stage Renal Disease. pp. 29-47 Edited by L.E. Lancaster. New
York : A Wiley Medical Publication, 1984.
- Emanuel, E. "We are all chronic patients." Journal of Chronic
Disease. 35 (1982) : 501 - 502.
- Feldman, D.J. "Chronic disabling illness : A holistic view." Journal
of Chronic Disease. 27 (August 1974) : 287 - 291.

Fitts, W.H. The Self Concept and Behavior : overview and supplement.

Los Angeles : Western Psychological Service, 1972.

_____. The Self Concept and Performance. Los Angeles : Western Psychological Service, 1972. (a)

_____. The Self Concept and Psychopathology. Los Angeles : Western Psychological Service, 1972. (b)

Fitts, et al. The Self Concept and Self - actualization. Los Angeles : Western Psychological Service, 1971.

Gale, R.F. Developmental Behavior. London : Macmillan Company, 1975.

Garland, L.M. and Bush, C.T. Coping Behaviors and Nursing. Reston : Reston Publishing Company, 1982.

Gulick, E.E. "The Self - assessment of health among the chronically ill". Topics in Clinical Nursing. 8 (April 1986) : 74 - 81.

Gull, H.J. "The Chronically Ill Patient's Adaptation to Hospitalization." Nursing Clinic of North America. 22 (September 1987) : 593 - 601.

Johnson, D.E. "Powerlessness : a significant determinate in patient behavior." The Journal of Nursing Education. (April 1967) : 39 - 44.

- Kalish, R. Late Adulthood : Perspective on Human Development. California : Brooks/Cole Publishing, 1975.
- Katz, et al. "Studies of Illness in the Aged." JAMA. 21 (September 1963) : 914 - 919.
- Kelly, M.A. Nursing Diagnosis source Book : Guidelines for Clinical Application. Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Koff, T.H. Long term care : An Approach to Serving the Frail Elderly. Boston : Little Brown and Company, 1982.
- Lambert, C.E. and Lambert, V.A. "Psychosocial impacts Created by Chronic Illness." Nursing Clinic of North America. 22 (September 1987) : 527 - 532.
- Lambert, V.A. and Lambert, C.E. "Role Theory and the Concept of Powerlessness." Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 19 (September 1981) : 11 - 14.
- . Psychological care of the physically ill : what every nurse should know. 2nd. ed. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1985.
- Lange, S.P. "Hope." In Behavioral Concepts and Nursing Intervention. pp. 171-189 Edited by C.E. Carlson. Philadelphia : Lippincott, 1978.

Larkin, J." Factors Influencing One's Ability to Adap to Chronic Illness," Nursing Clinic of North America. 22 (September 1987) : 535 - 542.

Long, B.C. and Phipps, W.J. Essentials of Medical-Surgical Nursing : A Nursing Process Approach. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1985.

Martinson, I.M. and Rude, N.V. "Dying at home, hospice, or hospital", In Chronic Health Problems : concepts and application. pp. 59-68 Edited by S.V. Anderson and E.E. Bauwens. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.

May, R. Power and Innocence : A Search for the Sources of Violence. New York : W.W. Norton & Company Inc., 1972.

Miller, J.F. Coping with chronic illness overcoming powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1983.

_____, "Developmental and validation of a diagnostic label : powerlessness", In Classification of Nursing Diagnosis : Proceeding of the Fifth National Conference. pp. 116-125. Edited by M.J. Kim, G.K. McFarland and A.M. McLane. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1984.

Moch, S.D. "Towards a personal control/uncontrol balance", Journal of Advanced Nursing. 13 (January 1988) : 119 - 123.

- Norris, J. and Kunes-Connell, M. "Self-Esteem Disturbance". Nursing Clinic of North America. 20 (December 1985) : 745 - 761.
- Padrick, K.P. "Compliance : myths and motivators". Topics in Clinical Nursing. 8 (January 1986) : 17 - 22.
- Phillips, K. "Psychological effects of chronic renal failure". Nursing Times. 82 (May 1986) : 56 - 57.
- Pollock, S.E. "Human Responses to Chronic Illness : Physiologic and Psychological Adaptation". Nursing Research. 35 (March-April 1986) : 90 - 95.
- Powell, D.H. Understanding Human Adjustment : Normal Adaptation Through the Life Cycle. Boston : Little, Brown and Company, 1983.
- Rambo, E.J. Adaptation Nursing : Assessment & Intervention. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1984.
- Reid, D.W., Haas, G. and Hawkins, D. "Locus of Desired Control and Positive Self-Concept of the Elderly". Journal of Gerontology. 32 (1977) : 441 - 450.
- Reif, L. "Beyond medical intervention strategies for managing life in face of chronic illness". In Nurse in Practice : A Perspective on Work Environments. p. 263 Edited by M. David, M. Kramer and A. Strauss. St. Louis : The C.V. Mosby Company,

- Rittzuto, C. "Psychosocial problems in congestive heart failure : health care implications". In Congestive Heart Failure. pp. 378-398 Edited by C.R. Micheelson. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.
- Roberts, S.L. Behavioral Concepts and Nursing Throughout the life Span. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1978.
- Robinson, L. Psychological Aspects of the Care of Hospitalized Patients. 4th. ed. Philadelphia : F.A. Davis Company, 1984.
- Roy, C. "Problem in Self-Ideal and Expectancy : Powerlessness. In Introduction to Nursing : An Adaptation Model. pp. 224-230 Edited by C. Roy. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1976.
- Rubin, R. "Body Image and Self-esteem". Nursing outlook. 16 (June 1968) : 20 - 23.
- Seeman, M. and Evans, J.W. "Alienation and Learning in a Hospital Setting". American Sociological Review. 27 (December 1962) : 772 - 782.
- Smith, C.M. "Concepts of Organizational Dynamics : Power". In Nurses Under Stress. pp. 127-138 Edited by S.F. Jacobson and H.M. McGrath. New York : A Wiley Medical Publication, 1983.
- Smith, F.B. "Patient power". American Journal of Nursing. 85 (November 1985) : 1260 - 1262.

- Stuart, G.W. and Sundeen, S.J. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 3rd. ed. St Louis : The C.V. Mosby Company 1987.
- Taft, L.B. "Self-esteem in later life : a nursing perspective". Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 77 - 84.
- Thompson, B.E. "When Caring is the only cure : managing the chronically ill patient". Nursing 87. 17 (January 1987) : 58 - 59.
- Usdin, W. and Lewis, J.M. Psychiatry in General Medical Practice. New York : McGraw-Hill Book Company, 1979.
- Wilkinson, M.B. "Power and the Identified Patient". Perspectives Psychiatric Care. 17 (November-December 1979) : 248 - 253.





รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบวัดความรู้สุขภาพเสียอำนาจ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิมพา สมพงษ์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ กนกรัตน์ สุขะตุงคะ
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต.สกุล
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เน็ญศรี ระเบียบ
ภาควิชาการพยาบาลคัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. อาจารย์ สายนิล เกษมกิจวัฒนา
ภาควิชาการพยาบาลคัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ภาคผนวก ข

คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ
ข้อความรายชื่อในแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ตารางที่ 12 คะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อความรายชื่อในแบบวัดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ข้อความรายชื่อ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
1. ฉันอดอัดใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่าที่ต้องการ	2.48	1.212
2. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.77	1.181
3. ฉันรู้สึกเสียใจที่อาการของโรคไม่ดีขึ้น	2.49	1.137
4. ฉันไม่แน่ใจว่าต่อไปอะไรจะเกิดขึ้นกับร่างกายของฉัน	2.80	1.191
5. ฉันรู้สึกท้อแท้หมดกำลังใจที่อาการป่วยของฉันรักษาไม่หาย	1.87	1.101
6. ฉันเสียใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังได้เหมือนก่อนเจ็บป่วย	2.79	1.243
7. ฉันอดอัดที่ต้องทำในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลบอกทุกอย่าง ทั้ง ๆ ที่บางครั้งไม่อยากทำ	1.55	0.852
8. ฉันรู้สึกเสียใจที่ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว	1.75	1.75
9. ฉันรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลไม่ให้ความเอาใจใส่เท่าที่ควร	1.34	0.710
10. ฉันไม่สบายใจที่ต้องเป็นภาระของแพทย์และพยาบาล	2.20	1.20
11. ฉันไม่สบายใจที่ต้องเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว	2.59	1.209

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความรายข้อ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
12. ฉันรู้สึกว่าคุณคนในครอบครัว ไม่กล้า ปรึกษาหารือกับฉันเหมือนเมื่อก่อน	1.83	1.122
13. ฉันเกรงว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้จะทำให้ สมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่าย	1.89	1.156
14. ฉันไม่มั่นใจว่าจะสามารถแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้นกับตัวฉันและครอบครัวได้ เหมือนเดิม	2.11	1.139
15. ฉันรำคาญที่แพทย์และพยาบาลมาซักถาม เรื่องของฉันบ่อย ๆ	1.14	0.469
16. ฉันรู้สึกอึดอัดใจที่แพทย์หลายคนมาตรวจ ร่างกายของฉันหลายครั้ง	1.17	0.530
17. ฉันรู้สึกอึดอัดที่ต้องอยู่ท่ามกลาง เครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษา เช่น สายให้ ออกซิเจน เส้า และขวดน้ำเกลือ เป็นต้น	1.91	1.123
18. ฉันรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องใช้เสื้อผ้าและสิ่งของ เครื่องใช้ของโรงพยาบาลร่วมกับผู้อื่น	1.66	0.971
19. ฉันไม่สะดวกใจที่ต้องทำกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหารหรืออาบน้ำ ตามเวลาของโรงพยาบาล	1.40	0.787
20. ฉันเบื่อกับที่ต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค หรือถูกจำกัดชนิดของอาหาร	1.86	1.140
21. ฉันเบื่อกับที่ต้องรอนกว่าจะถึงเวลาเยี่ยม ของญาติ	1.81	1.064

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความรายข้อ	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
22. ฉันรู้สึกรำคาญเสียงรบกวนในห้อง เช่น เสียงพูดคุย เสียงร้องของผู้ป่วยอื่น หรือ เสียงเครื่องมือเครื่องใช้ในการรักษา	1.75	1.042
23. ฉันรำคาญที่มีแสงไฟรบกวนในเวลาอน	1.79	1.002
24. ฉันรู้สึกอึดอัดกับกลิ่นในตึกผู้ป่วยที่รบกวนฉัน	1.85	1.052
25. ฉันรู้สึกกังวลที่ไม่ทราบว่าจะต้องอยู่ โรงพยาบาลอีกนานแค่ไหน	2.26	1.205
26. ฉันรู้สึกกังวลใจที่แพทย์หรือพยาบาลพูด ในสิ่งที่ฉันฟังไม่เข้าใจเกี่ยวกับตัวฉัน	2.20	1.183
27. ฉันรู้สึกกังวลเพราะไม่ทราบความ เปลี่ยนแปลงของโรค หรือผลการรักษา ของตัวเอง	2.45	1.267
28. ฉันรู้สึกลำบากใจที่จะถามแพทย์หรือ พยาบาลในสิ่งที่ฉันอยากรู้	2.35	1.227
29. ฉันรู้สึกหงุดหงิดเพราะไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตัว อย่างไรจึงจะเป็นผลดีกับโรคที่ฉันเป็น	2.50	1.268
30. ฉันรู้สึกไม่มั่นใจในการทำสิ่งต่าง ๆ เพราะกลัวผิดกฎระเบียบของโรงพยาบาล	2.71	1.259

หมายเหตุ : เกณฑ์ประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจที่เกิดกับผู้ป่วย

X = 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

X = 1.50 - 2.49 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย

X = 2.50 - 3.49 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนใหญ่

X = 3.50 - 4.00 หมายถึง ตรงกับความรู้สึกทุกประการ



ภาคผนวก ค

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอัตโนมัติในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง
กับคะแนนเฉลี่ยของอาจารย์ในมหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน ของผู้ช่วยด้วยโรคเรื้อรัง
ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลกับคะแนนเฉลี่ยของอาจารย์ในมหาวิทยาลัยมหิดล

อัตมโนทัศน์	คะแนนเฉลี่ยของอาจารย์		คะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง
	เพศหญิง	เพศชาย	
อัตมโนทัศน์โดยส่วนรวม	334.62	335.0	331.2
อัตมโนทัศน์แต่ละด้าน			
- ด้านความเป็นเอกลักษณ์	118.17	115.08	115.7
- ด้านความพึงพอใจในตนเอง	113.26	109.96	102.6
- ด้านพฤติกรรม	113.11	109.96	112.8
- ด้านร่างกาย	67.94	67.40	61.75
- ด้านศีลธรรมจรรยา	71.56	66.81	69.49
- ด้านส่วนตัว	67.81	67.21	67.96
- ด้านครอบครัว	71.51	67.52	68.41
- ด้านสังคม	66.21	65.52	63.50
- ด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง	27.78	29.04	24.72

ที่มา : กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ "การศึกษาอัตมโนทัศน์ของอาจารย์
ในมหาวิทยาลัยมหิดล" วารสารพยาบาลศาสตร์. 2 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) :
222-234



แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย

ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย

1. เลขที่โรงพยาบาล.....ตึก..... 1-4
2. การวินิจฉัยโรค..... [] 5
3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่..... [] [] 6-7
4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย [] น้อยกว่า 6 เดือน
[] 6 เดือน - 1 ปี [] 8
[] ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
5. เพศ [] ชาย [] หญิง [] 9
6. อายุ [] 20-40 ปี
[] 41-60 ปี [] 10
[] 61-70 ปี
7. สถานภาพสมรส [] โสด [] คู่ [] 11
[] หม้าย [] หย่า
8. อาชีพ [] รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
[] ค้าขาย
[] รับจ้าง [] 12
[] เกษตรกร
[] อื่น ๆ
9. ฐานะทางเศรษฐกิจ
9.1 รายได้ครอบครัวต่อเดือน [] ต่ำกว่า 2,000 บาท
[] 2,000 - 4,000 บาท [] 13
[] มากกว่า 4,000 บาท

แบบสอบถามชุดที่ 2

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นขณะที่ท่านเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน หรือตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน โดยแต่ละข้อขอให้ตอบเพียงคำตอบเดียว

เกณฑ์ในการเลือกตอบมีดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ
เป็นจริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเลย

ข้อความ	เป็นจริง ที่สุด	เป็นจริง ค่อนข้าง มาก	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริงเลย	ช่องนี้สำ- หรับผู้วิจัย
1. ฉันอดอัดใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตัวเองได้เท่าที่ต้องการ					C 120
2. ...					

แบบสอบถามชุดที่ 3

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับตัวท่าน. โดยจะมีข้อความให้อ่านเพื่อพิจารณาว่าท่านมีลักษณะ ความรู้สึก หรือปัญหาบางประการตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงไร ดังนั้นจึงจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด เพราะแต่ละท่านย่อมมีความรู้สึกที่ไม่เหมือนกัน ประการสำคัญขอให้ตอบแบบสอบถามนี้ตรงกับความเป็นจริงของท่านให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คำตอบที่ได้จากท่านจะสรุปออกมาเป็นส่วนรวม ขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อท่านแต่อย่างใด ไม่ว่าจะ เป็นทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อความอย่างรอบคอบ จากนั้นทำเครื่องหมาย P ตรงช่องที่ตัวเลขตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อจะมีคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเลย
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย
จริงบ้างไม่จริงบ้าง	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงครั้งหนึ่ง
เป็นจริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านส่วนมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เป็น- จริงเลย (1)	เป็นจริง น้อย (2)	จริงบ้าง- ไม่จริง บ้าง (3)	เป็นจริง ค่อนข้าง มาก (4)	เป็นจริง มากที่สุด (5)
ข้อ (๑) ฉันเป็นคนใจดี					
(1) ฉันมีร่างกายแข็งแรง					
(2) ...					



ภาคผนวก จ.

จำนวนผู้ป่วยจำนวนตามกลุ่มโรคและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน



ตารางที่ 14 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มโรคและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มโรค		
	ปวดเรื้อรัง	ไตเรื้อรัง	หัวใจเรื้อรัง
ระดับ 1	27	23	25
ระดับ 2	4	6	7
ระดับ 3	2	1	5
รวม	33	30	37