สำนักหอสมุด
3 พ.ค. 2536

แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

SOCIAL SUPPORT, UNCERTAINTY IN ILLNESS AND ADAPTATION IN POST MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์

อภินันทนาการ
จาก
"บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล"

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2536

ISBN 974-587-540-6

ลิขสิทธิ์
Copyright by Mahidol University
27174

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

.....

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์
ผู้วิจัย

.....

สมจิต หนุเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล), M.S., Ph.D.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สันต์ หัตถีรัตน์ , พ.บ., F.R.C.P.(C)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....

กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ.(พยาบาล), M.S.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
วันที่ 15 มีนาคม 2536

.....

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์
ผู้วิจัย

.....

สมจิต หนุเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล), M.S., Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

สันต์ หัตถีรัตน์ , พ.บ., F.R.C.P.(C)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อรสา พันธ์ภักดี, วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์),
วท.ม.(พยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,
F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์
วัน เดือน ปีเกิด	30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2497
สถานที่เกิด	จังหวัดตรัง ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2515-2519 : วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2534-2536 : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
ทุนวิจัย	ทุนอุดหนุนการวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากรายได้ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2519-2529 : พยาบาลประจำการ แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2529-ปัจจุบัน : พยาบาล(หัวหน้าหอผู้ป่วย) ระดับ 6 แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงด้วยความอนุเคราะห์จากหลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต หนุเจริญกุล ศ.นพ.สันต์ หัตถีรัตน์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ โดยเฉพาะรศ.ดร.สมจิต หนุเจริญกุล ที่กรุณาให้แนวคิดในการริเริ่มการทำวิจัยในครั้งนี้ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ขอกราบขอบพระคุณ รศ.อรสา พันธ์ภักดี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อคิดเห็นช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ รศ.ประคอง อินทรสมบัติ ผศ.พเยาว์ พูลเจริญ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและคุณพัทยา ปั้นสุขสวัสดิ์ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยทางหลอดเลือด(CCU)ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยให้คำแนะนำและแก้ไขในจุดบกพร่องต่างๆเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คุณวงเดือน สายสุวรรณ และเจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ในหลักสูตรปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ทุกท่าน คุณจุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย ผู้ช่วยวิจัยและเพื่อนๆที่ให้ความร่วมมือและให้กำลังใจมาตลอด และขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่กรุณามอบรายได้ส่วนหนึ่งเป็นทุนอุดหนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณประโยชน์ใดๆที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บิดามารดา พี่ๆ คณาจารย์ และผู้ป่วยทุกท่าน

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์

Copyright by Mahidol University

ชื่อวิทยานิพนธ์ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ผู้วิจัย จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์
ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์
สมจิต หนุเจริญกุล, วท.บ.(พยาบาล), M.S.,Ph.D.
สันต์ หัตถีรัตน์, พ.บ.,F.R.C.P.(C)
วันที่สำเร็จการศึกษา 15 มีนาคม พ.ศ. 2536

บทคัดย่อ

จุดประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรคและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งความสามารถของตัวแปรดังกล่าวในการทำนายการปรับตัว โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล(Mishel 1988,1990)เป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามผลการรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2535 จำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของเดอโรเกติส (Derogatis 1986) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) และแบบวัดความรุนแรงของโรคของพีลและคณะ (Peel, et al. 1962)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมค่อนข้างต่ำ โดยมีคะแนนในด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรคสูงที่สุด แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และด้านสิ่งของคือกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลมากที่สุด สำหรับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีคะแนนการปรับตัวค่อนไปทางสูงเล็กน้อย โดยมีการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพมากที่สุด จากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยหลายรายที่ต้องเปลี่ยนอาชีพการงาน หรือละทิ้งกิจการส่วนตัว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่จะเป็นปัจจัย

Copyright by Mahidol University

เสี่ยงต่อการเกิดการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความสำคัญในด้านเพศสัมพันธ์หรือเลิกการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อมีปัญหาเรื่องการดูแลตนเองหรือกิจวัตรประจำวัน มักจะปรับกิจกรรมโดยการทดลองปฏิบัติก่อน เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกก็จะหลีกเลี่ยงหรือหยุดการกระทำนั้นๆ

ในด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัว ($r=-.40, p<.001$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย($r=-.24, p<.05$) และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r=.19, p<.05$) สำหรับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษา โดยที่ตัวแปรทั้ง 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 26 นอกจากนั้นการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีผลโดยตรงต่อการปรับตัว และระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการปรับตัวทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ สนับสนุนแนวคิดของมิเชลเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว จากการที่พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ดังนั้นการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการจัดระบบการพยาบาลให้เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างมาก

Copyright by Mahidol University

Thesis Title Social Support, Uncertainty in Illness and Adaptation in Post Myocardial Infarction Patients

Name Jantip Vongsvivut

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Somchit Hanucharurnkul, B.Sc.(Nursing),M.S.,Ph.D.

Sant Hathirat, M.D., F.R.C.P.(C)

Date of Graduation 15 March B.E. 2536 (1993)

Abstract

The purpose of this descriptive research was twofold. First , to examine the relationships among social support, uncertainty in illness,educational level,severity of illness and adaptation in post myocardial infarction patients. Second,to identify predictive variables of adaptation,based on theoretical framework derived from Mishel(1988,1990) uncertainty in illness theory. Study subjects recruited by purpose sampling, consisting of 100 post myocardial infarction patients receiving medical therapy at medical clinic of Ramathibodi hospital during August, 1992 to December,1992. Adaptation in illness was measured by the questionnaire developed by Derogatis (1986). Uncertainty in illness was measured by the scale developed by Mishel(1990). The perceived social support was measured by the questionnaire developed by Hanucharurnkul (1988). A coronary prognostic index developed by Peel,et al.(1962) was used to grading the severity of infarction during the last hospital stay.

Copyright by Mahidol University

Results of the study indicated that unpredictability of the course of disease and prognosis was the highest uncertainty in illness for this group of patients. For social support,the patients perceived emotional and tangible support from the family members the highest,and perceived informational support from the health care providers the highest. As to adaptation,the patients reported the highest adaptation in somatic health. Qualitative data from this group revealed that to avoided stress in their lives many young patients has changed their demanding jobs, while the elders did not return to work. Many patients had also decreased in the frequency of sexual activities.

For the relationship among variables, it was found that uncertainty in illness was moderately correlated with adaptation in negative direction ($r=-.40, p<.001$), slightly correlated with educational level in negative direction($r=-.24, p<.05$),and severity of illness in positive direction($r=.19, p<.05$).But no relationship was found between social support and uncertainty or adaptation. Significant predictors of adaptation in the stepwise multiple regression analysis were uncertainty in illness and educational level, these two variables accounted for 26% of variance in adaptation. Path analysis showed that uncertainty in illness was directly effect adaptation. Educational level had both direct effect on adaptation and indirect effect through uncertainty.

This study support the validity of conceptualization of uncertainty and adaptation as proposed by Mishel. Since uncertainty in illness was related to adaptation, thus providing nursing intervention to reduce uncertainty will facilitate adaptation among patients with post myocardial infarction.

Copyright by Mahidol University

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค-ง
สารบัญ	จ-ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐาน	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	10
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย	17
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	23
สถานที่ที่ศึกษา	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	24
การเก็บรวบรวมข้อมูล	31

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	34
แรงสนับสนุนทางสังคม	38
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	41
การปรับตัว	43
ผลการทดสอบสมมติฐาน	45
ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม	50
ข้อมูลเชิงคุณภาพ	55
การอภิปรายผล	57
ข้อจำกัดในงานวิจัย	65
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	67
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	
ก.การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย	80
ข.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	81
ค.แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย	83
ง.แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	86
จ.แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม	88
ฉ.แบบวัดความรุนแรงของโรค	92
ช.ตาราง ก. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (n=100)	93
ซ.ตาราง ข. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รายข้อ (n=100)	94
ฌ.ตาราง ค. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายข้อ(n=100)	95

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)	35
2. แสดงข้อมูลความรุนแรงของโรคครั้งสุดท้ายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล	37
3. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของชนิดแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งตามแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ (n=100)	39
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมทั้ง 3 ชนิดจากแหล่งประโยชน์ทั้ง 3 แหล่ง และแต่ละชนิดจากแหล่งประโยชน์แต่ละแหล่ง ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=100)	40
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=100)	42
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=80)	44
7. แสดงค่าสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ศึกษาโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=80)	48
8. การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ทำนายการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)	49
9. การทำนายการปรับตัวโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) (n=80)	52
10. การทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) (n=80)	53

Copyright by Mahidol University

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.	กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ	7
2.	ผลการทดสอบรูปแบบจำลองเชิงทฤษฎี	54

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งและมีประสิทธิภาพในการทำงานสูง สามารถทำงานสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ตลอดอายุขัยของคน ดังนั้นคนส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าหัวใจเป็นจุดรวมของชีวิต เป็นแหล่งที่มาของอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ จึงมักคิดถึงความรุนแรงของโรคที่คุกคามต่อชีวิต สวัสดิภาพของตนและครอบครัวมากกว่าที่เป็นจริง

ปัจจุบันโรคหัวใจเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ และเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จำนวนมากและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆ ทั้งในกลุ่มที่พัฒนาแล้วและในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับในประเทศไทย พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 1 ซึ่งทุกๆปีอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปีพ.ศ.2528 จาก 36.4 เป็น 37.4,42.7,44.5 และ 49.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปีพ.ศ.2529, 2530, 2531 และ2532 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข 2534) และโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุของการตายมากที่สุดในจำนวนผู้ที่เป็นโรคหัวใจทุกชนิด โดยเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปถึงการเกิดโรค ความรุนแรงของโรคที่มากขึ้นเรื่อยๆตามลำดับ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะแทรกซ้อน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่า 1 ใน 2 ของผู้ป่วยดังกล่าวเสียชีวิตเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Wenger & Hellerstein 1984: 8) ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้เมื่อทราบและเข้าใจถึงความหมายของโรคต่อชีวิตของตนเอง มักจะซึมเศร้าหรือรู้สึกสูญเสีย เมื่อทราบว่ากล้ามเนื้อหัวใจของตนถูกทำลาย ผู้ป่วยไม่เพียงแต่ต้องทนทุกข์จากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันเท่านั้น เมื่อกลับไปอยู่บ้านจะต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆด้วยตนเอง จะก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนั้นแล้วการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผลที่ตามมาจากการรักษาจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน(Krantz 1980;Mullen 1978)เพราะ

Copyright by Mahidol University

มีโอกาสที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก เมื่อมีกิจกรรมหรือไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (Briody 1984: 387; Webster & Christman 1988: 385)ผู้ป่วยจำนวนมากหลังจากทุเลาแล้ว ความผิดปกติทางระบบไหลเวียนอาจมีน้อยมากหรือไม่มีเลย การสำรวจพบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปทำงานได้ใน 2-4 เดือน (Wenger et al. 1973) แต่เป็นที่น่าเสียดายว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมาก ที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่ได้กลับไปทำงาน หรือดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพเหมือนปกติ เนื่องจากกลัวว่ากระทบกระเทือนต่อหัวใจของตน(ยศวีร์ 2524:302-323; Shanfield 1990:114)ต้องปรับเปลี่ยนบทบาท และกิจกรรมเดิมเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจ ทำให้เกิดอาการกังวลซึมเศร้า ขัดแย้งกับครอบครัว หรือคู่สมรส ซึ่งพบว่าอัตราผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งและอัตราการตายในระยะนี้จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีสภาวะอารมณ์ดังกล่าว (Garrity & Klein 1975; Obler,MacPherson, and Haywood 1977; Stern, Pascale and Ackerman 1977)

ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็น ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของผู้ป่วย ต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย(Krantz 1980; Mullen 1978) ความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นผลที่ตามมาภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้น(Doerhman 1977) และมีปัญหาในการปรับตัวทั้งในระยะยาว (Garrity & Klein 1975) ในระยะพักฟื้น และการฟื้นฟูสุขภาพ (Stern, Pascale & Ackerman 1977) ผลของความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการปรับตัวภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายยังได้รับความสนใจและมีการศึกษาน้อย

ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย คือแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้มีกำลังใจและมีอารมณ์มั่นคง ลดความเครียดหรือส่งเสริมให้เผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดี (Cohen & Wills 1985:310-357;Gore 1978: 157-158; Wortman 1984: 2354) นอกจากนั้นยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักสนใจยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา(Cobb 1976:300;Hubbard,Muhlenkemp & Brown 1984:268;Muhlenkemp & Sayles 1986: 338-344; Osberg,J.S. et al. 1988: 94-103) ดัดเลย์และคณะ (Dudley, et al. 1980: 414)กล่าวว่า ความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจเผชิญกับโรค

Copyright by Mahidol University

และปรับตัวได้ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายจะมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาทางด้านจิตสังคม อันเนื่องจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถปรับตัวได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายยังมีจำกัด และในประเทศไทยยังไม่มีรายงานการศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค (Bloom 1982; Mishel 1984) จึงได้รวมปัจจัยเหล่านี้เข้ามาในการศึกษาด้วย เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวที่ดีต่อไป

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่สร้างขึ้นโดยมิเชล (Mishel 1988, 1990) เป็นแนวทาง ซึ่งในทฤษฎีนี้จะอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนได้แก่ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วย ป้องกันหรือลดความรู้สึกไม่แน่นอน สำหรับความรุนแรงของโรคถือเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนจะทำให้บุคคลรับรู้เหตุการณ์เป็นความเครียด เป็นอุปสรรคในการเผชิญปัญหา (Lazarus & Folkman 1984 cited in Christman, et al. 1988: 71)และมีผลต่อการปรับตัว

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะอธิบายรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วย หรือทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้อย่างชัดเจน (Mishel 1988, 1990) ซึ่งมี 4 รูปแบบคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษา และระบบการดูแล 3)การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 4)การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

Copyright by Mahidol University

ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน มี 3 อย่างคือ 1) รูปแบบตัวกระตุ้น ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องในเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง ส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน 2)ความสามารถทางสติปัญญาการรับรู้ จะมีผลโดยตรงต่อรูปแบบตัวกระตุ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง 3)แหล่งประโยชน์ ที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ระดับการศึกษา เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ และแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel 1988: 225)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน อันได้แก่ ความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม

ความรุนแรงของโรค ในรูปแบบตัวกระตุ้น ประกอบด้วยแบบแผนอาการแสดงซึ่งประกอบด้วยลำดับ จำนวนความถี่ ระยะเวลาและความรุนแรงของอาการแสดง ถ้าแบบแผนนี้คงที่ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินให้ความหมายของอาการแสดงนั้นได้ตรง และชัดเจนจึงช่วยลดความคลุมเครือในความเจ็บป่วยลง แต่ในภาวะที่อาการของโรคคงที่ เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่งโรคจะกำเริบขึ้นอีก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอาการแสดงได้ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยิ่งเพิ่มขึ้น (Mishel & Braden 1988: 99) เช่นเดียวกับในการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินแบบแผนอาการแสดงได้ชัดเจน เมื่อเกิดการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจจะเพิ่มความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งจากงานวิจัยต่างๆพบว่าความรุนแรงของโรคสูง จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Christman 1990; Christman,et al.1988; King & Mishel 1986; Mishel & Braden 1988) ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค และความรู้สึกไม่แน่นอนจะเป็นไปในทางบวก

Copyright by Mahidol University

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งในแหล่งประโยชน์ซึ่งจะมีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือในทางตรง บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการนำข้อมูลมาใช้ในการแปลความหมายได้ตรง ชัดเจนและถูกต้องกว่า บุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Mishel 1985 cited in Mishel & Braden 1988:99)ในทางอ้อมระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจในโครงสร้างของรูปแบบตัวกระตุ้น โดยที่บุคคลสามารถนำความรู้มาใช้ในการแปลความหมายของอาการแสดง สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ใหม่ได้ ผลที่ตามมาคือลดความรู้สึกไม่แน่นอน ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและความรู้สึกไม่แน่นอน จะเป็นไปในทางลบ

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งตามแนวคิดของมิเชล (Mishel 1988: 227-228) ช่วยป้องกันหรือลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยช่วยแปลความหมายของเหตุการณ์และช่วยในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ตลอดจนการได้มีโอกาสปรึกษาหารือและสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ญาติ และบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วย ในการทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สร้างกรอบแบบแผนความนึกคิดใกล้เคียงกับความเป็นจริง ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในทางลบ

ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อผ่านระยะเฉียบพลันมาแล้วการรักษาและการดูแลตนเองไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ อาจมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงดำเนินต่อไป (Redeker 1992) นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง มีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและคิดอยู่ตลอดว่าชีวิตตนจะไม่ยืนยาว อนาคตไม่แน่นอน จะเกิดภาวะเครียดขึ้น การมีบุคคลที่ไว้วางใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือเมื่อมีอันตรายเกิดขึ้น ช่วยลดความเครียด ทำให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งจากงานวิจัยหลายท่านพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยเอื้ออำนวยในการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อมโดยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (King 1983; Hilton 1986; Patterson, Fruse & Goldurberg 1986; Mishel & Braden, 1986, 1987; Nuckolls cited in Bloom 1982)

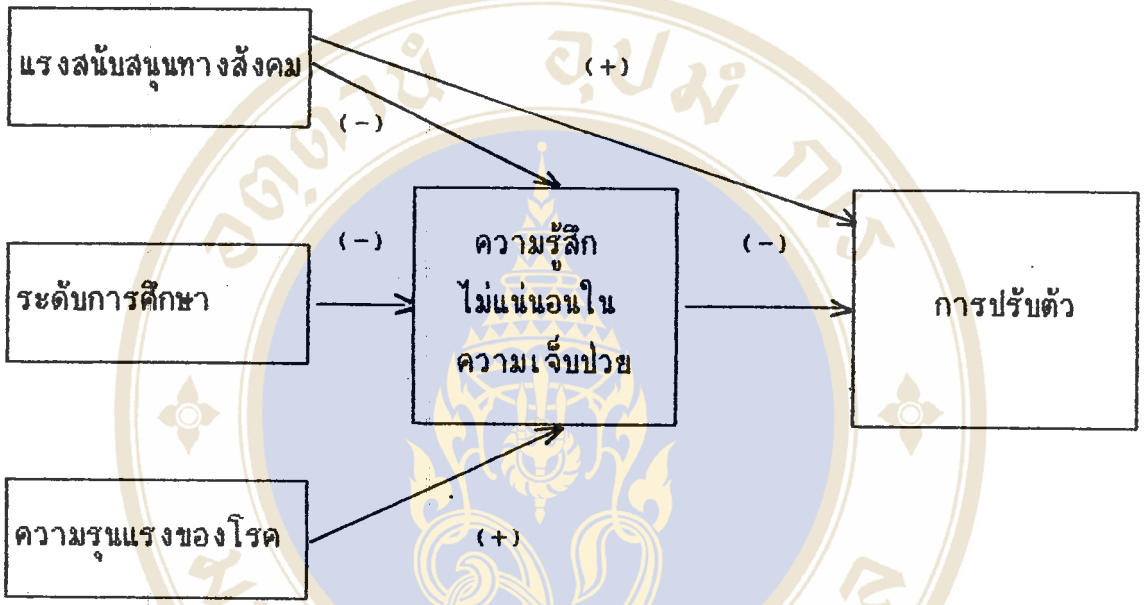
Copyright by Mahidol University

การปรับตัว มิเชลได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลจากการเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม จากงานวิจัยหลายๆท่านที่สนับสนุนถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปัญหาในการปรับตัว คือผู้ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะปรับตัวได้น้อยลง (Campbell 1986; Christman 1988; Mishel, et al. 1984; Mishel & Braden 1987) นั่นก็คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

แนวคิดในทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลนี้ ได้พัฒนามาจากแนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของลาซารัส (Lazarus 1974) ซึ่งลาซาลัสและโฟคแมนมองผลลัพธ์การปรับตัวใน 3 ด้าน (Lazarus & Folkman 1984:223-225) คือ1)การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) เป็นความสามารถในการดำเนินชีวิต ตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการประเมินตัดสินเหตุการณ์ต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน 2)ขวัญและกำลังใจ (Morale)เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองและสถานการณ์ชีวิตเป็นความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก หรือมีความสุข เป็นผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนผลระยะสั้นคืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์ 3)ภาวะสุขภาพ (Somatic health) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งเซเย่(Selye 1976 อ้างในสมจิต หนุเจริญกุล 2534: 114-115) ได้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ ระบบภูมิคุ้มกันและฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ซึ่งจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดเจ็บป่วยได้ และในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเจ็บป่วยอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวและการฟื้นฟูสุขภาพได้

Copyright by Mahidol University

โดยสรุป ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษาดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่างๆ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยทางด้าน ระดับการศึกษาและความรุนแรงของโรค กับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความสามารถของปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดในการทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Copyright by Mahidol University

สมมติฐาน

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัว

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัว และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

4. ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

5. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ.2535 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2535

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยนี้

1. เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

2. เป็นแนวทางสำหรับค้นคว้าวิจัย เพื่อปรับปรุงการพยาบาลในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในประเด็นอื่นๆต่อไป

3. เป็นการพิสูจน์ความตรงของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของมิเชล ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาศาสตร์สาขาพยาบาล

Copyright by Mahidol University

นิยามตัวแปร

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาทั้งกาย จิต สังคมซึ่งเป็นผลจากการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยประเมินจากผลลัพธ์การปรับตัวทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพ วัดโดยแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างเพิ่มเติมและดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale)ของเดอโรเกติส(Derogatis 1986)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำนายถึงผลที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจนภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย อันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับและการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรคได้ ซึ่งวัดโดยแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายถึงความช่วยเหลือสนับสนุนที่ได้รับจากสามี/ภรรยา บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ ใน 3 ด้านคือคือแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล และแรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของรวมถึงการช่วยเหลือหรือการให้บริการ วัดโดยแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988)

ความรุนแรงของโรค หมายถึงระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประเมินโดยใช้แบบวัดความรุนแรงของโรค ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากดัชนีพยากรณ์โรคโคโรนารี (A Coronary Prognostic Index) ของพีลและคณะ (Peel, et al. 1962)

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมในบทนี้ ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับคือ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ ความรุนแรงของโรค ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม

ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ทำให้เมตาบอลิสมของเซลล์ต้องหยุดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อต้องตายไป (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524: 315) กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถยืดขยายได้เต็มที่ จึงทำให้สมรรถภาพในการทำงานของหัวใจลดลง เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือออกกำลังมากเกินไป จะเกิดอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ซึ่งจะเกิดขึ้นทันทีทันใด

Copyright by Mahidol University

Killip (อ้างในสมจิต หนุเจริญกุล 2536: 101-102) ได้จำแนกความรุนแรงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยอาศัยภาวะการไหลเวียนของเลือดเป็นเกณฑ์ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของอาการ คือ

ระดับ I ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน คือไม่มีภาวะหัวใจวายหรือช็อค พบอัตราการตายร้อยละ 5-7

ระดับ II ผู้ป่วยที่มีอาการของหัวใจวายขนาดไม่รุนแรงหรือรุนแรงปานกลาง มีอัตราการตายร้อยละ 10-15

ระดับ III ผู้ป่วยมีอาการหัวใจวายรุนแรง มีอัตราการตายร้อยละ 20-50

ระดับ IV ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค พบอัตราการตายร้อยละ 60-80

ความผิดปกติของการไหลเวียนจะสัมพันธ์กับปริมาณกล้ามเนื้อที่ถูกทำลายไป ถ้ากล้ามเนื้อตายน้อยกว่าร้อยละ 20 ของกล้ามเนื้อเวนตริเคิลซ้ายทั้งหมดส่วนมากไม่มีการผิดปกติ ถ้ากล้ามเนื้อตายประมาณร้อยละ 20-30 มักจะเกิดภาวะหัวใจวาย ในรายที่มีอาการช็อคมักมีกล้ามเนื้อตายมากกว่าร้อยละ 30-40 ขึ้นไป

จากพยาธิสภาพและการพยากรณ์อัตราการตายดังกล่าว ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความรุนแรงของโรคสูง จะมีอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนยังได้รับการรักษาด้วยแผนการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Christman,et al. 1988; Christman 1990 ; Mishel & Braden 1988)

มีนักวิจัยหลายท่านพยายามที่จะหาหลักเกณฑ์ในการพยากรณ์โรค โดยสร้างดัชนีสำหรับบ่งชี้การพยากรณ์โรคขึ้น และพบว่ามีปัจจัยที่สำคัญในการพยากรณ์โรคหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ อายุ เพศ ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตเช่นเจ็บหน้าอกแองจิน่า ประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ก่อน โรคร่วมอื่นๆซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบมากขึ้นหรือหัวใจทำงานไม่ดีเช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเป็นต้น อาการของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเช่น ภาวะช็อค ภาวะหัวใจวาย ปริมาณของกล้ามเนื้อเสียหน้าที่และมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นจากเดิมเหล่านี้เป็นต้น (Peel, et al. 1962) ซึ่งโดยทั่วไปแล้วในปีแรกผู้ป่วยจะตายประมาณร้อยละ 10 หลังจากนั้นจะตายร้อยละ 3-5 ต่อปีและผู้ป่วยที่มีโรคของหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบทั้ง 3 เส้น มีโอกาสตายอย่างกระทันหันได้บ่อยกว่าผู้ป่วยอื่น (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524:316)

Copyright by Mahidol University

สำหรับรายงานการศึกษาที่ใช้ดัชนีพยากรณ์โรคโคโรนารีของพิลและคณะ ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายวัดความรุนแรงของโรคได้แก่ การศึกษาของเวบส-เตอร์และคริสแมน(Webster & Christman 1988)ในผู้ป่วย20 รายใช้แบบวัดประเมินจากรายงานของแพทย์ พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของคริสแมนและคณะ(Christman,et al. 1988)ที่ศึกษาในผู้ป่วย 70 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเพิ่มขึ้น

ระดับการศึกษา

บุคคลที่มีการศึกษา จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยไม่เข้าใจ ตลอดจนการรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Hanucharurnkul 1988:17;Muhlenkamp & Sayles 1986: 336)ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการรับรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และมีความเข้าใจในระบบการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Galloway 1984; King & Mishel 1986) รู้จักใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหา ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี(Jalowiec & Power 1981) การศึกษาจึงช่วยให้บุคคลเข้าใจเรื่องราวต่างๆเกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีระดับการศึกษาสูง สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้ เช่นความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการรักษาตลอดจนปฏิบัติตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของคริสแมนและคณะ (Christman,et al.1988) ที่พบว่าระดับการศึกษายิ่งสูง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะยิ่งต่ำลง

Copyright by Mahidol University

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (Cohen & Wills 1985:310-357; Gore 1978: 157-165; Lin, et al.1979:108-119; Nuckolls, et al.1972 : 431-441) และแนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นมโนมติที่มีโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง หรือรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb's 1976 cited in Tilden 1985: 199-206)

แรงสนับสนุนทางสังคม โดยธรรมชาติแล้วจะไม่คงที่ (dynamic) มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตคน (Bruhn & Phillips 1984; Norbeck 1981; Wallston, et al. 1983) ดังนั้นจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา(Rovenson,et al.1983; Wortman 1984) ซึ่งทอยท์ (Thoit 1982 cited in Wortman 1984)ชี้ให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละชนิดสามารถลดภาวะทุกข์ได้ไม่เท่ากัน แรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะกับสถานการณ์ของความเครียดเท่านั้นที่จะช่วยลดภาวะทุกข์ได้ และมีผลลดความเจ็บป่วยที่จะเกิดตามมาภายหลัง (McCough 1990) บุคคลจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ผู้ใกล้ชิด มิใช่ได้รับจากคนแปลกหน้า (Norbeck 1982)

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer,Coyne & Lazarus 1981:385-386)ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นแรงสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจเชื่อถือและไว้วางใจบุคคล 2)แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว และ3)แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของจะรวมถึงการช่วยเหลือ หรือให้บริการโดยตรง

Copyright by Mahidol University

โคเฮนและวิลล์ (Cohen & Wills 1985:310-313) อธิบายว่าการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่างๆ จะมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อมคือ 1)ผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น 2)ผลโดยอ้อมแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยเป็นตัวช่วยดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดียิ่งขึ้น มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan 1974:7; Cobb,in Norbeck,ed.1981:43;Gore 1978:157-158;McNett 1987: 98-102) มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีสมาธิสามารถนำความรู้และทักษะที่มีอยู่ไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมหรือปรับสิ่งแวดล้อมให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้(Coyne & Deloges 1986: 455)

การที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิด ความห่วงใยซึ่งกันและกันจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดจากการได้รับการวินิจฉัยโรค และการรักษา (Bloom 1982; Mishel & Braden 1987; Nuckolls, et al.1972; Wallston,et al.1983) การที่บุคคลรู้ว่าตนเป็นที่รักและรู้สึกมีคุณค่า ทำให้สามารถปรับตัวต่อภาวะโรคเรื้อรังเช่นโรคข้ออักเสบ หัวใจวาย การปรับตัวเข้ากับกฎเกณฑ์การรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Caldwell 1970 cited in Bloom 1982:1331; Lewis 1960; Oakes 1970) การได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อน จะช่วยในการปรับตัวระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Finlayson 1976)

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะรู้สึกว่าเป็นโรคที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตได้ตลอดเวลา สูญเสียความแข็งแรง ความสุขและกำลังใจ อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของผู้อื่น การไม่ได้รับความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (Pinneo 1984: 460) แรงสนับสนุนที่ได้จากคู่คิดคู่สมรสจะช่วยลดผลกระทบจากเหตุการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วย และ ช่วยป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจ บราวน์และเบอร์เลย์ (Brown & Birley 1968 cited in Bloom 1982: 1331)พบว่าร้อยละ 38 ของบุคคลที่ทนทุกข์ทรมานจากภาวะเครียดและไม่มีคู่คิด จะมีปัญหาทางด้านจิตใจ ในขณะที่บุคคลที่มีคู่คิดจะมีปัญหาเพียงร้อยละ 4 ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิงที่อายุมากและมีแนวโน้มที่แรงสนับสนุนทางสังคมลดลงโดยเฉพาะการตายของคู่สมรส มีโอกาสเกิดปัญหาทางจิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวในภาวะเจ็บป่วย (Rankin 1992: 271-282)

Copyright by Mahidol University

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีมาก แต่อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายยังไม่พบรายงานการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำกัดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต มีผลกระทบต่อความผาสุก และสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายสังคมมาก และในลักษณะที่คล้ายกัน

การศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต โดยพบว่าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต (จิรภา หงษ์ตระกูล 2532; อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ 2531; Hanucharurnkul 1988) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ 2535; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค 2535)นอกจากนั้นยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรง (main effect) ต่อภาวะสุขภาพ (ประสบสุข ศรีแสนปาง 2535) และเป็นตัวดูดซับความเครียด (พรพิศ ชีวะคำนวน 2535) สอดคล้องกับแนวคิดของโคเฮนและวิลล์ (Cohen & Wills 1985)

บลูม (Bloom 1982)ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวทางด้านอารมณ์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้วเป็นเวลา 2 1/2 ปี จำนวน 133 ราย พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นตัวทำนายการปรับตัวโดยการเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด นอกจากนั้นยังศึกษาตัวแปรอื่นคือ สถานภาพสมรส อายุ ฐานะเศรษฐกิจสังคม และความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายว่าผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองมีพลกำลังอำนาจที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วย และมีภาวะทุกข์น้อย ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะเผชิญกับปัญหาได้ดีและมีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่าผู้ป่วยที่มีฐานะดีมีการศึกษาสูงจะได้รับข้อมูลทางการวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรคจากแพทย์ได้มากและแจ่มชัดกว่า

Copyright by Mahidol University

มิเชลและบราเดน(Mishel & Braden 1987: 43-57)ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน และการปรับตัวในสังคมในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค ขณะทำการรักษา และระยะหลังรักษาที่อาการคงที่ โดยเริ่มศึกษาในผู้ป่วย 44 รายเมื่อสิ้นสุดการศึกษาได้ข้อมูลสมบูรณ์เพียง 35 ราย ใช้แบบสอบถามของนอร์เบค (Norbeck 1981)วัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามของมิเชลวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบสอบถามการปรับตัวในด้านสังคมของมอโรและคณะ (Morrow, et al. 1978)วัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ และผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำ จะมีการปรับตัวในสังคมดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง นอกจากนั้นพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและรูปแบบความรู้สึกไม่แน่นอน จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาและการรักษา โดยในระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจะมีความรู้สึกคลุมเครือต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ปรับความเครียดและช่วยให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก มองเหตุการณ์ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ทำให้มีการปรับตัวที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ในช่วงเวลาของการรักษาแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดจากความซับซ้อนของการรักษา และระบบการให้บริการช่วยให้เกิดความชัดเจน และในระยะอาการคงที่ (8 เดือนหลังการรักษา) ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกไม่แน่ใจในอนาคตถึงโอกาสการเกิดซ้ำของโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยสร้างความเชื่อมั่นในการเผชิญกับอนาคต และการดำรงชีวิตในสังคม การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนตลอดเวลาตามระยะเวลาและการรักษา และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทุกระยะ และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวในแต่ละบริบท

จะเห็นว่าเมื่อความรุนแรงของโรคสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนเพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาและแรงสนับสนุนทางสังคม จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น นั่นคือลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งคอบ(Cobb 1976: 310)โคเฮนและซิม(Cohen & Syme 1985 cited in Powers & Jalowiec 1987:110)ได้ทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่าในบุคคลที่ป่วยอยู่แล้วแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีผลช่วยลดปริมาณความต้องการยา ช่วยให้หายเร็วขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษาของแพทย์มากขึ้นด้วย ช่วยให้มีการปรับตัวต่อโรคหรือควบคุมโรคได้ดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะเกิดขึ้นเมื่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกคลุมเครือไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่สามารถอธิบายความหมายของความเจ็บป่วย หรือทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (Mishel 1984) ดังนั้นในขณะที่เจ็บป่วย และการที่ต้องเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจะทำให้การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆเป็นความเครียด(Christman,et al. 1988) ซึ่งจากงานวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดจากความเจ็บป่วยและต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Mishel 1984) ความรุนแรงของความเจ็บป่วย การแสวงหาข้อมูล (Braden 1990) ระดับการศึกษา ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ ความสามารถในการควบคุมตนเองและความรุนแรงของอาการ (สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ 2534)

ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Krantz 1980; Mullen 1978) เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมาแล้วความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงดำเนินต่อไป การที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินแบบแผนอาการแสดงได้ชัดเจน จากอาการเจ็บหน้าอก หรือหอบเหนื่อย ซึ่งเมื่อผ่านระยะคงที่ไปแล้วมีโอกาสที่อาการจะกำเริบอีกได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคลุมเครือในการประเมินความเจ็บป่วย ส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น (Redeker 1992) นอกจากนั้นผลการรักษาก็ไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย หรือสมรรถภาพของตนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวมากมายในระยะฟื้นฟูสุขภาพ และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock 1986) การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดอันตราย ได้อย่างเหมาะสม (Luckmann & Sorensen 1987)เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะพยายามกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อลดความตึงเครียดของตนเอง(สุชา จันทร์เอมและสุรางค์ จันทร์เอม 2521:71)เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์

Copyright by Mahidol University

สังคมเพื่อบรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง (Kyes & Hofling 1980: 698) การปรับตัวของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 2 ประการคือ 1) การยอมรับ และตระหนักถึงสภาพความสูญเสียจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) ผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆรอบๆตัวผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้วิถีในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป(Abram 1972) บุชและกัลโล (Bush & Gallo 1982)เชื่อว่าเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะมีภาวะของความเครียด(tension state)หรือพลังงานที่ไม่เป็นประโยชน์ภายในตัว(entropy)เกิดขึ้น ถ้าการปรับตัวเหมาะสมรู้จักใช้พลังงานให้ได้ประโยชน์ความเครียดนั้นจะหมดไป แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลว ก็จะยิ่งเพิ่มความเครียดและสูญเสียการใช้พลังงานมากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวมีหลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของลาซารัสแล้วจะเห็นว่า เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากจะต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียจากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายแล้ว การที่ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเครียดที่ต้องการการปรับตัวในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงตามระยะของโรค และการรักษา (Lazarus & Folkman 1984; Moos 1982 cited in Grey, et al. 1991)ผลกระทบจากความเจ็บป่วยจะคุกคามจิตใจ อารมณ์ และบุคคลรอบข้าง การจำกัดกิจกรรมต่างๆตามขีดความสามารถในการทำงานของหัวใจ ไม่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวสังคม จากการศึกษาของมิคคัส (Mickus 1986: 379-380) พบว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิง มีการลดกิจกรรมลงเนื่องจากอาการเหนื่อยหอบและเจ็บหน้าอก นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่สมรสแล้ว จะมีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพทางเพศกับคู่สมรสคือความสัมพันธ์ทางเพศมักจะเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อชีวิต แม้ว่าจะต้องการดำรงความสัมพันธ์และให้ความพอใจแก่คู่สมรส แต่ก็ไม่กล้าที่จะมีความสัมพันธ์กันตามปกติ (ศิริอร สินธุ 2526: 5) ยิ่งก่อให้เกิดภาวะเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องการการปรับตัวอย่างมากในการเผชิญกับภาวะเครียดเหล่านี้

จอห์นสัน และมอร์ส (Johnson & Morse 1990: 126-135) ได้ศึกษาการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory)และสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายบุคคล จำนวน 14 ราย พบว่าการปรับตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 4 ระยะ คือ

Copyright by Mahidol University

ระยะที่ 1 ป้องกันตนเอง ผู้ป่วยจะไม่สนใจกับอาการต่างๆและทำตนเหมือนปกติ ไม่ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย พยายามจะบอกตนเองว่าเป็นอาการเล็กๆน้อยๆ ลดความสำคัญของสถานการณ์นั้นๆ ขัดขืนคำสั่งให้นอนพักอยู่บนเตียง ปิดบังอาการเจ็บหน้าอก

ระยะที่ 2 ยอมรับสภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 เผชิญกับความตาย โดยการตอบสนองใน 2 ทางคือดีใจในการรอดชีวิตของตน เมื่อทราบข่าวการตายของผู้อื่นที่ไม่ใช่ตัวเขาเอง และในทางตรงข้ามจะกลัวความตาย มองการฟื้นฟูสุขภาพในทางลบ

2.2 การแสวงหาความหมายของความเจ็บป่วยต่อชีวิตของตนเอง ผู้ป่วยจะพยายามหาเหตุผลมาอธิบายอาการที่เกิดขึ้น ทบทวนสิ่งต่างๆที่ผ่านมาโดยคิดว่าการเป็นโรคหัวใจมีสาเหตุมาจากตนทำงานหนัก ไม่ได้พักผ่อน บางรายที่ไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายได้จะรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้เคราะห์ร้าย

2.3 เผชิญกับข้อจำกัดของตนเองผู้ป่วยจะคิดถึงอุปสรรคในอนาคตการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต กฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วย

2.4 การมองอนาคต ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงอนาคตมีทัศนคติในทางบวกมั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพ รับรู้ถึงการถูกจำกัดในกิจกรรมต่างๆ

ระยะที่ 3 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยพยายามแสวงหาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

3.1 รักษาไว้ซึ่งความหมายของตนเอง โดยการจัดการกับบทบาทใหม่ เพื่อรักษาสมดุลระหว่างความต้องการ และการใช้แหล่งประโยชน์

3.2 การลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการค้นหาสิ่งที่บำรุงขวัญ เรียนรู้เรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ถ้าคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นไปในด้านบวก ผู้ป่วยจะรู้สึก "ดีในทุกๆอย่าง" ถ้าเป็นไปในทางลบจะรู้สึก "สิ้นหวัง"

3.3 วางแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยวิธีการทดสอบข้อจำกัดของตน เรียนรู้ถึงความสามารถของตนในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ สามารถตัดสินได้ว่าอะไรควรทำ ไม่ควรทำ และเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยเริ่มที่จะเปลี่ยนจุดเป้าหมายในชีวิตใหม่ช้าๆ การตอบสนองในระยะสุดท้ายนี้มี 3 ลักษณะคือ

4.1 ยอมรับข้อจำกัด โดยลดหรือเปลี่ยนความคาดหวังให้เหมาะสมกับข้อจำกัด

4.2 เปลี่ยนจุดเป้าหมายใหม่ เมื่อผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดก็จะเริ่มเปลี่ยนความตั้งใจ เป้าหมายของชีวิต จะมุ่งสนใจในการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย

Copyright by Mahidol University

4.3 วางแผนในการจัดการหรือควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมาย สามารถกำหนดการกระทำกิจกรรมที่เหมาะสม

จะเห็นว่ากระบวนการปรับตัวของผู้ป่วย เมื่อดำเนินมาถึงระยะสุดท้ายเป็นการฟื้นฟูความสามารถในการควบคุมตนเอง แต่ในขั้นตอนต่างๆ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จากความกำกวมในสถานการณ์การเกิดอาการของโรคหัวใจอย่างเฉียบพลัน ความซับซ้อนจากการรับรู้ในวิธีการรักษาที่หลากหลาย และระบบการบริการสุขภาพ (Mishel 1983 cited in Redeker 1992: 49) ซึ่งมิเชล (Mishel 1988, 1990) กล่าวว่าความสามารถในการปรับตัวที่เกิดในแต่ละบุคคลเป็นความสามารถในการเผชิญกับภาวะเครียดที่จะลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรต่างๆ อันได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังไม่มีรายงานการศึกษาที่พบเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเผชิญภาวะเครียด ดังนี้

คริสแมนและคณะ (Christman, et al.1988: 71-82) ได้ศึกษาอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และภาวะทุกข์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 70 ราย ทำการศึกษาระยะยาว ใน 3 ระยะคือ ระยะก่อนจำหน่าย 72 ชม. และในสัปดาห์ที่ 1,4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการติดตามในระยะหลังได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลับมาเพียง 60 ราย นอกจากนั้นยังศึกษาถึงอิทธิพลของ อายุ การศึกษา และความรุนแรงของโรค วัดตัวแปรต่างๆโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1981; Mishel, et al.1984) แบบวัดภาวะอารมณ์ของแมคแมร์และคณะ (McMair,et al.1971) เครื่องมือวัดวิธีการเผชิญปัญหาของจาร์โลวิสและพาวเวอร์ (Jalowiec & Power 1981) ใช้ดัชนีกิจกรรมทางกายภาพของคริสแมนและคณะ (Christman,et al. 1984) และดัชนียากรณ์โรคของพีล (Peel 1961) วัดความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา

Copyright by Mahidol University

ยิ่งสูงความรู้สึกไม่แน่นอนยิ่งต่ำลง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะมีภาวะทุกข์มาก และจะเลี่ยงการใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการเผชิญหน้าทั้ง 3 ระยะ เมื่อความรุนแรงของโรคสูง ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเพิ่มมากขึ้น และอายุยิ่งมากความรู้สึกไม่แน่นอนจะยิ่งน้อย และอายุมีความสัมพันธ์กับวิธีการเผชิญปัญหาคือ อายุมากจะยิ่งใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยการเผชิญหน้ามากขึ้น สำหรับกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ในสัปดาห์ที่ 1,4 หลังจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงจะปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสุขภาพน้อยลงส่วนภาวะทุกข์ไม่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพทั้ง 3 ระยะ

ในปีเดียวกันเวบสเตอร์และคริสแมน (Webster & Christman 1988: 384-400) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอน วิธีการเผชิญกับปัญหาและอารมณ์เครียด ที่เกิดจากความวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 ราย โดยใช้เครื่องมือเดียวกันกับการศึกษาข้างต้น เก็บข้อมูลประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่ายผู้ป่วย จากนั้นตามเยี่ยมในวันที่ 6-10 หลังออกจากโรงพยาบาล พร้อมกับประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา และความวิตกกังวลซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมสูงจะมีอารมณ์เครียดสูง และมักใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการทางอารมณ์

จากการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค จะมีผลกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และความรู้สึกไม่แน่นอนมีผลกับการเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการจัดการทางอารมณ์ในการปรับตัว ครุกและคณะ (Croog, et al.1971 cited in Cassem 1977: 716) ได้ศึกษาการเผชิญภาวะเครียดของกลุ่มผู้ป่วยโรคโคโรนารี ที่พบบ่อยคือ การปฏิเสธไม่ยอมรับรู้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย แม้ว่าแพทย์ได้บอกแล้วก็ตามซึ่งเป็นกลไกป้องกันตนเองตามธรรมชาติเพื่อลดภาวะคุกคามของโรค หลังจากนั้นในปี 1975 เฮกเคตและคาสเสม (Hackett & Cassem 1975 อ้างในสมจิต หนุเจริญกุล 2534:112) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใช้วิธีการปฏิเสธ การเกิดโรค กลับฟื้นไปทำงานได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ยอมรับ การรู้จักใช้กลไกการปฏิเสธอย่างเหมาะสม โดยการยอมรับว่าเกิดโรคแต่ไม่ยอมแพ้ มีความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองและมีความหวัง จะเอื้ออำนวยในการปรับตัวได้ดีขึ้น (เกษม วัฒนชัย และคนอื่นๆ 2531:12-20)

Copyright by Mahidol University

สรุปทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พอจะสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอน ปัจจัยส่วนตัวได้แก่ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงถึงกลุ่มผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศไทย เนื่องจากลักษณะทางสังคม ความเชื่อของผู้ป่วยต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่าหากมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว จะช่วยในการวางแผนดูแลผู้ป่วย อำนวยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามผลการรักษา ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2535 ถึง เดือนธันวาคม 2535

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่า เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
2. มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้
3. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดได้จำนวน 108 ราย ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย จำนวน 8 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 100 ราย ผู้ป่วยที่ตอบแบบวัดการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วยครบทุกด้าน จำนวน 80 ราย รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะกลุ่มตัวอย่างจะเสนอในบทที่ 4

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สถานที่ที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ให้บริการผู้ป่วยเฉพาะโรค ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามผลการรักษา สามารถเข้ารับบริการในคลินิคเฉพาะโรคหัวใจ ที่มีแพทย์ชำนาญเฉพาะโรคหัวใจออกตรวจรักษาโรคในวันอังคาร ภาคบ่ายเวลา 13.00-16.00 น.และภาคเช้าเวลา 8.00-12.00น ผู้ป่วยทุกคนจะได้เวลานัดหมายในการเข้าตรวจ และส่วนใหญ่พบแพทย์ที่ทำการรักษาคนเดียวตลอดระยะเวลาที่มาติดตามการรักษา สำหรับความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ผู้ดูแลพยาบาลประจำมีบทบาทน้อยมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน วิธีชำระค่าตรวจรักษา ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ระยะของการเป็นโรค (ภาคผนวก ข.)

2. **แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย** ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของเดอโรเกติสและคณะ (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) และสร้างขึ้นในบางส่วน แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 33 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการปรับตัวใน 3 ด้านคือ 1) การทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพการงานจำนวน 6 ข้อ สภาพแวดล้อมในสังคมจำนวน 6 ข้อ และสัมพันธภาพทางเพศจำนวน 6 ข้อ รวมข้อคำถาม 18 ข้อ 2) ด้านขวัญและกำลังใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ และ3) ด้านภาวะสุขภาพกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยมีคะแนนเรียงลำดับจาก 0 คะแนนถึง 3 คะแนน (ภาคผนวก ค) สำหรับการรวมคะแนนนั้น ข้อคำตอบในทางลบทั้งหมด 16 ข้อจะกลับคะแนนแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-99 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่ามีการปรับตัวดี

Copyright by Mahidol University

แบบวัดการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วย (PAIS)นี้ สร้างโดยเดอโรเกติส และคณะ (Derogatis 1986: 77-91; Morrow,Chiarello & Derogatis 1978: 605-610)เดิมประกอบด้วยข้อคำถาม 45 ข้อแบ่งเป็น 7 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพ อาชีพ การงาน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคม และความไม่สุขสบายทางใจ ซึ่งมุกดา คุณาวัฒน์ (2535)ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ หลังจากแก้ไขแล้วได้ตัดด้านสัมพันธภาพทางเพศออก เหลือข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ นำไปหาความเที่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคจอประสาทตาลอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 20 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าโดยรวมเท่ากับ.90 และเมื่อหาซ้ำในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจอประสาทตาลอก จำนวน 42 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ค่าอัลฟ่าเท่ากับ .86 และเมื่อกลับมาติดตามผลการรักษาได้ค่าอัลฟ่าเท่ากับ .93

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบวัดการปรับตัวในสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของมุกดา คุณาวัฒน์ (2535)โดยตัดข้อคำถามด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล และด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านออกเนื่องจากข้อคำถามซ้ำซ้อนกับแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมและเพิ่มด้านสัมพันธภาพทางเพศ ซึ่งเป็นข้อคำถามในแบบวัดเดิมของเดอโรเกติส นอกจากนั้นข้อคำถามด้านภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสในเรื่องผลลัพธ์ของการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ แบบสอบถามจึงรวมข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อซึ่งประเมินผลลัพธ์ในการปรับตัวทั้ง 3 ด้านดังกล่าวแล้ว เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 15 รายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง หาความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ.89 นำมาปรับภาษา ข้อความให้เหมาะสมอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 รายซึ่งมีเพียง 80 รายที่ตอบแบบวัดครบทุกด้านเมื่อนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบวัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .87

3. **แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย** ใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale) (Mishel 1990) ซึ่งมิเชลได้พัฒนาและปรับปรุงมาเป็นระยะๆ ตั้งแต่ในปี 1981 จนถึงปี 1990 ผู้วิจัยตัดข้อคำถามเหลือจำนวน 26 ข้อเพื่อให้เหมาะสมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Copyright by Mahidol University

และไม่ซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามแบบอื่น วัดความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้านคือ 1)ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล จำนวน 4 ข้อ 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ จำนวน 5 ข้อ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนิน และการพยากรณ์โรค จำนวน 5 ข้อ (ภาคผนวก ง)

แบบสอบถามจะมีลักษณะข้อความที่มีความหมายทั้งทางบวก และทางลบเรียงกันอย่างไม่จงใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิตสเกล (Likert scale) มีข้อให้เลือกตอบ 5 ข้อซึ่งให้ผู้ตอบเลือกข้อที่เป็นจริงสำหรับตนเอง จากไม่จริงที่สุด 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุด 5 คะแนน สำหรับการรวมคะแนนนั้น ข้อความที่มีความหมายทางลบทั้งหมด 9 ข้อ ผู้วิจัยจะกลับคะแนน แล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนรวมทั้งชุดของแบบวัดนี้มีค่าระหว่าง 26-130 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ และคะแนนมากหมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

สำหรับการตรวจคุณภาพเครื่องมือในด้านความเที่ยงและความตรงนั้น มิเชลได้ทำการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือตั้งแต่ปี 1981 เป็นต้นมา(Mishel 1981:258-263; Mishel 1990 อ้างในมณฑา ลิ้มทองกุล 2535:25)

ความตรงของเครื่องมือ มิเชลได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยทำการทดสอบ 3 วิธี คือ วิธีทราบกลุ่มตัวอย่าง ความสัมพันธ์ตามทฤษฎีและการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือ ในปี 1989 นำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1,199 ราย พบว่าประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ และหาความเที่ยงของแต่ละองค์ประกอบโดยการหาความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเท่ากับ .73-.93 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ.37-.86 ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับเท่ากับ .55-.89และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรคเท่ากับ.21-.81 และคำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของแบบสอบถามทั้งชุดในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างเดิม ได้เท่ากับ.91,.86 และ .83ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามลำดับ

Copyright by Mahidol University

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้นำเครื่องมือของมิเชลมาใช้ในงานวิจัยหลายท่าน ได้แก่ งานวิจัยกึ่งทดลองของทิพาพร วงศ์หงษ์กุล (2533) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน74 รายโดยติดตามสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังจากฉายรังสีครั้งที่ 15และในระยะ2วันก่อนสิ้นสุดรังสีรักษา ($p<.001$)แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้าง สำหรับความเที่ยงพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าในการวัดทั้ง 3 ระยะมีค่าระหว่าง .83-.88

งานวิจัยของมณฑา ลิ้มทองกุล (2535)ได้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990) มาใช้ โดยแปลและดัดแปลงมาใช้ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านมและรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ โดยตัดข้อคำถามเหลือ 24 ข้อ ผลการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งโดยรวม ($r=.41, p<.001$)และรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนงานวิจัยของวิมลวัลย์ วโรฬาร (2535) ได้นำเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1983) มาใช้ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมในกลุ่มบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษซึ่งมีข้อคำถาม 31 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความผาสุกโดยทั่วไป($r=-.55, p<.001$) ซึ่งเป็นไปตามความคาดคะเนของทฤษฎี แสดงถึงความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือเช่นเดียวกัน

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล(Mishel 1990) ที่ประกอบด้วยข้อความ 32 ข้อ และแปลโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ เพื่อใช้วัดในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน หาค่าความเที่ยงของข้อมูลทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .84 นำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปรับข้อความเหลือ 26 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 ราย ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือทั้งชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .69 ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำแบบสอบถามมาปรับภาษา และข้อความให้เหมาะสมอีกครั้งแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย หาความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .78

Copyright by Mahidol University

4.แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988)

แบบวัดนี้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมใน 3 ด้านคือด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของการบริการ และจาก 3 แหล่งได้แก่กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยข้อคำถามถามถึงปริมาณการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในแต่ละแหล่ง ลักษณะคำถามเป็นแบบลิเคิตสเกล (Likert scale) 5 อันดับ จากไม่ได้ให้ความช่วยเหลือเลยให้ 0 คะแนน จนถึงให้ความช่วยเหลือมากที่สุดให้ 4 คะแนน ข้อคำถามจากแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ละแหล่ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ด้านข้อมูลถามเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหาจำนวน 1 ข้อ ด้านอารมณ์เกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจความเชื่อถือจำนวน 2 ข้อ และ ด้านสิ่งของและการบริการถามปริมาณการได้รับการช่วยเหลือจำนวน 2 ข้อ (ภาคผนวก จ) แต่ละแหล่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนนรวมจากทุกแหล่งจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล พัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire PartII = SSQ PartII) ซึ่งสร้างโดยเชฟเฟอร์ คอย์น และลาซารัส (Schaefer,Coyne & Lazarus 1981) ใช้แนวคิดในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมโดยแบ่งเป็น 3 ประเภทคือ 1)แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูล และ3) แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของรวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ

สำหรับการตรวจคุณภาพเครื่องมือ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al. 1981 อ้างใน Hanucharurnkul 1988: 79-85)ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านสิ่งของได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา.81,.95 และ.31 ตามลำดับ และใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest method)ในกลุ่มเดิมโดยเว้นระยะห่าง 9 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p<.001$) และด้านสิ่งของมีค่าเท่ากับ.56 ($p<.001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงานแต่พบว่าด้านอารมณ์และด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง นอกจากนั้นได้หาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งของและด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความซึมเศร้า และการขาดกำลังใจ

Copyright by Mahidol University

ในการประเมินความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) นอร์เบคและคณะ(Norbeck, Lindsy, and Carrieri 1981) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซพเฟอร์และคณะไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค พบว่ามีความสัมพันธ์ในขนาดปานกลางระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ($r=.33, p<.05$ และ $r=.51, p<.01$ตามลำดับ) หลังจากนั้นนอร์เบคและทิลเดน (Norbeck & Tilden 1983) เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า .89

สำหรับในประเทศไทยสมจิต หนุเจริญกุล นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ II(SSQ PartII)มาดัดแปลงใช้ในงานวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการฉายรังสีโดยวัดการได้รับข้อมูลและได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และเพิ่มเติมด้านการได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ และบริการต่างๆ โดยดัดแปลงแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (NSSQ) แปลและดัดแปลงแหล่งประโยชน์เป็น 1) ครอบครัว ซึ่งรวมถึงคู่คิด บุตร บิดามารดา ญาติที่ใกล้ชิดและคนรับใช้ 2)บุคคลที่ผู้ป่วยได้มาพักอาศัยอยู่ขณะได้รับการฉายรังสี 3) เจ้าหน้าที่สุขภาพ 4) เพื่อนรวมทั้งเพื่อนบ้าน 5) หัวหน้าหรือผู้ร่วมงาน วัดแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3ด้าน คือด้านข้อมูล 1 ข้อ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านสิ่งของความช่วยเหลือ 2 ข้อ รวมคะแนนของทุกด้านเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด หาความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 112 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .97

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่สมจิต หนุเจริญกุลดัดแปลงมา ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 120 ราย โดยตรวจสอบความเที่ยงจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10ราย หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าได้ .76

Copyright by Mahidol University

ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988)มาแปลเป็นภาษาไทย และปรับเหลือข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อวัดแรงสนับสนุนทางสังคมครอบคลุมทั้ง 3 ด้านคือด้านข้อมูล ด้านอารมณ์และด้านความช่วยเหลือ สำหรับแหล่งประโยชน์ แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ตรวจลอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขใหม่ นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 รายหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ.87 เมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 100 รายหาความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .86

5. แบบวัดความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากดัชนีพยากรณ์โรคโคโรนารี (A Coronary Prognostic Index)ซึ่งวัดความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของพีล และคณะ (Peel,et al.1962) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) เพศและอายุ 2) ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต 3) ภาวะช็อค 4) ภาวะหัวใจล้มเหลว และ 5) จังหวะการเต้นของหัวใจ แบบวัดนี้มีข้อคำถามรวม 18 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-24 คะแนน คะแนนมากจะบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคสูง (ภาคผนวก ฉ) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้คะแนนจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วย ที่ได้บันทึกการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งสุดท้ายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

พีลและคณะ (Peel, et al.1962) สร้างดัชนีพยากรณ์โรคนี้ขึ้นโดยให้น้ำหนักคะแนนของตัวแปร (weight)อายุ เพศ ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ระดับภาวะช็อคและภาวะหัวใจล้มเหลว ลักษณะการเต้นของหัวใจ (cardiac rhythm) และการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-28คะแนนโดยเปรียบเทียบน้ำหนักคะแนนของตัวแปรในการพยากรณ์อัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การตรวจสอบคุณภาพ พีลและคณะได้ตรวจหาความตรงในกลุ่มตัวอย่าง 260ราย (Peel, et al. 1962) โดยเปรียบเทียบการให้น้ำหนักคะแนนของตัวแปรในแบบวัดดัชนีพยากรณ์ของพีลและอัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผลที่ได้จะมีความสัมพันธ์กันระหว่างคะแนนดัชนีกับอัตราการตายของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่นในการให้น้ำหนักคะแนนอายุและเพศ จากงานวิจัยต่างๆพบว่าเพศชายอายุยิ่งมากอัตราการตายของโรคยิ่งสูง(Block, et al. 1952; Mackenzie 1923; Peel 1955) ส่วนเพศหญิงที่อายุน้อยกว่า 65 ปีพบได้น้อยกว่าในเพศชาย (Peel 1955; Smart & Bruce 1955) และหลังอายุ 60 ปี

Copyright by Mahidol University

ชายหญิงจะเป็นโรคนี้ได้บ่อยและมีความรุนแรงใกล้เคียงกัน ดังนั้นในการให้น้ำหนักคะแนนดัชนีทั้งในผู้ป่วยเพศชาย และหญิงจึงนำอายุมาเป็นเกณฑ์ให้คะแนนดัชนีความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยที่เพศหญิงและชายที่อายุมากกว่า 65 ปีจะให้คะแนนสูง

ผู้วิจัยได้แปลแบบวัดดัชนีพยากรณ์โรคโคโรนารี (Coronary Prognostic Index)มาใช้เป็นแบบวัดความรุนแรงของโรค โดยตัดข้อการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจออกเนื่องจากไม่มีการบันทึกรายละเอียดการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจไว้ในเวชระเบียน จึงเหลือคะแนนรวม 0-24 คะแนน นำไปตรวจสอบความตรงและครอบคลุมเนื้อหา โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลทางอายุรกรรมอีก 4 ท่านหลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุง และนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

<u>การเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยเลือกนักศึกษาพยาบาลปริญญาโทที่มีความเข้าใจในแบบสอบถาม และวิธีการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตรงกับผู้วิจัย และสามารถอธิบายชี้แจงเพิ่มเติมแก่กลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจในแบบสอบถาม ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่สัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลในวันที่มีคลินิกเฉพาะโรคหัวใจเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ และหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น.ยกเว้นวันอังคาร ซึ่งมีคลินิกเฉพาะโรคหัวใจในเวลา 13.00-16.00น. แล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ก่อนวันนัดตรวจ 1 วันและ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด จากเวชระเบียนผู้ป่วยตามรายชื่อ

Copyright by Mahidol University

2. วันรุ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ได้รับการชั่งน้ำหนักและรับหมายเลขตรวจแล้ว ผู้วิจัยเข้าไปขอความร่วมมือในการวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ก)

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามในระหว่างที่ผู้ป่วยรอตรวจ โดยพาผู้ป่วยไปในห้องที่จัดไว้โดยเฉพาะ และสัมภาษณ์บันทึกคำตอบตามที่ผู้ป่วยเลือกทุกประการ ในรายที่สามารถทำแบบสอบถามได้และมีความประสงค์ขอตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียดจนผู้ป่วยเข้าใจแล้วจึงให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 38 ราย (รวมผู้ป่วยที่ขอนำแบบสอบถามไปทำเองที่บ้านและส่งแบบสอบถามกลับมา 7 ราย) ได้จากการสัมภาษณ์ 62 ราย เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที

4. ผู้วิจัยเรียงลำดับแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เพราะเป็นเรื่องง่ายต่อการตอบสำหรับแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เพื่อลดความลำเอียงในการตอบแบบสอบถาม อันเนื่องจาก แบบสอบถามชุดหนึ่งอาจมีอิทธิพลก่อให้เกิดอารมณ์แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม และจะมีผลต่อแบบสอบถามในชุดต่อๆไป ผู้วิจัยได้จัดเรียงเป็นรูปแบบตามความเป็นไปได้ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ได้รูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

รูปแบบที่ 3 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

รูปแบบที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

รูปแบบที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

Copyright by Mahidol University

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยมหิดล

รูปแบบที่ 6 แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ในการนำมาใช้กับผู้ป่วย โดยการเรียงลำดับตามแบบสอบถามรูปแบบที่ 1 ถึง 6 ในผู้ป่วยคนที่ 1 ถึง 6 หลังจากนั้นกลับมาเริ่มต้นรอบใหม่จนครบจำนวนตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความสม่ำเสมอในการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 รูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ก็ตาม

5. เก็บข้อมูลความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งสุดท้าย ที่ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล จากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยประเมินตามแบบวัดความรุนแรงของโรค

6. ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบในแต่ละแบบสอบถามของผู้ป่วย

7. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences)

Copyright by Mahidol University

27174 I 10035527

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค กับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความสามารถของตัวแปรต่างๆในการทำนายการปรับตัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคหัวใจ และคลินิกตรวจโรคทั่วไป ที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก อายุรกรรมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งผลการวิจัยข้อมูลจะเสนอตามลำดับดังนี้คือลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัว ผลการทดสอบสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม และข้อมูลเชิงคุณภาพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 100 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 78 ส่วนเพศหญิงมีเพียงร้อยละ 22 อายุเฉลี่ย 61.13 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 32 และมีถึงร้อยละ 20 ที่จบปริญญาตรี อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และข้าราชการบำนาญในจำนวนที่เท่ากัน คือร้อยละ 19 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานมีร้อยละ 29 ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงานสามารถกลับไปประกอบอาชีพได้หลังเจ็บป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2,000-6,000 บาทและมากกว่า 20,000 บาทสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ระยะเวลาของการเป็นโรค 2 ปี รายละเอียดของลักษณะกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 1

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			**อาชีพ**		
ชาย	78	78	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	19
หญิง	22	22	ค้าขาย	12	12
			รับจ้าง	10	10
สถานภาพสมรส			ไม่ได้ทำงาน	29	29
โสด	2	2	ธุรกิจส่วนตัว	6	6
คู่	76	76	แม่บ้าน	5	5
หม้าย หย่า แยก	22	22	ข้าราชการบำนาญ	19	19
			รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
ศาสนา			≤2,000	17	17
พุทธ	91	91	2,001-6,000	25	25
อื่นๆ	9	9	6,001-10,000	13	13
			10,001-14,000	12	12
ระดับการศึกษา			14,001-18,000	5	5
ไม่ได้เรียน	3	3	18,001-20,000	6	6
ประถมศึกษา	32	32	มากกว่า 20,000	22	22
มัธยมศึกษา	32	32	**วิธีชำระค่าตรวจรักษา**		
ประกาศนียบัตรหรือ			เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	69	69
อนุปริญญา	8	8	ชำระค่าตรวจรักษาเอง	20	20
ปริญญาตรี	20	20	สังคมสงเคราะห์	6	6
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2	อื่นๆ	5	5
อื่นๆ	3	3	**ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย**		
			ไม่มีปัญหา	70	70
			มีปัญหาเล็กน้อย	16	16
			มีปัญหาปานกลาง	8	8
			มีปัญหามาก	6	6

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	
อายุ (ปี)	
ค่าพิสัย	36-83
ค่าเฉลี่ย	61.13
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.48
ระยะเวลาของการเป็นโรค (ปี)	
ค่าพิสัย	0.10-20
ค่าเฉลี่ย	5.81
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.11
ค่าฐานนิยม	2.00
ค่ามัธยฐาน	4.75

ความรุนแรงของโรค

ค่าพิสัยของความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งสุดท้าย ที่ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนนจากค่าที่เป็นไปได้ 0-24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 5.6 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.21 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา(skew ness 1.12) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคต่ำ

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคเป็นรายข้อ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยเพศชายมีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 54 ปีร้อยละ 42.3 ในเพศหญิงมีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 64 ปีร้อยละ 72.7 และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้มีประวัติเป็นโรคหัวใจอื่นที่ไม่ใช่กล้ามเนื้อหัวใจตาย คือโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 50 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคือไม่มีภาวะช็อคร้อยละ 80 ไม่มีภาวะหัวใจวายร้อยละ 90 และมีจังหวะการเต้นของหัวใจปกติร้อยละ 75 (ตารางที่ 2)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลความรุนแรงของโรคครั้งสุดท้าย ที่ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาล (n=100)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศและอายุ		
ชาย: ≤ 54 ปี	33	42.3
55-59 ปี	22	28.2
60-64 ปี	11	14.1
≥ 65 ปี	12	15.4
หญิง: ≤ 64 ปี	16	72.7
≥ 65 ปี	6	27.3
2. ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต		
มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตาย	11	11
โรคหัวใจที่ไม่ใช่กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	50	50
เจ็บหน้าอกโดยไม่พบว่ามีความผิดปกติทางโรคหัวใจและหลอดเลือด	3	3
ไม่มีประวัติโรคหัวใจ และหลอดเลือด	36	36
3. ภาวะช็อค		
ไม่มีอาการ	80	80
เล็กน้อย	10	10
ปานกลาง	2	2
รุนแรง	8	8
4. ภาวะหัวใจวาย		
ไม่มี	90	90
พบจากฟังเสียงปอดโดยไม่มีอาการแสดง	5	5
มีอาการแสดง	5	5
5. จังหวะการเต้นของหัวใจ		
ปกติ	75	75
ผิดปกติ	25	25

Copyright by Mahidol University

แรงสนับสนุนทางสังคม

ค่าพิสัยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ระหว่าง 3-60 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-60 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 26.78 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.99 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (skewness 0.36)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนไปทางต่ำเล็กน้อย

เนื่องจากจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านของแรงสนับสนุนทางสังคมไม่เท่ากัน จึงใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อแต่ละด้าน เป็นค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของแต่ละด้านจากแต่ละแหล่งประโยชน์ และนำมาแยกวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มครอบครัวมีค่าสูงสุด ลำดับต่อมาคือกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ส่วนกลุ่มญาติและเพื่อนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด(ตารางที่ 3) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 กลุ่มมาเปรียบเทียบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,198)=42.29, p<.05$(ตารางที่ 4) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่ม มาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls test) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มครอบครัว มีความแตกต่างจากกลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สำหรับชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าสูงสุด รองลงมาคือด้านข้อมูล และด้านสิ่งของและการบริการ (ตารางที่3)เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3ด้านมาหาความแตกต่างด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2, 198)=124.911, p<.05$ (ตารางที่ 4) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิว-แมนคูลส์พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และด้านอารมณ์มีความแตกต่างจากด้านสิ่งของและการบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$)

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน จากแต่ละแหล่งประโยชน์มาเปรียบเทียบ พบว่าในด้านข้อมูล ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมีค่าสูงสุด ลำดับต่อมาคือกลุ่มครอบครัวและ กลุ่มญาติและเพื่อน (ตารางที่ 3) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 กลุ่มมาเปรียบเทียบด้วยสถิติการวิเคราะห์

Copyright by Mahidol University

ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ F(2, 198)=56.97,p<.05 (ตารางที่ 4) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่าค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลจากแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ด้านอารมณ์ ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากครอบครัวมีค่าสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ และกลุ่มญาติและเพื่อน (ตารางที่ 3) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 กลุ่มมาเปรียบเทียบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ F(2,198) = 20.22, p<.05 (ตารางที่ 4) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่าค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์จากแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ด้านสิ่งของและการบริการ ค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากครอบครัวมีค่าสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ (ตารางที่ 3) เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 กลุ่มมาเปรียบเทียบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ F(2,198)=87.53, p<.05 (ตารางที่ 4) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในแต่ละกลุ่มเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่าค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านสิ่งของและการบริการจากแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของชนิดแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งตามแหล่งประโยชน์ที่ได้รับ (n=100)

ประเภท / แหล่ง	ด้านข้อมูล M	ด้านข้อมูล SD	ด้านอารมณ์ M	ด้านอารมณ์ SD	ด้านสิ่งของ M	ด้านสิ่งของ SD	รวม M	รวม SD
กลุ่มครอบครัว	2.07	1.35	2.73	1.06	2.08	1.33	2.34	0.97
กลุ่มญาติและเพื่อน	1.35	1.31	1.82	1.24	0.96	1.18	1.38	1.08
กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ	2.99	1.11	2.27	1.25	0.35	0.85	1.64	0.82
รวม	2.14	0.89	2.27	0.85	1.13	0.84		

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมทั้ง 3 ชนิดจากแหล่งประโยชน์ทั้ง 3 แหล่ง และแต่ละชนิดจากแหล่งประโยชน์แต่ละแหล่ง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=100)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม	2	48.97	24.48	42.29*
ความคลาดเคลื่อน	198	114.63	0.58	
ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม	2	78.03	39.01	124.91*
ความคลาดเคลื่อน	198	61.84	0.31	
ด้านข้อมูล	2	135.15	67.57	56.97*
ความคลาดเคลื่อน	198	234.85	1.19	
ด้านอารมณ์	2	165.63	82.81	20.22*
ความคลาดเคลื่อน	198	811.04	4.10	
ด้านสิ่งของ	2	619.73	309.86	87.53*
ความคลาดเคลื่อน	198	700.94	3.54	

*p <.05

Copyright by Mahidol University

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ค่าพิสัยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อยู่ระหว่าง 53-106 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 26-130 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 73.75 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.69 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (skewness 0.25) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำเล็กน้อย

เมื่อแยกวิเคราะห์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้ง 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2)ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนิน และการพยากรณ์โรค เนื่องจากจำนวนข้อคำถามในแต่ละด้านไม่เท่ากันจึงใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อแต่ละด้าน เป็นค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของแต่ละด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคสูงสุด รองลงมาคือด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด (ดูในตารางที่ 5) เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วย สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3,297)=97.78, p<.05$ (ตารางที่ 5) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=100)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างผู้ป่วย	99	55.77	.56	
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	3	90.62	30.21	97.78*
ความคลาดเคลื่อน	297	91.75	.31	
ผลรวม	399	238.14		

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ด้าน	M	SD
ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	3.03	.60
ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล	2.01	.52
การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ	2.61	.75
การไม่สามารถทำนายการดำเนิน และการพยากรณ์โรค	3.27	.54

*p<.05

Copyright by Mahidol University

การปรับตัว

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย บางรายไม่ตอบในด้านสัมพันธภาพทางเพศเนื่องจากไม่มีคู่ ดังนั้นในการใช้สถิติวิเคราะห์ตัวแปรด้านการปรับตัวจะมีจำนวนตัวอย่างเพียง 80 รายที่ตอบครบสมบูรณ์

ค่าพิสัยของคะแนนการปรับตัวอยู่ระหว่าง 29-97 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-99 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 68.36 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.30 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย (skewness -.19) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวค่อนไปทางสูงเล็กน้อย

เมื่อมาแยกวิเคราะห์การปรับตัวใน 3 ด้านคือ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม 2) ด้านขวัญและกำลังใจ 3) ด้านภาวะสุขภาพ เนื่องจากจำนวนข้อของการปรับตัวในแต่ละด้านไม่เท่ากัน จึงใช้คะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อแต่ละด้านเป็นค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของแต่ละด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านภาวะสุขภาพสูงสุด รองลงมาคือด้านขวัญและกำลังใจ และด้านการทำหน้าที่ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุด เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทั้ง 3 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,158)=9.56, p<.001$ (ตารางที่ 6)

เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวในแต่ละด้านมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls test) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพมีความแตกต่างจากด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านขวัญและกำลังใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (Oneway Repeated Measure ANOVA) (n=80)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างผู้ป่วย	79	37.20	.47	
การปรับตัว	2	2.91	1.46	9.56***
ความคลาดเคลื่อน	158	24.07	.15	
ผลรวม	239	64.18		

ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวในแต่ละด้าน

ด้าน	M	SD
การทำหน้าที่ทางสังคม	2.08	.50
ขวัญและกำลังใจ	2.13	.63
ภาวะสุขภาพ	2.33	.35

***p<.001

Copyright by Mahidol University

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1-4 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้สถิติวิเคราะห์คำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) สำหรับสมมติฐานข้อที่ 5 เป็นการศึกษาความสามารถของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค ในการทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ซึ่งผู้วิจัยได้รวมปัจจัยทางด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่างเข้ามาศึกษาด้วย คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ระยะเวลาของการเป็นโรค

สำหรับปัจจัยทางด้านลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแปรทางสังคมที่จะนำมาหาความสัมพันธ์กับตัวแปรหลักนั้น ตัวแปรที่มีการวัดระดับมาตรานามบัญญัติ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น(dummy variables)ก่อนการวิเคราะห์ คือเพศ: เพศหญิง=0 เพศชาย=1 สถานภาพสมรส: ไม่มีคู่ คือโสด หม้าย หย่า แยก=0 มีคู่=1 นอกจากนั้นระดับการศึกษาซึ่งวัดเป็นมาตราเรียงอันดับ ได้นำมาแปลงเป็นมาตราอัตราส่วน คือ ไม่ได้เรียนและอื่นๆ=0 ประถมศึกษา=4 ปี มัธยมศึกษา=12 ปี ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา=15 ปี ปริญญาตรี=16 ปี และสูงกว่าปริญญาตรี=18 ปี ก่อนที่จะนำเข้าวิเคราะห์คำนวนหาความสัมพันธ์ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยครบสมบูรณ์ทุกด้านมีเพียง 80 ราย เพราะมีผู้ป่วยจำนวน 20 รายที่คำถามเกี่ยวกับการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางเพศไม่สามารถตอบได้เนื่องจากไม่มีคู่ ดังนั้นในการวิเคราะห์ที่จะกล่าวต่อไป เป็นผลที่ได้จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย (ตารางที่ 7)

สมมติฐานข้อที่ 1:ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r=-.40, p<.001$) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสามารถปรับตัวได้น้อยลง ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

Copyright by Mahidol University

สมมติฐานข้อที่ 2 :แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัวและมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว (r=.02,p=.44) แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r= -.15,p=.09) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามที่คาดหวัง ดังนั้น สมมติฐานข้อนี้จึงไม่ได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 3:ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.24,p<.05) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำลง ดังนั้นสมมติฐานในข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

สมมติฐานข้อที่ 4:ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.19,p<.05) แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงด้วย สมมติฐานในข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน

นอกจากนั้นพบว่า ตัวแปรทางสังคม ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.25,p<.05) แสดงว่า ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิงมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าเพศชาย

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับ แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.30,p<.01; r=-.31,p<.01 ตามลำดับ) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

Copyright by Mahidol University

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.19,p<.05) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีคู่

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.36,p<.001; r=.39,p<.001)และมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.19,p<.05) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนยิ่งมากจะมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ จะมีการปรับตัวดีขึ้น เช่นเดียวกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=.29,p<.01;r=.34,p<.01 ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.40,p<.001)แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมาก จะมีความรุนแรงโรคสูง มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และสามารถปรับตัวได้น้อยลง

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ ๕ แสดงค่าสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆที่ศึกษาโดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=80)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. เพศ	1.00										
2. อายุ	-.16	1.00									
3. สถานภาพสมรส	.44***	-.15	1.00								
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน	.20*	-.40***	.27**	1.00							
5. ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย	-.16	.07	-.13	-.44***	1.00						
6. ระยะเวลาของการเป็นโรค	.11	.15	.18	.13	-.32**	1.00					
7. ระดับการศึกษา	.32**	-.31**	.25*	.64***	-.26*	.14	1.00				
8. ความรุนแรงของโรค	-.25*	.11	-.07	-.13	.29**	-.07	-.20*	1.00			
9. แรงสนับสนุนทางสังคม	.05	-.30**	.19*	.36***	-.18	.03	.26*	-.12	1.00		
10. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.05	.02	-.12	-.19*	.34**	-.04	-.24*	.19*	-.15	1.00	
11. การปรับตัว	.12	-.31**	.02	.39***	-.40***	-.04	.40***	-.05	.02	-.40***	1.00

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

ค่าของตัวแปร : เพศ 0=หญิง 1=ชาย, สถานภาพสมรส 0=โสด หม้าย หย่า แยก 1=คู่

ระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน และอื่นๆ=0 ประถมศึกษา=4

มัธยมศึกษา=12 ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา=15

ปริญญาตรี=16 สูงกว่าปริญญาตรี=18

Copyright by Mahidol University

สมมติฐานข้อที่ 5:ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาความรุนแรงของโรค สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยได้

การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน จากตารางที่ 8 เมื่อนำตัวแปรดังกล่าวเข้ามาในสมการทำนาย พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษา โดยที่ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถูกเลือกเข้ามาในสมการทำนายเป็นอันดับแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ16.3 $F(1,78)=15.130, p<.001$ ส่วนระดับการศึกษาถูกเลือกเข้ามาในสมการเป็นอันดับ 2 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ10 $F(2,77)=10.070, p<.01$ ทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 26 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2,77) =13.479, p<.001$ สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงของโรค ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนในบางส่วน

ตารางที่ 8 การใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise Multiple Regression) ทำนายการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ตัวแปร	ลำดับตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ	R square	RSQ change	F change	p change	Beta
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	1	.163	.163	15.130	.000	-.349
ระดับการศึกษา	2	.260	.100	10.070	.002	.360

Overall $F(2,77)=13.479, p<.001$

Copyright by Mahidol University

นอกจากนั้นเมื่อนำตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวคือ อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เข้าร่วมในการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ยังคงพบว่ามีเพียงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและระดับการศึกษาเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

เพื่อทดสอบเส้นทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในการทำนายการปรับตัว จึงใช้สถิติวิเคราะห์คำนวนหาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณแบบเชิงชั้น(Hierarchical Multiple Regression) โดยมีการปรับตัวเป็นตัวถูกทำนาย การวิเคราะห์วิธีนี้จะใส่ตัวแปรซึ่งเป็นตัวทำนายเข้าตามลำดับขั้น โดยเมื่อต้องการทราบอิทธิพลโดยตรงของตัวแปรใดต่อการปรับตัว ตัวแปรนั้นจะถูกใส่เข้าสมการเป็นลำดับสุดท้าย (ตารางที่ 9)

จากตารางจะเห็นว่าทั้ง 4 สมการ ตัวแปรทั้ง 4 คือแรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 27.8 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(4,75)=7.219, p<.001$ และใน 2 สมการหลังทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา มีผลโดยตรงต่อการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือในสมการที่ 3 เมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยถูกใส่เข้าสมการหลังระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ11.2 $F(4,75)=11.622, p<.01$(ค่า beta=-.349;$t=-3.409, p<.01$)และในสมการที่ 4 เมื่อระดับการศึกษาถูกใส่เข้าในสมการเป็นลำดับสุดท้าย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.3 $F(4,75)=11.772, p<.01$ (ค่าbeta= 0.360; $t=3.431, p<.01$)

เมื่อทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปร ที่จะมีผลต่อการปรับตัวโดยทางอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบเชิงชั้น (ตารางที่ 10)โดยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวถูกทำนาย และใส่ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรคเข้าสับเปลี่ยนเป็นลำดับในสมการการทำนาย พบว่าเมื่อใส่ตัวแปรเหล่านี้เข้าเป็นลำดับสุดท้าย ไม่มีตัวแปรใด

Copyright by Mahidol University

สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัวไม่เป็นอิสระจากกัน แต่เมื่อนำตัวแปรระดับการศึกษาถูกใส่เข้าในสมการเป็นลำดับแรก (สมการที่ 2) สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 5.5 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1,78)=4.575$, $p<.05$ (ค่า beta=-.235; $t=-2.139$, $p<.05$) แสดงว่าระดับการศึกษามีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และเมื่อรวมกับสมการทำนายการปรับตัวที่ระดับการศึกษามีผลโดยตรงต่อการปรับตัวสามารถบอกได้ว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการปรับตัวทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 9 การทำนายการปรับตัวโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น(Hierarchical Multiple Regression) (n=80)

ตัวแปรและลำดับขั้นตอนที่เลือก	Beta	R^2	R^2 change	F change	p change
1.การปรับตัว					
1.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.120	.000	.000	.026	.873
2.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.349	.164	.164	15.101	.000
3.ระดับการศึกษา	.360	.273	.109	11.421	.001
4.ความรุนแรงของโรค	.070	.278	.005	.473	.494
2. การปรับตัว					
1.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.349	.163	.163	15.130	.000
2.ระดับการศึกษา	.360	.259	.097	10.070	.002
3.ความรุนแรงของโรค	.070	.265	.006	.568	.453
4.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.120	.278	.013	1.368	.246
3.การปรับตัว					
1.ระดับการศึกษา	.360	.158	.158	14.625	.000
2.ความรุนแรงของโรค	.070	.159	.001	.057	.812
3.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.120	.166	.008	.691	.409
4.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.349	.278	.112	11.622	.001
4.การปรับตัว					
1.ความรุนแรงของโรค	.070	.003	.003	.219	.614
2.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.120	.003	.000	.011	.916
3.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	-.349	.165	.161	14.712	.000
4.ระดับการศึกษา	.360	.278	.113	11.772	.001

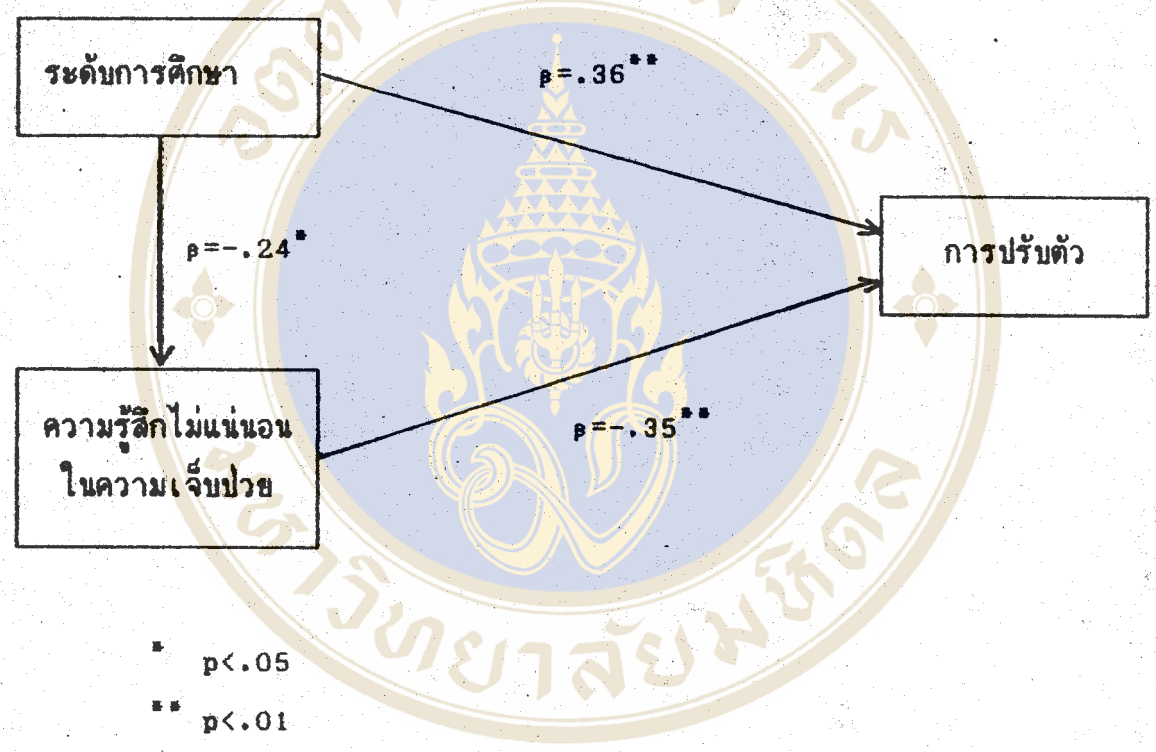
Copyright by Mahidol University

ตารางที่10 การทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) (n=80)

ตัวแปรและลำดับขั้นตอนที่เลือก	Beta	R^2	R^2 change	F change	p change
1.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย					
1.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.149	.022	.022	1.767	.188
2.ระดับการศึกษา	-.211	.064	.041	3.408	.069
3.ความรุนแรงของโรค	.144	.084	.020	1.655	.202
2.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย					
1.ระดับการศึกษา	-.235	.055	.055	4.575	.036
2.ความรุนแรงของโรค	.150	.077	.022	1.809	.183
3.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.084	.084	.007	.536	.466
3.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย					
1.ความรุนแรงของโรค	.190	.036	.036	2.932	.091
2.แรงสนับสนุนทางสังคม	-.128	.053	.016	1.319	.254
3.ระดับการศึกษา	-.185	.084	.031	2.579	.112

Copyright by Mahidol University

ผลการวิเคราะห์ สามารถสรุปเส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆต่อการปรับตัว ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2
ผลการทดสอบรูปแบบจำลองเชิงทฤษฎี

Copyright by Mahidol University

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพในระหว่างที่สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาและการปรับตัวของผู้ป่วย พอที่จะรวบรวมได้ดังนี้ คือ

1.ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยหลายรายที่ต้องละทิ้งกิจการส่วนตัว หรือเปลี่ยนอาชีพการงานเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเครียด รายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องลดเป้าหมายการทำงานลง ส่วนใหญ่จะบอกว่าทำงานหนักมานานแล้วถึงเวลาที่ต้องหยุดพัก วางมือจากภาระต่างๆให้บุตรหลานดำเนินกิจการต่อไปแทน ทำให้มีเวลาที่จะทำกิจกรรมหรือเข้าร่วมในงานสังคมต่างๆมากขึ้น โดยคิดว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับตน และมุ่งสนใจในสุขภาพมากขึ้น

ในด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยเกือบทุกรายจะลดการมีเพศสัมพันธ์แม้ว่ายังมีความต้องการอยู่ก็ตาม แต่เมื่อคิดถึงความรุนแรงของโรคจากข่าวหนังสือพิมพ์ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนฝูง ประกอบกับคำแนะนำของแพทย์ให้ลดการมีเพศสัมพันธ์ จึงไม่สนใจหรือให้ความสำคัญในด้านนี้น้อยลง บางรายใช้วิธีเบี่ยงเบนความสนใจโดยอ่านหนังสือธรรมะ ในรายที่มีอายุมากก็จะเลิกการมีเพศสัมพันธ์ มีผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า ปรับกิจกรรมทางเพศโดยสังเกตว่า ถ้าวันไหนตื่นมาสดชื่น แข็งแรงดีกระชุ่มกระชวย คืนนั้นก็จะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้

2.ด้านขวัญและกำลังใจ ผู้ป่วยทุกรายบอกว่าอาการเจ็บหน้าอก และอาการเหนื่อยหอบเป็นอาการแสดงที่สำคัญของโรค มักจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยอื่นร่วมเช่นภาวะเครียด อารมณ์ที่เปลี่ยนฉับพลันทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันกับครอบครัว มีผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งบอกว่าเวลาตนเองโกรธหรือมีอารมณ์ จะรู้สึกเจ็บหน้าอก เหนื่อย ก็จะถูกว่าเป็นโรคลำออย และมีผู้ป่วยหลายรายที่นับถือศาสนาพุทธ ได้กลับมายึดถือ และปฏิบัติทางกิจศาสนาเคร่งครัดขึ้น เช่นการทำสมาธิ อ่านหนังสือธรรมะ เพื่อช่วยให้สบายใจขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์โดยพยายามทำจิตใจให้รู้สึกปลงต่อโชคชะตา หรือเวรกรรม ในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามจะเคร่งปฏิบัติกิจศาสนามากขึ้น โดยบอกว่า ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่พระเจ้าทดลองความอดทนของตน บางรายที่ไม่สามารถคุกเข่าปฏิบัติศาสนา ก็คิดว่าเมื่ออาการดีขึ้นก็สามารถกระทำใหม่ได้ตามปกติ

Copyright by Mahidol University

3.ด้านภาวะสุขภาพ ปัญหาในเรื่องการดูแลตนเองการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับโรค เมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน แพทย์มักจะแนะนำว่า สามารถทำกิจกรรมทุกอย่างได้ตามปกติ แต่ให้หลีกเลี่ยงการทำงานหักโหมหรือออกแรงหนัก เมื่ออยู่บ้านผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถตัดสินได้ว่ากิจกรรมใดที่หนักไปสำหรับตนมักจะใช้วิธีทดลองปฏิบัติก่อน ผู้ป่วยชายรายหนึ่งถามว่า การออกแรงปิดเปิดประตูเหล็กหน้าบ้านซึ่งต้องใช้กำลังนั้น เป็นกิจกรรมที่เกินกำลังไปสำหรับตนเองหรือไม่เมื่อเทียบว่าบุตรอายุ 10 ขวบสามารถกระทำได้ หรือการเดินขึ้นสะพานลอยทางข้ามผู้ป่วยจะทดลองปฏิบัติก่อน ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกก็จะแสดงว่ากิจกรรมนั้นเกินสมรรถภาพของหัวใจ จะต้องหลีกเลี่ยงหรือหยุดการกระทำนั้นๆ

Copyright by Mahidol University

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย จะอภิปรายในหัวข้อต่อไปนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัว ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (M=61.13 ปี,SD=9.48) สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาถึงร้อยละ 20 ที่จบปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับ2,000-6,000 บาทและมากกว่า 20,000 บาทในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เบิกค่ารักษาพยาบาลได้และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย นับว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับการศึกษา และรายได้ค่อนข้างสูง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายน้อย สอดคล้องกับอุบัติการของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบในประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจค่อนข้างดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ 40-70 ปีเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:1;Cunningham 1992:165)และใกล้เคียงกับการศึกษาของคริสแมนและคณะ (Christman,et al. 1988: 72-73) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสหรัฐอเมริกา พบมีค่าเฉลี่ยของอายุ=58.13 ปี(SD=12.72,n=70)

ความรุนแรงของโรค

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความรุนแรงของโรคต่ำ เมื่อจำแนกความรุนแรงของโรคตามอาการแสดงที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่อยู่ใน Killip I ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคดี (สมจิต หนุเจริญกุล 2536: 85-103) ประกอบกับลักษณะของโรคเมื่อผ่านระยะเฉียบพลันผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมในการช่วยเหลือตนเองได้เหมือนปกติ และในช่วง 1เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเลยถึงร้อยละ 48 ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงจากโรคน้อยกว่าโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง และจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มนี้มีโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยถึงร้อยละ 50 ซึ่งสนับสนุนความรู้ที่ว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี

Copyright by Mahidol University

แรงสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างต่ำเล็กน้อย (M=26.78,SD=10.99,skewness=0.36) ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มนี้ มีระยะเวลาหลังการเกิดโรคค่อนข้างนาน ส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปีและไม่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นพิเศษ นอกจากนั้นผู้ป่วยอาจจะมีบุคลิกภาพแบบเอ คือพึ่งพาตนเองสูง ไม่ค่อยขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงมักจะจัดการวางแผนการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงรายงานการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะในด้านสิ่งของและความช่วยเหลือด้านบริการต่ำกว่าด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ (ดูตารางที่ 3)

สำหรับแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น พบว่าผู้ป่วยได้รับจากสมาชิกในกลุ่มครอบครัวสูงที่สุดและสูงกว่ากลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูล มากกว่ากลุ่มครอบครัวและกลุ่มญาติและเพื่อน ในขณะที่กลุ่มครอบครัวจะให้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และสิ่งของ มากกว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพและกลุ่มญาติและเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988: 98-101) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งตามวัฒนธรรมไทยเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องดูแล เอาใจใส่ ให้ความรักความห่วงใยผู้เจ็บป่วยในครอบครัว จึงไม่น่าสงสัยว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากกลุ่มครอบครัวมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ในขณะที่กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพจะให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลคำแนะนำที่ประโยชน์มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของดันเคิล-เชตเตอร์ และซอนเดอร์กับแมคคอร์ก็ (Dunkel-Schetter 1984 andSaunders & McCorkie 1987 cited in Hanucharurnkul 1988:128) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าแพทย์ไม่ใช่บุคคลที่มีเวลารับฟังปัญหาต่างๆ แต่จะเป็นผู้ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา

Copyright by Mahidol University

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากการศึกษาในครั้งนี้ค่อนข้างต่ำเล็กน้อย (M=73.75,SD=10.69,skewness=0.25) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมาก และระยะเวลาการเป็นโรค 2 ปี มีอาการของโรคไม่รุนแรงทำให้ยอมรับในความเจ็บป่วย และจากการที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ และมีโอกาสได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel 1984: 169-171) ซึ่งต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด (M=81.98,SD=12.26,n=90) ซึ่งใช้แบบวัดเดียวกัน (จุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย 2536)

จากการวิเคราะห์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคสูงสุด รองลงมาคือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ และด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ซึ่งคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะลักษณะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นผู้ป่วยไม่สามารถทำนายโอกาสเกิดการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจได้เมื่อโรครุนแรงขึ้น จึงรู้สึกคลุมเครือในความเจ็บป่วยไม่สามารถประเมินแบบแผนอาการแสดงได้ชัดเจน ผู้ป่วยหลายรายที่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ยังบอกว่า ทำนายอาการของโรคที่จะเกิดในวันต่อๆไปไม่ได้ เพราะไม่รู้ว่าเมื่อไหร่จะมีอาการเจ็บหน้าอกอีก ส่วนใหญ่จะคิดว่าในอนาคตโรคจะเลวลงมากกว่าจะดีขึ้นจึงทำให้คะแนนด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคและด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูง ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการดูแลรักษาจากแพทย์ไม่เปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของเวบสเตอร์และคริสแมน (Webster & Christman 1988: 388-389)

Copyright by Mahidol University

การปรับตัว

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนการปรับตัวค่อนไปทางสูงเล็กน้อย (M=68.36,SD=14.30,skewness=-.19) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนอาชีพการงาน ลดเป้าหมายหรือให้ความสำคัญของการทำงานน้อยลง ลดการมีกิจกรรมต่างๆ และการมีสัมพันธภาพทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของมิคคัส (Mickus 1986: 379-380) และการศึกษาของศิริอร สินธุ (2526) โดยจะเห็นว่าคะแนนการปรับตัวในด้านการทำหน้าที่ทางสังคมต่ำสุด (M=2.08,SD=.05)ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพสูงที่สุด(M=2.33,SD=.35) รองลงมาคือด้านขวัญและกำลังใจ (M=2.13, SD=.63) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลเอาใจใส่ตนเอง สามารถปรับกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก คอยระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่นท้องผูก หลีกเลี่ยงการเสียอารมณ์ต่างๆ พยายามควบคุมอารมณ์ตนเองด้วยวิธีการต่างๆ นอกจากนั้นการได้รับความรัก ความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักและยังมีคุณค่า จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยใน 2 ด้านนี้สูง

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคม (r=-.30,p<.01) นั่นคือผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ป่วยที่สูงอายุ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอายุน้อยยังมีการทำงานพบปะติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มสังคมอื่นนอกเหนือจากกลุ่มครอบครัว เช่น เพื่อนร่วมงาน ทำให้มีโอกาสได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำ คำปรึกษา การเงินมากกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การงานที่รับผิดชอบ มีกลุ่มสังคมเล็กลง และมักอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ นาครัตน์ (2533) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ และการศึกษาของเบริคฮาด (Burkhardt 1985: 11-16) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ ซึ่งพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับแรงสนับสนุนทางสังคมในทางลบเช่นกัน

Copyright by Mahidol University

สภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม (r=.19,p<.05) จากตัวแปรหุ่น 1=มีคู่ 0=ไม่มีคู่ แสดงว่าผู้ที่มีคู่รับรู้การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีคู่สมรสจะได้รับความรักความเข้าใจ สนใจเอาใจใส่ในด้านต่างๆจากคู่สมรส สามารถปรับทุกข์ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Thoit 1982 cited in Wortman 1984) ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการงานวิจัยของหลายๆท่านที่ผ่านมา(Hanucharurnkul 1988 : 101-103; Hubbard P,Muhlenkamp,A.F.& Brown,N.1984: 266-269)

รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม (r=.36,p<.001; r=.26,p<.05 ตามลำดับ)แสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนยิ่งมาก มีระดับการศึกษาสูง จะยิ่งมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงมักมีการศึกษาที่ดีสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ รวมทั้งสามารถแสวงหาความช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆได้ดีกว่า เข้าใจการวินิจฉัยของแพทย์ และทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Bloom 1988:1336) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต หนุเจริญกุลและประคอง อินทรสมบัติ (2531) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาซึ่งพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในทิศทางลบ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.15, p=.09) ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับการวินิจฉัยโรคมานาน (M=5.8 ปี, Mode=2 ปี) ส่วนใหญ่โรคไม่รุนแรง การพยากรณ์โรคดี ผู้ป่วยสามารถปรับกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองสามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง จึงทำให้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Copyright by Mahidol University

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.24,p<.05) และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.19,p<.05) นั่นก็คือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง มีความเข้าใจข้อมูล รับรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จึงสามารถให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองเผชิญได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel 1988:227) ส่วนความรุนแรงของโรค ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประเมินแบบแผนอาการแสดงได้ตรงหรือชัดเจน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของหลายๆท่านที่ศึกษาไว้(สมจิต หนุเจริญกุลและคณะ 2534;Christman 1990;Christman et al. 1988; Mishel & Braden 1987;Mishel 1988;Webster & Christman 1988)

นอกจากนั้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ในทางลบกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r=-.19,p<.05) และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (r=.34, p<.01) เนื่องจากบุคคลที่มีรายได้สูงมักเป็นบุคคลที่มีการศึกษาสูง ซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และบุคคลที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมาก ไม่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต เช่นอาหาร ความเป็นอยู่ การดำรงชีพอยู่แล้ว ย่อมไม่สามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อดำรงสุขภาพได้ ซึ่งทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยิ่งสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้จะพบความสัมพันธ์ดังกล่าวมาแล้วแต่ความสัมพันธ์นั้นมีขนาดต่ำมาก เมื่อนำตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรคเข้าสมการเพื่อทดสอบเส้นทางความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จึงมีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ร้อยละ 5.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Copyright by Mahidol University

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปรับตัว

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ26

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางลบกับการปรับตัว($r=-.40, p<.001$)และเป็นตัวแปรแรกที่ถูกเลือกเข้าสู่สมการทำนาย สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ดีที่สุด คือร้อยละ 16.3 นั่นคือบุคคลที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีความรู้สึกเศร้าเกี่ยวกับอนาคต คาดหวังอนาคตไปทางลบ แรงจูงใจที่จะกระทำหรือปฏิบัติลดลง มีแนวโน้มในการปรับตัวได้น้อยลง(Mishel et al. 1984:295)สอดคล้องกับการศึกษาของหลายๆท่าน คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง จะทำให้มีอารมณ์เครียดสูง ภาวะทุกข์มาก จะยิ่งมีปัญหาในการปรับตัวมาก (Christman 1990; Christman et al.1988; Mishel et al.1984; Webster & Christman 1988)

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางบวกกับการปรับตัว($r=.40, p<.001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อถูกเลือกเข้าสมการทำนายหลังความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แสดงว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูลด้วยตนเองได้มากกว่าเช่นการอ่านตำรา เอกสาร สามารถไตร่ตรองอย่างมีเหตุผล และนำสิ่งที่ได้รับรู้มาประยุกต์ในสภาพการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม จึงสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจาโลวิสและเพาเวอร์(Jalowiec & Powers 1981) และของบลูม (Bloom 1982: 1335-1336)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.02, p=.44$) ซึ่งอาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรคมานาน จึงมีประสบการณ์เรียนรู้ ทำให้ผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่จะทำให้เกิดความเครียดในระดับปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงไม่ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะเป็นตัวดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวได้เอง

Copyright by Mahidol University

ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัว ซึ่งสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวของมิเชล (Mishel 1988: 231,1990: 257) ที่เสนอว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการแปลความหมายได้ตรง ชัดเจนและถูกต้อง สามารถแปลความหมายของอาการแสดงได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า จึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

นอกจากนั้น ผลการศึกษายังพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ในทางลบกับ การปรับตัว ($r=-.31, p<.01$) อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย มีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพ เนื่องจากยังมีบทบาทรับผิดชอบในอาชีพการงานและครอบครัว จึงมีการปรับตัวที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากซึ่งมักจะปลงตกต่อชีวิต

ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ($r=-.05, p=.32$)ซึ่งอาจเนื่องจากการตัดสินความรุนแรงของโรคนั้น ใช้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย ซึ่งจะเห็นว่าระยะเวลาผ่านไปค่อนข้างนานส่วนใหญ่มากกว่า 2ปี ในระหว่างนั้นผู้ป่วยแต่ละคนมีการปรับเปลี่ยนบทบาทและกิจกรรมต่างๆมาตลอดตามความสามารถและศักยภาพในด้านอื่นๆเช่น ความเชื่อในทางที่ดี มีความหวัง มีทักษะในการแก้ปัญหารู้จักใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแสวงหาความรู้และข้อมูลต่างๆ มีทักษะทางด้านสังคมสามารถติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่จะช่วยเอื้ออำนวยในการแก้ปัญหาต่างๆ (สมจิต หนุเจริญกุล 2534: 113)ของแต่ละบุคคล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะเกี่ยวข้องกับการปรับตัวมากกว่าความรุนแรงของโรค

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปรับตัว ($r=.39, p<.001$) และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัว ($r=-.40, p<.001$)จากการที่บุคคลมีรายได้สูงมีโอกาสเลือกแหล่งบริการทางสังคมได้มากกว่าสามารถแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี ไม่ต้องไปคอยพะวงกับปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะการเป็นโรคนานปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จึงทำให้มีปัญหาในค่าใช้จ่ายลดลง

Copyright by Mahidol University

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย สนับสนุนแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1988, 1990) แม้ว่าความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การปรับตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม อาจเนื่องจากปัจจัยอื่นๆเช่น ระยะเวลาที่ผ่านไป ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย นอกจากนั้นพบว่ามีเพียงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และระดับการศึกษาเท่านั้น ที่สามารถทำนายและอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เพียง ร้อยละ 26 และตัวแปรทั้ง2 มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัว สำหรับระดับการศึกษายังพบว่ามีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอีกด้วย จากข้อมูลเชิงคุณภาพจะเห็นว่า ผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสิน และปรับกิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนด้วยตนเอง จึงพบว่าความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโดยรวมค่อนข้างดี และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1.ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (Internal Validity) ของงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1.1 ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่เกิดขึ้นได้ จากตัวผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยในการอ่าน และอธิบายข้อคำถามที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจ และความสม่ำเสมอในการอธิบายข้อคำถามแต่ละช่วงของการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเกิดความชำนาญในการใช้แบบสอบถาม

1.2 ในการสัมภาษณ์วัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการที่จะคิดและตัดสินใจเลือกตอบนาน (ประมาณ 10-15 นาที) อาจทำให้ผู้ป่วยเครียดและขาดความตั้งใจที่จะฟังและตอบ ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่าความเที่ยงของแบบวัดนี้ต่ำกว่าเครื่องมืออื่นๆ (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .78)

1.3 ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความคงที่ของสภาพการณ์ ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายนำแบบสอบถามกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งอาจมีผลต่อคำตอบได้

Copyright by Mahidol University

2.ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (External validity) ของงานวิจัยในครั้งนี้ คือผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่ำเป็นส่วนใหญ่ จึงเป็นผู้ที่รอดชีวิตหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนผู้ป่วยที่เป็นรุนแรงอาจถึงแก่กรรมไปแล้ว กอร์ปกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสนใจดูแลสุขภาพของตนเป็นอย่างดีอยู่แล้ว มีการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มอื่นได้ นอกจากนั้นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ยังมีโครงการวิจัยอื่นที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาล และติดตามผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 เดือน จึงมีการคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มนี้ออกเพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อนกันอีกด้วย

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และความสามารถของปัจจัยดังกล่าว ในการทำนายการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1988; 1990) เป็นแนวทาง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาติดตามการรักษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2535 จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 2) มีการรับรู้และมีสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้ 3) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกได้เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุเฉลี่ย 61.13 ปี ส่วนมากสถานภาพคู่ มีถึงร้อยละ 20 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระดับ 2,000-6,000 บาทและมากกว่า 20,000 บาท ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ระยะเวลาของการเป็นโรค 2 ปี โดยมีความรุนแรงของโรคต่ำและผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์มีเพียง 80 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมของเดอโรเกติส (Derogatis 1986) และสร้างขึ้นในบางส่วน เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ในการวิจัยครั้งนี้หาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ .87 3) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990) ที่แปลโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงปรับข้อความเหลือ 26 ข้อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า เท่ากับ .78 4) แบบวัด

Copyright© by Mahidol University

แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงและแปลมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนุเจริญกุล (Hanucharurnkul 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer, et al. 1981) หลังจากปรับข้อคำถามแล้ว ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และ หาความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ.86 5) แบบวัดความรุนแรงของโรคผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากดัชนีพยากรณ์โรคโคโรนารีของพีลและคณะ (Pell,et al.1962) ตรวจสอบความตรงและครอบคลุมเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลทางอายุรกรรมอีก 4 ท่าน ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยจะเป็นคนเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำ ในขณะที่มีคะแนนการปรับตัวค่อนไปทางสูงเล็กน้อย โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 29-97 คะแนน ค่าเฉลี่ย 68.36 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-99 คะแนน ในการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางในทางลบกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญยิ่ง (r=-.40,p<.001)ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.24,p<.05) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=.19,p<.05) สำหรับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรุนแรงของโรค (r=-.25,p<.05)จากตัวแปรหุ่น 0=หญิง 1=ชาย แสดงว่าผู้ป่วยเพศหญิงมีความรุนแรงของโรคสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.30,p<.01; r=-.31, p<.01 ตามลำดับ) คือผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นและสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.19,p<.05) จากตัวแปรหุ่น 0=ไม่มีคู่ 1=มีคู่ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคู่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ไม่มีคู่

Copyright by Mahidol University

ฐานะทางสังคม พบว่ารายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญยิ่ง(r=.36,p<001 และ r=.39 p<.001ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-.19,p<.05) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ยิ่งมาก จะมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ และปรับตัวได้ดีขึ้น ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรุนแรงของโรคและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.29,p<.01และ r=.34,p<.01ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญยิ่ง (r=-.40,p<.001) นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคสูง มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายมาก มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง และสามารถปรับตัวได้น้อยลง

ตัวแปรที่สามารถทำนายการปรับตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ คือความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ร้อยละ 26 นอกจากนั้นยังพบว่าทั้งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัว และระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อการปรับตัวโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1988,1990)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัว และระดับการศึกษามีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ดังนี้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายควรจะทราบและเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวดังกล่าวมาแล้ว มีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยการช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งหนทางหนึ่งก็คือ การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ตลอดจนวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งครอบครัว บุคคลใกล้ชิดอย่างมีระบบ ตั้งแต่ในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในระยะหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว มีการติด

Copyright by Mahidol University

ตามสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้นในระยะยาว นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อย ควรให้ความสนใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษและจะต้องปรับปรุงวิธีการให้ข้อมูล และให้โอกาสผู้ป่วยในการซักถามมากขึ้น

2.ด้านการวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาผลการให้ความรู้ในการดูแลตนเองและติดตาม สนับสนุนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมาติดตามการรักษา เป็นระยะๆโดยเฉพาะในระยะ 1-2 เดือนแรกหลังออกจากโรงพยาบาล นอกจากนั้นการทำวิจัยซ้ำในสถาบันอื่นๆจะช่วยให้ผลการวิจัยที่ได้ไปสรุปอ้างอิงถึงประชากรโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

เกษม วัฒนชัย และคณะ. " การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน." วารสารโรคหัวใจ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2531.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

ประสบสุข ศรีแสนปาง. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2535.

พรพิศ ชีวะคำนวน. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2535.

มณฑา ลิ้มทองกุล. ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญกับปัญหาในขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2535.

Copyright by Mahidol University

มุกดา คุณาวัฒน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความพร่องในการดูแลตนเอง และการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาลอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์. "ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน" ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 1 สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พาณิชย์และพันธุ์พิษณ์ สาครพันธ์ บรรณาธิการ กรุงเทพ: โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น 2524 หน้า 302 – 321.

ยุวดี ฤาชาและคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กทม.: วิคตอรี่เพาเวอพอยท์ จำกัด, 2532.

วราภรณ์ นาครัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2533.

วิมลวัลย์ วโรฟาร.การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ศิริชัย พงษ์วิชัย. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 2,กทม.: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

ศิริอร สินธุ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2526.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย". วารสารโรคหัวใจ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2531): 1

สมจิต หนุเจริญกุล." ความเครียดกับการดูแลตนเอง." ใน การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล. หน้า 93-125 สมจิต หนุเจริญกุล, บรรณาธิการ กทม: บริษัทวิศิฏสิน จำกัด, 2534.

_____."การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน"ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2.หน้า 85-103 สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดวี.เจ.พริ้นติ้ง, 2536.

Copyright by Mahidol University

สมจิต หนุเจริญกุลและประคอง อินทรสมบัติ."ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การเผชิญกับโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา" วารสารพยาบาล ปีที่ 37 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531): 222-236.

สมจิต หนุเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์และทิพาพร วงศ์หงษ์กุล."ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บปวยในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษา"วารสารพยาบาล ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2534): 11-26

สุชา จันทร์เอมและสุรางค์ จันทร์เอม. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2 กทม.: โรงพิมพ์แพร่พิทยาอินเตอร์เนชั่นแนล หจก. 2521.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค.แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สถิติสาธารณสุข 2532 กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กทม :โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2534.

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์.ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2531.

Abram, Harry S. "The Psychology of Chronic Illness." Journal of Chronic Disease. 25 (December 1972): 659-664.

Bloom, Joan R. "Social Support, Accommodation to Stress and Adjustment to breast cancer." Social Science Medicine. 16 (1982): 1329-1338.

Briody, M.E."The Role of the Nurse in Modification of Cardiac Risk Factor"The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984):387.

Burckhardt,Carols. "The Impact of Arthritis on Quality of Life" Nursing Research. 34(January-February 1985): 11-16.

Bush, Karen D. and Gallo, Barbara M."Emotional Response to Illness." Critical Care Nursing. edited by Carolyn M. Hudek. et al. Philadelphia: JB. Lippincott Co., 1982.

Copyright by Mahidol University

Cassem, Ned H. and Hackett, Thomas P. "Psychological Aspects of Myocardial Infarction." Medical Clinics of North America. 61 (July 1977) 711-721.

Caplan, G. Support Systems and Community Mental Health. New York: Behavioral Publications., 1974.

Christman, Norma J. et al. "Uncertainty, Coping, and Distress Following Myocardial Infarction: Transition from hospital to home." Research in Nursing & Health. 11(1988): 71-82.

Cobb, S. "Social Support as a Moderate of Life Stress." Psychosomatic Medicine.38(September-October 1976):300-310.

Cohen, S. and Wills, T.A. "Stress, Social Support and Buffering Hypothesis." Psychological Bullentine. 98(September 1985) : 310-357.

Coyne, J.C. and Delogis, A." Going Beyond Social Support the Role of Social Relationship in Adaptation." Journal of Consulting and Clinical Psychology.54(June 1986):454-460.

Cunningham,Susanna. "The Epidemiologic Basis of Coronary Disease Prevention".Nursing Clinics of North America. 27(March 1992): 165.

Derogatis,L.R."The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)" Journal of Psychosocial Research. 30(1986): 77-91.

Doerhman, S.R. " Psychosocial aspects of recovery from coronary heart disease: A review." Social Science and Medicine. 11(1977): 199-218.

Dudley, D.L. et al. " Psychosocial Concomitants to rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary disease: Part 1 Psycho social and Psychological Considerations." Chest. 77(March 1980): 413-419.

Garrity, T.F. and Klein, R.F. "Emotional response and Clinical severity as early determinants of six-month mortality after myocardial infarction."Heart & Lung.4(1975):730-737.

Copyright by Mahidol University

Gore, S. "The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment." Journal of Health and Social behavior. 19(June 1978): 157-165.

Grey, Margaret;Cameron,Mary Emily and Thurber,Frances W."Coping and Adaptation in Children with Diabetes"Nursing Research. 40(May/June 1991).

Hanucharurnkul, S. "Self Care, Social Support and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand." Doctoral Dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI. 1988.

Hubbard, P., Muhlenkamp, A.F. and Brown, N. "The Relationship between Social Support and Self Care Practices. " Nursing Research. 33(September-October 1984): 266-269.

Jalowiec,A. & Power,M.J." Stress and Coping in Hypertention and Emergency Room Patients" Nursing Research. 30(January-February 1981):10-15.

Johnson,J.E,Christman,N.J.& Stitt,C.Personal control interventions :Short-and Long-Term effects on surgical patient."Research in Nursing and Health. 8(1985): 131-145.

Johnson, Joy L. and Morse, Janice M. " Regaining control: The Process of adjustment after myocardial infarction. " Heart & Lung. 19 (March 1990): 126-35.

Krantz, D. S. " Cognitive processes and recovery from heart attack: A review and theoretical analysis." Journal of Human Stress. 6 (1980): 27-38.

Kyes, Joan J. and Hofling,Charles K. Basic Psychiatric Concepts in Nursing. 4 th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1980.

Lazarus,R.S. & Folkman,S. Stress,Appraisal and coping. New York: Spring publishing Company,1984.

Copyright by Mahidol University

Lin, N., et al. " Social Support, Stressful Life Events and Illness: A Model and Empirical Test." Journal of Health and Social Behavior, 20(June 1979): 108-119.

Luckmann, J. and Sorensen, K.C. Medical-Surgical Nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1987.

McCough,K. N." Assessing Social Support of People with AIDS" Oncology Nursing Forum. 17(1990):31-35.

McNett, S.C. " Responses and Effectiveness In the Functionally Disabled." Nursing Research. 36(1987): 98-103.

Mickus, D."Activities of Daily Living in Women after MI"Heart & Lung.15(July 1986):376-381.

Mishel, Merle H. " The Measurement of Uncertainty in Illness". Nursing Research. 30(September/October 1981):258-263.

_____. "Perceived Uncertainty and Stress in Illness" Research in Nursing and Health. 7(1984):163-171.

_____. "Uncertainty in Illness." Image. 20, (Winter 1988): 225-232.

_____. " Reconceptualization of the Uncertainty in Illness Theory." Image. 22 (Winter 1990)

Mishel, Merle H. and Braden, Carrie Jo. "Uncertainty A Mediator Between Support and Adjustment." Western Journal of Nursing Research. 9 (1987): 43-57.

_____. "Finding Meaning:Antecedents of Uncertainty in Illness" Nursing Research. 37(March/April 1988):98-103.

Mishel, M.H., et al. " Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with Gynaecological Cancer." Cancer Nursing. (August 1984): 291-299.

Morrow, G.R., Chiarello, R.J. and Derogatis, L.R. "A new scale for assessing patients'psychosocial adjustment to medical illness."Psychological Medicine. 8(1978): 605-610.

Copyright by Mahidol University

Muhlenkamp, A.F. and Sayles, J.A. "Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practice." Nursing Research. 35 (November-December 1986): 334-338.

Mullen, P.D. " Cutting back after a heart attack: A overview." Health Education Monographs. 6(1978): 295-311.

Norbeck,J.S. "Social Support: A Model for Clinical Research and Application." Advances in Nursing Science. (July 1981): 43-58.

Nuckolls, K.B., Cassel, J: and Kaplan, B.H. "Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnances. " American Journal of Epidemiology. 95(May 1972): 431-441.

Obier, D., MacPherson, M. and Haywood, L.J. "Predictive value of psychosocial profiles following acute myocardial infarction. " Journal of the National Medical Association. 69 (1977): 59-61.

Osberg, J. S. et al." Predicting Long-Term Outcome among Post Rehabilitation Stroke Patient"American Journal of Physical Medicine& Rehabilitation. 67(June1988):94-103.

Peel, A.A., Semple, T., Wang, I., Lancaster, W.M.,and Dall,J.L. "A Coronary Prognostic Index For Grading the Severity of Infarction"British Heart Journal. 24(1962): 745-760.

Pinneo, R. "Living with Coronary Artery Disease:The Nurse's Role" The Nursing Clinic of North America.19 (September1984): 459-467.

Polit, D.F. and Hungler, B.P. Nursing Research: Principles and Methods 3rd ed, Philadelphia:J.B.Lippincott Co.,1987.

Pilock, S.E. "Human Responses to Chronic Illness: Physiologic and Psychosocial Adaptation." Nursing Research. 35(March-April 1986): 90-95.

Copyright by Mahidol University

Primmo,J., Yates,B.C. and Woods,N.F. "Social Support for Women during Chronic Illness:The Relationship among Sourses and Types to Adjustment". Research in Nursing and health. 13 (1990): 153-161.

Rankin, S.H. "Psychosocial Adjustment of Coronary Artery Disease Patients and their spouses:Nursing Implication"The Nursing Clinic of North America. 27(March 1992):271-282.

Redeker,Nancy S. "The Relationship between Uncertainty and Coping after CABS. " Western Journal of Nursing Research. 14 (1992): 48-49.

Shaefer, C., Coyne, J.C. and Lazarus, R.S. " The Health Related Functions of Social Support." Journal of Behavioral Medicine. 4(1981).

Shanfield, Stephen B. " Return to work after an acute myocardial infarction: A review " Heart & Lung. 19 (March 1990): 109-17.

Shekleton,M.E."Coping with Chronic Respiratory Difficulty" The Nursing Clinic of North America.22(September 1987):569-581.

Stern, M.J., Pascale,L., and Ackerman, A. " Life adjustment post myocardial infarction, determining predictive variables." Archives of Internal Medicine. 137(1977): 1680-1685.

Tilden, V.P. " Issues of Conceptualization and measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory." Research in Nursing and Health. 8(June 1985): 199-206.

Webster, Kay K. and Christman, Norma J. " Perceived Uncertainty and Coping Post Myocardial Infarction."Western Journal of Nursing Research. 10 (1988): 384-400.

Wenger, N. K. & Hellerstein, H.K. Rehabilitation of the Coronary Patient. New York: John Wiley & Sons.(1984):8.

Copyright by Mahidol University

Wenger N.K.,et al." Uncomplicated Myocardial infarction, Current physician practice in patient management. " JAMA. 224 (1973): 511.

Wortman, C.B. " Social Support and the Cancer Patient: Conceptual and Methodologic Issues." Cancer. (May 1984):2339-2357.

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองตลอดจนหัวข้อในการทำวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ดังนี้

"สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สนใจที่จะศึกษาถึงการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และปัจจัยที่จะทำนายถึงการปรับตัว เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลที่จะช่วยส่งเสริม ให้ผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวได้เหมาะสม จึงขอความร่วมมือจากคุณ.....ในการตอบแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 4 ชุด ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้ ดิฉันจะเก็บไว้เป็นความลับ การตัดสินที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิทธิของคุณทั้งหมดและในขณะที่คุณตอบแบบสอบถาม ถ้าหากคุณไม่ยินดีที่จะตอบแบบสอบถามต่อไป คุณก็มีสิทธิที่จะปฏิเสธได้ จะไม่มีผลต่อการบริการที่คุณได้รับ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าคุณได้เข้าร่วมหรือไม่"

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย

ผู้ป่วยลำดับที่ ..... ☐☐

H.N. ..... ☐☐☐☐☐☐

วัน/เดือน/พศ. ..... ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย O (วงกลม) ล้อมรอบหัวข้อหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ ☐
   1) ชาย
   2) หญิง
2. อายุ .....ปี ☐☐
3. สถานภาพสมรส ☐
   1) โสด
   2) คู่
   3) หม้าย หย่า แยก
4. ศาสนา ☐
   1) พุทธ
   2) อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. การปฏิบัติทางกิจศาสนา (โปรดระบุ).....
6. ระดับการศึกษา ☐
   1) ไม่ได้เรียน
   2) ประถมศึกษา
   3) มัธยมศึกษา
   4) ประกาศนียบัตร หรือ อนุปริญญา
   5) ปริญญาตรี
   6) สูงกว่าปริญญาตรี
   7) อื่นๆ โปรดระบุ .....

Copyright by Mahidol University

7. อาชีพ □

1) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
2) ค้าขาย
3) รับจ้าง
4) ไม่ได้ทำงาน
5) ธุรกิจส่วนตัว
6) แม่บ้าน
7) ข้าราชการบำนาญ

8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน □

1) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 2,000 บาท
2) 2,001-6,000 บาท
3) 6,001-10,000 บาท
4) 10,001-14,000 บาท
5) 14,001-18,000 บาท
6) 18,001-20,000 บาท
7) มากกว่า 20,000 บาท

9. วิธีชำระค่าตรวจรักษา □

1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้
2) ชำระค่าตรวจรักษาเอง
3) สังคมสงเคราะห์
4) อื่นๆ โปรดระบุ

10. ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย □

1) ไม่มีปัญหา
2) มีปัญหาเล็กน้อย
3) มีปัญหาปานกลาง
4) มีปัญหามาก

11. ระยะเวลาของการเป็นโรค.....

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ค

แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยคนที่..... □□□

H.N..... □□□□□□□

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... □□ □□ □□□□

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นแบบวัดการปรับตัวของท่านใน 3 ด้านได้แก่ ด้านทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญกำลังใจ และด้านภาวะสุขภาพโดยตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านเอง และทำเครื่องหมาย (วงกลม) ล้อมรอบหัวข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ด้านที่ 1 การทำหน้าที่ทางสังคม

1.1 อาชีพการงาน

1. การเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นปัญหาต่อการทำงาน (หรือทำงานบ้าน) ของท่านหรือไม่
   - ก) ไม่มีปัญหา
   - ข) มีปัญหาบ้างเล็กน้อย
   - ค) ทำให้เกิดปัญหามากพอควร
   - ง) การเจ็บป่วยทำให้ฉันทำงานไม่ได้เลย

.
.
.
.

6. ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านสังเกตว่า ท่านกับผู้ร่วมงานหรือคนในบ้านมีการถกเถียง หรือมีปัญหาเข้ากันไม่ได้บ้างหรือไม่
   - ก) เกิดปัญหาอย่างมาก
   - ข) เกิดปัญหาพอควร
   - ค) เกิดปัญหาเล็กน้อย
   - ง) ไม่เกิดปัญหาเลย

Copyright by Mahidol University

1.2 สภาพแวดล้อมในสังคม

7. ท่านยังคงให้ความสนใจกับการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก เหมือนที่เคยทำก่อนเจ็บป่วยหรือไม่ (เช่น ชมรายการโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ อ่านหนังสือ เป็นต้น)

ก) มีความสนใจเหมือนเดิม

ข) มีความสนใจลดลงจากเดิมเล็กน้อย

ค) มีความสนใจลดลงจากเดิมมาก

ง) ความสนใจเหลือน้อยหรือไม่มีเลย

12. ท่านยังคงร่วมในกิจกรรมต่างๆกับเพื่อนๆ ดังที่เคยทำก่อนเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด

ก) การร่วมกิจกรรมมีน้อย หรือไม่มีเลย

ข) การร่วมกิจกรรมลดลงมาก

ค) การร่วมกิจกรรมลดลงเล็กน้อย

ง) การร่วมกิจกรรมเหมือนเดิม

1.3 สัมพันธภาพทางเพศ

13. โดยทั่วไปความเจ็บป่วยจากโรคหัวใจ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในความรักใคร่ผูกพันกับคู่รัก หรือคู่สมรสได้ ท่านพบปัญหาดังกล่าวบ้างหรือไม่

ก) ความรักใคร่ผูกพันไม่เปลี่ยนแปลง

ข) ความรักใคร่ผูกพันลดลงเล็กน้อย

ค) ความรักใคร่ผูกพันลดลงมาก

ง) หมดความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน

18. บางครั้ง ความเจ็บป่วยทำให้ขัดขวางการมีความสัมพันธ์ทางเพศ จนเป็นเหตุให้เกิดการทะเลาะหรือมีปัญหากับคู่สมรส ท่านมีปัญหาเช่นนี้หรือไม่

ก) เกิดขึ้นเป็นประจำ

ข) เกิดขึ้นบ่อยๆ

ค) เกิดขึ้นเป็นบางครั้ง

ง) ไม่มีปัญหาเช่นนี้เลย

Copyright by Mahidol University

ด้านที่ 2 ขวัญและกำลังใจ

19. ในระยะนี้ ท่านเคยรู้สึกกลัว ตึงเครียด ตกใจง่าย หรือกังวลใจหรือไม่

ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
ค) รู้สึกมากพอควร
ง) รู้สึกอย่างมาก

25. ในระยะนี้ ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยทำให้รูปร่างหน้าตาท่านเปลี่ยนแปลงไป หรือมีเสน่ห์น้อยลงหรือไม่

ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
ค) รู้สึกมากพอควร
ง) รู้สึกอย่างมาก

ด้านที่ 3 ภาวะสุขภาพ

26. สุขภาพของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

ก) แย่ที่สุด
ข) แย่กว่าปกติ
ค) เหมือนปกติ
ง) ดีกว่าปกติ

33. หลังจากตื่นนอนในแต่ละวัน ท่านมีอาการอ่อนเพลียหรือไม่

ก) ไม่มีอาการอ่อนเพลีย สดชื่น กระปรี้กระเปร่าดี
ข) อ่อนเพลียเพียงเล็กน้อย
ค) อ่อนเพลียมากเป็นบางวัน
ง) อ่อนเพลียมากทุกวัน ไม่สดชื่นเลย

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยรายที่..... ☐☐☐

H.N..... ☐☐☐☐☐☐☐

วันที่...เดือน.....พ.ศ..... ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของท่านโปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง การใส่เครื่องหมายทำดังนี้

1. ถ้าท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่จริงให้ใส่เครื่องหมาย ✓ลง. ในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่าน ตามความมากน้อยของความเป็นจริงหรือไม่จริง
2. หากท่านไม่แน่ใจ ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่แน่ใจ

ตัวอย่าง :

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
ก. ฉันไม่รู้ว่าฉันชื่ออะไร					✓

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
ข. ฉันไม่สามารถทำงานหนักได้อีก			✓		

Copyright by Mahidol University

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันมีข้อสงสัยมากมายเกี่ยวกับโรคและการรักษา					
2. ฉันไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือเลวลง					
.					
.					
.					
.					
26. การวินิจฉัยโรคของฉันแน่นอนแล้วไม่เปลี่ยนแปลง					

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก จ

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยรายที่ _____ □□□

HN _____ □□□□□□□

วันที่ ___ เดือน _____ พ.ศ. ____ □□ □□ □□□□

คำชี้แจง

แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้ ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือที่ท่านได้รับจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่าง ๆ 3 กลุ่มได้แก่ **กลุ่มครอบครัว กลุ่มญาติและเพื่อน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ** ว่ามีมากน้อยเพียงใดในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งนี้ ขอให้ท่านพิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ว่า ท่านได้รับมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่องจากความช่วยเหลือใน 5 ระดับ คือ

ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด
ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก
ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง
ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย
ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย

ระดับความช่วยเหลือที่ให้ท่านเลือกนี้ ไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีอยู่คำตอบเดียวคือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ตัวอย่าง

1 ความช่วยเหลือจากกลุ่มครอบครัว ได้แก่ บิดา , มารดา , คู่สมรส , บุตร

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	✓				

Copyright by Mahidol University

แสดงว่าท่านได้รับความช่วยเหลือด้านคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวจากครอบครัวมากที่สุด

I ความช่วยเหลือจากกลุ่มครอบครัว

ได้แก่ บิดา , มารดา , คู่สมรส , บุตร

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

Copyright by Mahidol University

II ความช่วยเหลือจากกลุ่มญาติและเพื่อน

ได้แก่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

Copyright by Mahidol University

III ความช่วยเหลือจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ได้แก่ แพทย์ , พยาบาล , ผู้ช่วยพยาบาล

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เป็นประโยชน์					
2. ท่านได้รับความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุข					
.					
.					
.					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน					

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฉ

แบบวัดความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยคนที่.....

H.N.....

วันเดือนปีที่เก็บข้อมูล.....

วันเดือนปีที่เจ็บป่วย.....

	คะแนน		คะแนน
1. เพศและอายุ			
ชาย: 54 ปี หรือ ต่ำกว่า	0	หญิง: 64 ปี หรือ ต่ำกว่า	2
55-59 ปี	1	65 ปี หรือ มากกว่า	3
60-64 ปี	2		
65 ปี หรือ มากกว่า	3		

5.จังหวะการเต้นของหัวใจ	
normal sinus rhythm	0
มีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ 1 อย่าง หรือ มากกว่า : A.F., flutter, tachycardia, paroxysmal atrail tachycardia sinus tachycardia (rate 110 /min หรือมากกว่า)ที่เป็นอยู่นาน , frequent PVC	4
รวมคะแนน	

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ช

ตาราง ก. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=100)

ข้อความ	M	SD
กลุ่มครอบครัว		
1.คำแนะนำและการปฏิบัติตัว	2.07*	1.35
2.เอาใจใส่ในทุกข์สุข	2.83**	1.01
3.....	2.62	1.29
4.....	2.07*	1.53
5.....	2.09	1.53
กลุ่มญาติและเพื่อน		
1.คำแนะนำและการปฏิบัติตัว	1.35	1.31
2.เอาใจใส่ในทุกข์สุข	1.85**	1.34
3.....	1.78	1.27
4.....	1.01	1.37
5.....	0.90*	1.21
กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ		
1.คำแนะนำและการปฏิบัติตัว	2.99**	1.11
2.เอาใจใส่ในทุกข์สุข	2.42	1.30
3.....	2.11	1.41
4.....	0.33*	0.90
5.....	0.36	0.94

* ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ของแต่ละแหล่ง

** ค่าเฉลี่ยสูงสุด ของแต่ละแหล่ง

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ช

ตาราง ช. ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายข้อ (n=100)

ข้อความ	M	SD
1.ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา	3.09	1.29
2.....	2.97	1.09
3.....	3.23	1.15
4.ไม่เข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับโรคและอาการ	2.36	1.04
5.....	1.98	0.89
6.....	1.96	0.76
7.....	3.36	0.95
8.อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา	2.78	1.17
9.....	2.54	1.06
10.....	3.59	0.83
11.....	2.87	1.09
12.ไม่แน่ใจในการรักษาหรือยาที่ได้	2.50	1.05
13.....	3.23	1.20
14.....	3.09	1.09
15.....	2.57	1.06
16.ได้รับความคิดเห็นแตกต่างกัน	2.77	1.12
17.ไม่รู้แน่ชัดว่าต่อไปจะมีอะไรเกิดขึ้น	3.69**	0.94
18.....	3.10	1.11
19.....	3.39	1.07
20.การคาดการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	3.22	1.07
21.....	2.63	1.11
22.....	3.21	0.97
23.การรักษาที่ได้รับอยู่น่าจะได้ผล	1.88*	0.61
24.....	2.29	0.92
25.....	3.22	1.03
26.....	2.23	0.92

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ฌ

ตาราง ค. ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวรายข้อ (n=100)

ข้อความ	M	SD
ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม		
1.ปัญหาต่อการทำงาน	2.19	0.90
2.....	1.69	0.73
3.....	2.43	1.08
4.ความสำคัญของงาน	1.91	1.04
5.....	1.94	1.21
6.....	2.51	0.82
7.....	2.58	0.78
8.การทำกิจกรรม	2.07	0.99
9.....	2.06	1.17
10.....	1.96	1.16
11.....	2.31	0.97
12.การร่วมในกิจกรรม	1.94	1.00
13.....	2.54	0.85
14.....	1.39	1.11
15.การมีเพศสัมพันธ์ลดลง	1.09*	1.00
16.....	1.82	1.23
17.....	1.64	1.04
18.ปัญหากับคู่สมรส	2.69**	0.73
ด้านขวัญและกำลังใจ		
19.....	2.01	0.96
20.ความหมดหวังในชีวิต	2.28**	0.90
21.การควบคุมอารมณ์	1.96*	0.94
22.....	2.11	0.90
23.....	2.09	0.90
24.....	2.27	0.92
25.....	2.24	0.85

Copyright by Mahidol University

ตาราง ค. (ต่อ)

ข้อความ	M	SD
ด้านภาวะสุขภาพ		
26.ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป	1.83*	0.68
27.....	2.22	0.95
28.ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	2.68**	0.62
29.....	2.46	0.74
30.....	2.37	0.91
31.....	2.32	0.92
32.....	2.13	0.87
33.....	2.39	0.68

* ค่าเฉลี่ยต่ำสุดในแต่ละด้าน

** ค่าเฉลี่ยสูงสุดในแต่ละด้าน

27174

Copyright by Mahidol University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ค.บ.(พยาบาล),ค.ม.(บริหารการพยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พเยาว์ พูลเจริญ ค.บ.(พยาบาล), กศ.ม.(การแนะแนว)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

นางพัทยา ปั้นสุขสวัสดิ์ ค.บ.(พยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล วท.บ.(พยาบาล),M.S.N.(Medical Surgical Nursing),Ph.D.(Nursing)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์ นพ.สันต์ หัตถีรัตน์ พ.บ.,F.R.C.P.(C)
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธ์ภักดี วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์),วท.ม.(พยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University