

b 10688286

ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วย  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

EFFECT OF CONSTRUCTIVE ADAPTATION ACTIVITY ON HEALTH PERCEPTION  
AND ADAPTATION IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



ฉบับนี้จัดทำขึ้น

จาก

ผู้จัดทำวิทยานิพนธ์ น. มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการวิจัยระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 947-89943-0-9

สงวนลิขสิทธิ์

๑๗  
๑๗๑๑  
๒๕๓๙

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวใน

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



.....  
.....

วนิดา หาญคุณากุล

ผู้วิจัย

.....  
.....

พาวิดา อิบราฮิม, ค.บ.,

M.S.(Nsg. Service Adm.)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ วท.บ.(พยาบาล)

เกษรตินิยม, ค.ม.(สถิติการศึกษา), S.R.N., O.N.C.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

จากรุวรรณ ค.สถล, วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข),

สส.ม.(การแพทย์จิตภาพ)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....  
.....

.....  
..... (ฉบับนี้)

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ทัศนยา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวใน  
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 28 เมษายน 2540

.....  
.....

วนิดา หาญคุณกุล

ผู้วิจัย

.....  
.....

พาริดา อิบราฮิม ค.บ.,

M.S.(Nsg. Service Adm.)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

.....  
.....

ยุพิน จันทรีคคะ วท.บ.(พยาบาล),

ค.ม.(วิจัยการศึกษา)

วรรณิ สัตยวิวัฒน์ วท.บ.(พยาบาล)

เกียรตินิยม,ค.ม.(สถิติการศึกษา),S.R.N.,O.N.C.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

.....  
.....

สายพิน เกษมกิจวัฒนา ค.บ.,

วท.ม.(พยาบาล),พช.ค.

จรรุวรรณ ต.สกุล วท.บ.(พยาบาลสาธารณสุข),

สส.ม.(การแพทย์จิตภาพ)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
.....

.....  
.....

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ.,น.บ.,F.R.C.P.

ทัศนยา บุญทอง ค.บ.,

M.S., Ed.D.

คณบดี

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวนิตา หาญคนากุล

วัน เดือน ปีเกิด 8 พฤศจิกายน 2507

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี, พ.ศ.2527-2531:  
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง  
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2537-2539  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่)

ทุนการวิจัย China Medical Board of New York, Inc.  
จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ.2531-ปัจจุบัน: โรงพยาบาลพระรัตนราชธานี กรมการแพทย์  
กระทรวงสาธารณสุข  
ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการระดับ 5

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ฟาริดา อิบราฮิม รองศาสตราจารย์วรณี สัตยวิวัฒน์ และรองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ต.สกุล อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำและเสนอข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์พนิน จันทร์คคะ และรองศาสตราจารย์ สายพิณ เกษมกิจวัฒนา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ เครื่องมือในการทำวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคทรวงอกและ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ที่กรุณาอนุญาตให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในการทำวิจัย ขอกราบขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำการ เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ช่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ จน การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุมัติทุน China Medical Board of New York, Inc. เพื่อสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วน

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณไวยวิทย์ และคุณปราณี หาญคุณากุล ที่ได้ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่าน ที่กรุณา อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดวิชาความรู้ ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคน ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

วนิดา หาญคุณากุล

วิทยานิพนธ์ ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้วิจัย วินิตา หาญคุณากุล

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ฟาริดา อิบราฮิม M.S.

วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ ค.ม.

จารุวรรณ ต.สกุล สส.ม.

วันสำเร็จการศึกษา 28 เมษายน พ.ศ. 2540

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความทุกข์ทางกายจากภาวะของโรค และมีความทุกข์ทางใจจากความวิตกกังวลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวทั้งทางกาย จิต และสังคม การที่ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน โดยได้รับข้อมูลในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับภาวะของโรค ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตนกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวกับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในวันแรกและในวันที่ 7 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัว ภายหลังการทดลองทันที และ 2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งกายหลังการทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) แต่การปรับตัวโดยรวมภายหลังการทดลองทันทีของกลุ่มทดลอง ดี

กว่ากลุ่มควบคุม ( $P < .01$ ) ในขณะที่ทั้ง 2 กลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ )

การวิจัยครั้งนี้ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างแท้จริง จึงควรมีการวิจัยซ้ำ โดยควบคุมตัวแปรที่สำคัญบางตัว เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวผู้ป่วย ระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล และควรเพิ่มการวัดตัวแปรอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้



Thesis Title Effect of Constructive Adaptation Activity on Health perception and Adaptation in Myocardial Infarction Patients

Name Wanida Hankunakul

Degree Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Farida Ibrahim, M.S.

Wanee Satayawiwat, M.Ed.

Jaruwan T.Skul, M.S.W.

Date of Graduation 28 April B.E. 2540 (1997)

ABSTARCT

Patients with myocardial infarction, suffer from mental stress in addition to physical illness. Education on constructive adaptation by conversation with people having the same disease will facilitate the adaptation. The study on the effect of the education in patients with myocardial infarction was carried out in Nopparatrajathanee and Central Chest Hospital. Twenty patients were recruited in each control and experiment group. The latter received three sessions of education on constructive adaptation. The control group were advised by nurses in the routine way. Data were collected by direct questioning on days one and seven of hospitalization and again two weeks after discharge. Analyses on the differences in score on health perception and adaptation were done immediately after group process and two weeks after discharge by ANCOVA.

Results showed that health perception in both groups was not statistically different. However, adaptation in the study group was better than the control immediately after group process but the result was not sustained at two weeks after discharge.

It cannot be concluded, by this study, that education on constructive adaptation results in better health perception and adaptation after myocardial infarction. Further studies with better control on some variables may yield more conclusive results.



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	4
นิยามตัวแปร	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว	7
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ	15
การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	19
การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและ	26
การปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	43
การอภิปรายผล	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	57
ข้อเสนอแนะ	58
บรรณานุกรม	60
ภาคผนวก	68
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	69
ข. แบบฟอร์มการอธิบายเพื่อขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย	73
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
- แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	77
- แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ	78
- แบบสัมภาษณ์การปรับตัว	80
- แผนการสอน	83
- คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	87
ง. ตารางเปรียบเทียบโดยใช้ t-test	88

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระดับการทำหน้าที่ของหัวใจ	44
2	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์	47
3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองทันที และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์	48
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภายหลังการทดลองทันที และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม	49
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ภายหลังการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม	50
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัยและการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม	52

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล	14
3	แสดงกระบวนการของการรับรู้	15
4	แสดงขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย	41



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ และเป็นปัญหาใหญ่ของประชากรม์ทั่วโลก เนื่องจากมีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แต่ละปีจะมีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคนี้ประมาณ 1.5 ล้านคน และประมาณ 54,000 คน เสียชีวิต สำหรับในประเทศไทยนั้นสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งจัดเป็นอันดับที่ 2 รองจากอุบัติเหตุ แต่เป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยจากทุกโรค กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจล่าสุดในปี พ.ศ. 2536 มีจำนวน 33,989 ราย

จากข้อมูลดังกล่าว โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศไทยจึงได้รับความสนใจจากวงการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งยังได้พยายามคิดค้นหาวิธีช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ เช่นการทำผ่าตัดต่อหลอดเลือดที่ตีบตัน (Coronary bypass graft surgery) การขยายหลอดเลือดส่วนที่ตีบโดยใช้สายสวนหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) และการให้ยาละลายลิ่มเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Intracoronary thrombolysis) เป็นต้น ผลจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตอาจมีความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรค พบว่าผู้ป่วยจะเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก และจะเป็นมากขึ้นเมื่อออกกำลังกายหรือหัวใจทำงานมากขึ้น และมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวลต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความเครียดอาจมีผลทำให้การรับรู้ของบุคคลบิดเบือนได้ ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรม การแสดงออก (นิภา นิธยาสน 2523: 79) ซึ่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งเป็นด้านต่างๆ กล่าวคือ ด้านสรีรวิทยา ผลกระทบด้านร่างกายส่วนใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานโดยเฉพาะเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก บวม อ่อนเพลีย หลังจากเกิดการคุกคามด้วยโรคหัวใจพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 70 จะยังมีอาการแสดงทางร่างกายเกิดขึ้นอย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปี ทำให้เกิดความพิการหรือเป็นบุคคลไร้ความสามารถ และอาจเสียชีวิต (Runion 1985: 117) ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะแสดงออกถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไวต่อการทำงานของร่างกาย และมีปฏิริยามากกว่าปกติได้ ถึงแม้จะมีอาการเพียงเล็กน้อยก็ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกกังวลและกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำงาน

และค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นจากการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งกังวลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ความจำกัดด้านบทบาทหน้าที่ มักพบว่าการทำงานของผู้ป่วยลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำรงบทบาทหน้าที่ในการทำงาน อาจต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ บทบาทในครอบครัวและสังคม ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงในการพึ่งพา อาศัยบุคคลรอบข้างมากขึ้นเพื่อพึ่งพิง ในขณะที่สภาพของโรคที่เผชิญอยู่ บางรายมีความรู้สึกว่ ตนเองสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพา อาศัยผู้อื่นมากเกินไป และอาจแสดงออกโดยการบ่นถึงความเจ็บป่วยทางร่างกายมากกว่าสาเหตุ ของโรคที่เป็นอยู่ และสิ่งต้องการให้บุคคลในครอบครัวสนใจ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้น จาก พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดหมดความอดทน ออกจากอยู่ห่างๆ หรือแยกตัวออกไป

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ ถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้ประคับประคองและมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี ส่งผลให้สามารถฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจภายหลังเป็นโรครื้อกลับเนื้อหัวใจตายได้เหมาะสมซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไฉนพร ชื่นใจ เรื่อง (2536: 72) ว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของตนเองไปในทางที่ดีหรือบวก จะสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพจะ เป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลทำกิจกรรมใดๆ เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น

การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยโดยให้เทคนิค กระบวนการกลุ่มโดยนำผู้ป่วยที่มีปัญหาเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน มารวมกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และได้ร่วมอภิปรายถึงความรู้สึก ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน ในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของโทรเจน (Trojan 1989) ทำการสำรวจเกี่ยวกับประโยชน์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจากกลุ่มโรคต่างๆ 65 กลุ่ม พบ ว่ามากกว่าร้อยละ 90 เห็นว่าการเข้ากลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และจากการศึกษาของ เฮฟฟอนและคณะ (Heffon, et al. 1973: 831-839) พบว่าการสนับสนุนภายในกลุ่มมารดา ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวช่วยให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และมีความ สามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ไวส์ (Weiss 1974 cited in Brandt & Weinert 1981: 277-280) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้บุคคลได้รับแรงสนับสนุน ในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน ความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้เกิด ความรู้สึกมั่นคง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองและ บุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้ ผู้ป่วยเผชิญความเครียด รวมทั้งสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพิ่มพล ธรรมศิริ (2536:75) พบว่า การให้ความรู้ โดยใช้กระบวนการกลุ่มช่วยส่งเสริมให้

ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษามีการปรับตัวดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประดิษฐา สีนสว่าง (2538:83) พบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้าร่วมการ สันนิษฐานภายในกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสันนิษฐานภายในกลุ่ม จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบ แผนมาใช้กับผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจตาย โดยมีมุ่งหวังที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้เข้าใจตนเองและเข้าใจบุคคลอื่น สามารถร่วมกันแก้ไขปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งจะ ทำให้ผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจตายลดความวิตกกังวล และคลายความเครียดลง ซึ่งจะส่งผลต่อ การรับรู้และความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยได้เหมาะสมกับโรคที่เผชิญอยู่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจ ตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน และกลุ่มที่ได้รับการแนะนำตาม ปกติจากพยาบาลประจำการ

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน มี การรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ
2. ผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลมเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคลมเนื้อ หัวใจตาย ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาล โรคทรวงอก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลสามารถนำการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อเพิ่มความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม และเป็นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

#### ด้านการวิจัย

ผู้วิจัยอื่น ๆ นำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เพื่อศึกษาถึงผลของการปรับต่อในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

#### นิยามตัวแปร

การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน หมายถึง การใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่ม ในผู้ป่วยที่มีปัญหาเหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน จำนวน 5-8 คน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดในระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไข ในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง นำใจไว้วางใจ โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น และเชื่อมโยงคำพูด ความคิดของผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามข้อสงสัย พร้อมกับให้ความรู้เพิ่มเติม และให้คำแนะนำในโอกาสที่เหมาะสม

การแนะนำตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้ของพยาบาลประจำการ แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การปรับตัวอย่างมีแบบแผน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมการแสดงออก ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนเป็น 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ การปรับตัวอย่างมีแบบแผนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของรอย ความหมายของพฤติกรรมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน

1. พฤติกรรมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถของผู้ป่วยในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ได้แก่ ออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน น้ำและเกลือแร่ การรับรู้ความรู้สึกและการควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้ที่ผู้ป่วยมีต่อตนเอง อันเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ และการพบปะสังสรรค์กับผู้อื่นซึ่งประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสภาพร่างกายตนเอง ได้แก่ ขนาด รูปร่างหน้าตา ความสวยงาม สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ และภาวะสุขภาพ

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองในด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านปณิธาน ความคาดหวังในตนเอง ศีลธรรมจรรยาและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงบทบาทการเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และบทบาทการเป็นสมาชิกในกลุ่มสังคม

4. พฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่น ๆ หรือการให้ผู้อื่นได้พึ่งพา ตลอดจนพฤติกรรมการพึ่งพาตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979)

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ประสบการณ์ ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง

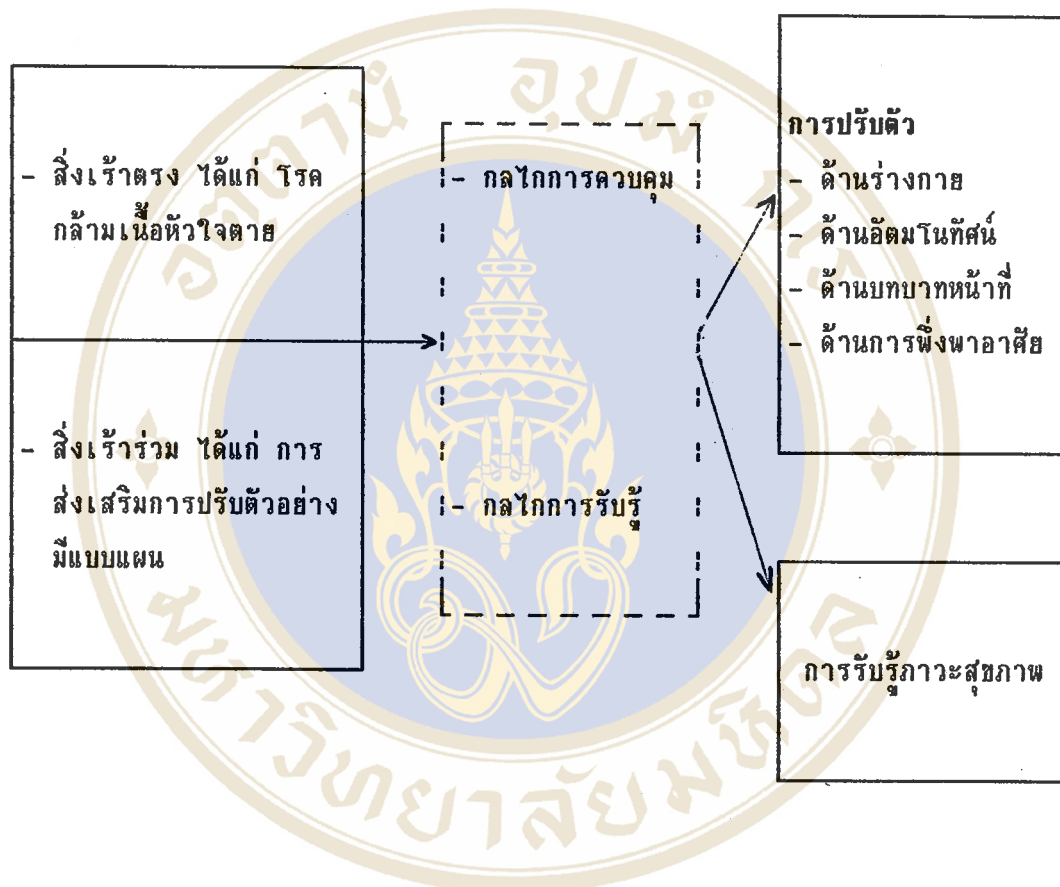
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน เป็นไปตามข้อมูลที่ได้รับในปัจจุบัน

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต

4. ความวิตกกังวลกับสุขภาพ

5. ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลกระทบจากความเจ็บป่วย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy)

## วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาตามลำดับดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

ในชีวิตปัจจุบันมนุษย์ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองหรือจากสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว สิ่งต่างๆ จะรบกวนภาวะสมดุลของบุคคลอาจก่อให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ปัญหาถือว่าการปรับตัวคืออะไร มีกระบวนการอย่างไร และต้องอาศัยปัจจัยอะไรบ้าง จึงได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้มากมายแตกต่างกันดังนี้

ละออ หุตางกูร (2534: 88) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร่องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามคุณภาพ หรือก่อสเตรส (stress) แก่ระบบ

ดิล (Dill 1964: 96 อ้างใน ละออ หุตางกูร 2534: 88) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญสิ่งแวดล้อม ส่วนซิกแมน (Sigman 1986: 36) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลคนเดียว กลุ่มบุคคลเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นภายในและภายนอก เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองต้องการ

ลาซาร์ส (ในนิภา นิธยาน 2523: 8-9) ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นกระบวนการ หรือวิถีการทางจิต ซึ่งมนุษย์ใช้ในการเผชิญกับแรงผลักดันภายนอก ทางด้านสภาพแวดล้อมและสังคม และแรงผลักดันภายในร่างกายซึ่งเกิดจากการเรียนรู้

จากความหมายดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกร่างกายและแสดงออกเป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดเพื่อรักษาคุณภาพของระบบบุคคล

### ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model)

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวโดยใช้ทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีระบบ (System Theory) ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน (Helson's Adaptation Level Theory) ปรัชญาที่ว่าด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (humanistic value) ทฤษฎีความเครียด และทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีทั้งหมดที่รอยนำมาใช้มุ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์และกิจกรรมภายในระบบย่อย (sub system) ของบุคคล โดยที่รอยเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องและต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในการทำงานประสานสัมพันธ์ของระบบย่อยๆ นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อ "ปรับ" (adapt) ให้คงภาวะสมดุล (homeostasis) หรือภาวะปกติ (steady state) ในระบบใหญ่ และตัวกระตุ้นที่ทำให้ต้องมีการปรับตัวในระบบนี้ก็คือสิ่งกระทบ (stressors) ต่างๆ อันเกิดจากมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ของระบบต่อสิ่งแวดล้อม (ทัศนศึกษา บทที่ 25: 3) จากแนวความคิดของทฤษฎีพื้นฐานดังกล่าว รอยได้นำมาประยุกต์และวางรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติการพยาบาล มุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว โดยใช้ชื่อว่า "The Adaptation Model" ซึ่งรู้จักกันในนามของ "The Roy Adaptation Model"

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นทฤษฎีที่มุ่งให้การช่วยเหลือบุคคลซึ่งมีปัญหาในการปรับตัว เมื่อมีเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต วิธีการช่วยเหลือจะใช้กระบวนการแก้ปัญหาเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ รอยได้อธิบายการปรับตัวว่า หมายถึงพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อปรับให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม รอยเชื่อว่าคนประกอบด้วย กาย จิต สังคม (man in a biopsychosocial being) เป็นหน่วยเดียวกันไม่อาจแบ่งแยกได้ (unified whole) ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามส่วนมีความสัมพันธ์ต่อกันและทำงานผสมผสานเป็นหน่วยเดียวกัน เพื่อคงภาวะปกติสุข หรือภาวะสุขภาพดี สาเหตุใดก็ตามที่มีผลต่อกาย จะส่งผลกระทบต่อจิต และสังคมด้วย ในทำนองเดียวกัน สิ่งใดก็ตามที่มีผลกระทบต่อจิต จะกระทบกายและสังคมด้วยเช่นกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องปรับตัวเพื่อความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัว จะมีความมั่นคงในชีวิต พฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็นได้คือ สุขภาพดี ขอมรับการเป็นจริง มีความพึงพอใจในชีวิต ส่วนผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว จะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ขอมรับการเป็นจริง เศร้าซึม เป็นต้น ซึ่งระบบการปรับตัวของบุคคลจะประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) สิ่งนำออก (output) กระบวนการควบคุม (control process) และกระบวนการป้อนกลับ (feedback mechanism) โดยมีรายละเอียด

ของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

### สิ่งนำเข้า (Input)

สิ่งนำเข้าระบบบุคคลซึ่งเป็นระบบเปิด อาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลก็ได้ สิ่งนำเข้าเปรียบเสมือนสิ่งเร้ากระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองโดยการปรับตัว ซึ่งรอสันเห็นว่า การที่บุคคลปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด ผลของการปรับตัวอาจทำให้บุคคลอยู่ในระดับใดระดับหนึ่งของภาวะสุขภาพ ซึ่งมีตั้งแต่ภาวะสุขภาพที่ด้อยจนกระทั่งภาวะสุขภาพที่ทรุดโทรมที่สุดและถึงแก่ความตาย นั่นคือการปรับตัวของบุคคล หน้าที่ระหว่าง"สิ่งเร้า"และ"ระดับการปรับตัว" ซึ่งเป็นสิ่งนำเข้าระบบบุคคล

1. สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้าภายในมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล เช่นภาวะกรดต่าง อณูภูมิของร่างกาย เป็นต้น สิ่งเร้าภายนอกมาจากสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบบุคคล อาจจะเป็นสิ่งเร้าทางกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลายอย่างรวมกัน รอสันได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 สิ่งเร้าโดยตรงหรือสิ่งเร้าเฉพาะ (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่บุคคลเผชิญอยู่โดยตรงมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด สิ่งเร้าตรงอย่างหนึ่ง อาจจะมีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 4 ด้าน ในการศึกษาครั้งนี้สิ่งเร้าตรงคือ การเจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ทั่วไปในสิ่งแวดล้อมนอกเหนือจากสิ่งเร้าโดยตรง และมีส่วนสนับสนุนสิ่งเร้าตรงนั้นในด้านที่ทำให้บุคคลปรับตัวได้หรือปรับตัวไม่ได้

1.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่เป็นลักษณะของบุคคลซึ่งเป็นที่อยู่ในขณะนั้น และมีความเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อการปรับตัวในสถานการณ์นั้นๆ เช่น เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม อุปนิสัยหรือบุคลิกเฉพาะตัวของบุคคล

เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรง อาจกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม ส่วนสิ่งเร้าร่วมอาจจะเป็นภูมิหลังและกลายเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมา (Roy 1986: 10)

2. ระดับการปรับตัว (Adaptation level) หมายถึง ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคล ที่จะตอบสนองในทางบวก หรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกนั้นขึ้นอยู่กับผลกระทบของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด ที่มีอยู่ขณะนั้น (Roy 1991: 10) ถ้าสิ่งเร้าอยู่ภายในขอบเขต บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ ถ้าสิ่งเร้าอยู่นอกขอบเขตบุคคลจะไม่สามารถปรับตัวได้หรือมีปัญหาในการปรับตัว ระดับการปรับตัวของแต่ละบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน

### กระบวนการควบคุม (Control System)

เมื่อสิ่งเร้าผ่านเข้าสู่ระบบบุคคล บุคคลจะมีการปรับตัว กลไกที่บุคคลใช้ในการปรับตัวประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. กลไกควบคุม (The regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นอัตโนมัติโดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้ตัว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ เพื่อควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ กลไกการควบคุมนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทสารเคมีในร่างกาย และต่อมไร้ท่อ (neuro-chemical endocrine channels)

2. กลไกการรับรู้ (The cognator mechanism) ทำหน้าที่รับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม ส่วนน้อยเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านกระบวนการ 4 อย่าง คือ การรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเลือกและจดจำเฉพาะสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ มีการเลียนแบบและเกิดการหยิ่งรู้ในเรื้องนี้ๆ มีการตัดสินใจที่จะมองหาวิธีแก้ปัญหา และใช้กระบวนการทางจิต เพื่อให้ตนเองรู้สึกคลายวิตกกังวล

การทำงานของกลไกทั้ง 2 ไม่สามารถสังเกตได้ แต่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่เป็นผลจากการทำงานของกลไกทั้ง 2 ต่อสิ่งเร้า 4 ด้านดังนี้

1. พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นการตอบสนองของบุคคลในด้านร่างกาย พฤติกรรมจะปรากฏออกมาเป็นการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบประกอบเป็นร่างกายของมนุษย์ เพื่อตอบสนองความมั่นคงทางด้านร่างกาย (physiologic integrity) ซึ่งพิจารณาได้จากการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (basic needs) ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย การตอบสนองในด้านต่างๆ ดังกล่าวต้องอาศัยการรับรู้ความรู้สึก การควบคุมน้ำและเกลือแร่ การทำงานของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ โดยมีกลไกการควบคุมเป็นตัวเชื่อมโยงการทำงานและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมปรับตัว เป้าหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตในภาวะปกติสุขคือ ความสมดุล ซึ่งมนุษย์จะพยายามปรับ รักษาภาวะเช่นนี้ไว้ ถ้าผลลัพธ์การปรับตัวไม่สามารถก่อให้เกิดการตอบสนองในทางบวก ก็จะปรากฏเป็น

พฤติกรรมกรรมการปรับตัวในทางลบหรือล้มเหลว (maladaptation behavior)

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) การปรับตัวด้านนี้ จะนำไปสู่ความมั่นคงทางจิตใจ อัตมโนทัศน์ เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเอง ในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเองและการรับรู้จากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นๆ ที่มีต่อตนเอง ซึ่งรอยแบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ส่วน คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อร่างกายเกี่ยวกับรูปร่าง การทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ

2.1.1 การรับความรู้สึกของร่างกาย (Body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย เช่น รู้สึกเหนื่อย และอ่อนเพลีย

2.1.2 ภาพลักษณ์ (Body image) เป็นความรู้สึกต่อขนาด รูปร่าง ท่าทางของตนเอง เช่น รู้สึกว่ารูปร่างไม่สมส่วน

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว (Personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ที่ประกอบกันเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนย่อย 4 ด้าน คือ

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) บุคคลจะปรับตัวเพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในตนเอง หรือความสม่ำเสมอในชีวิต ภาวะใดก็ตามที่คุกคามอัตมโนทัศน์ในด้านนี้ จะทำให้เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่ใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนในอนาคต

2.2.2 ปริธานหรือความคาดหวังแห่งตน (self - ideal or expectation) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่งหวังจะเป็น ซึ่งจะเป็พื้นฐานการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ ถ้าบุคคลไม่สามารถประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง จะไม่สามารถปรับตัวได้ จะมีความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต

2.2.3 ศีลธรรม-จรรยาแห่งตน (Moral-ethical self) บุคคลจะใช้คุณธรรม จรรยาของตนเองเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติและพิจารณาตัดสินสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นสิ่งถูกหรือผิด ดีหรือเลว ถ้ารู้สึกว่าจะผิดกฎเกณฑ์ หรือมาตรฐานคุณธรรมและจรรยาที่กำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิดบาป (guilty) ต่เตียนตนเอง

2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีประโยชน์ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ปริธานแห่งตน และศีลธรรมจรรยาแห่งตน จะมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลพัฒนาอัตมโนทัศน์ดังกล่าวดี จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองดีด้วย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีความวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสียอำนาจ มักจะส่งผลให้บุคคลรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำทำ

ให้กลายเป็นคนมีปมด้อย ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง และอาจถึงแยกตัว (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2535: 74-75)

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function) การที่บุคคลต้องมีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับผู้อื่น จึงขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีบทบาทหรือตำแหน่งอะไรในสังคม และสามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ดีมากน้อยเพียงไร เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือผู้เกี่ยวข้องหรือไม่ ซึ่งบทบาทของแต่ละบุคคลในสังคมจะแตกต่างกันออกไป ซึ่งรอย (Roy 1991: 348-350) ได้ระบุบทบาทของบุคคลไว้ดังนี้

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ บทบาทเหล่านี้จะเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วง ๆ หนึ่งของชีวิต

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับระบบพัฒนาการ และบทบาทปฐมภูมิ ได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู ซึ่งในบทบาททุติยภูมินี้บุคคลคนเดียวกันอาจมีหลายบทบาทได้

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลได้รับ เช่น บทบาทสมาชิกสมาคม บทบาทผู้ป่วย

ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสม เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีปัญหาการปรับตัวตามบทบาทก็จะทำให้อยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข เกิดปัญหาการปรับตัวไม่เหมาะสมตามบทบาท ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2535: 76)

1. การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์เนื่องจากไม่มีแบบอย่าง หรือขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาท เช่น สตรีที่มีบุตรคนแรกมีความลำบากในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากไม่มีความรู้เพียงพอ

2. การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role - distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามบทบาททั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออกและเจตคติ แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตน เช่น ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลก่อนผ่าตัด แสดงอาการร่าเริงแจ่มใสเกินปกติ เพื่อปกปิดความกลัว ความวิตกกังวลที่มีต่อการผ่าตัด

3. ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทของตนได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของคนอื่นที่มีต่อบทบาทนั้นไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ

4. ความล้มเหลวในบทบาท (role failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถดำรงบทบาทเดิมได้ เช่น ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม โดยธรรมชาติการอยู่ร่วมกัน บุคคลจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้นบุคคลจึงต้องการผู้อื่น หรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษ เพื่อให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลนี้หมายถึง การให้ความรัก ความเคารพ การยกย่อง และการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งทั้ง 2 ฝ่ายต่างเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับไปพร้อมๆ กัน ด้วยความเต็มใจ ถ้าความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลเป็นไปอย่างสมดุล การอยู่ร่วมกันในสังคมจะราบรื่น บุคคลใกล้ชิดนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Andrews & Roy 1986: 152 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2535: 76-77) คือ

4.1 บุคคลสำคัญ (Significant other) หมายถึง ผู้ที่บุคคลรับรู้ว่ามี ความสำคัญหรือมีความหมายต่อชีวิตของเขามากที่สุด ส่วนใหญ่จะเป็นคนในซึ่งมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นลึกซึ้ง ทั้ง 2 ฝ่ายต่างมีความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดี และเอื้ออาทรต่อกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ-แม่-ลูก สามี-ภรรยา เป็นต้น

4.2 ระบบเกื้อหนุน (Supporting system) หมายถึง สิ่งที่มีความผูกพันกับชีวิตของบุคคลคล้ายคลึงกับ 4.1 แต่ระดับความผูกพันน้อยกว่า ซึ่งอาจจะเป็นความผูกพันระหว่างเครือญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน และสัตว์เลี้ยงที่โปรดปราน เป็นต้น

ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวด้านนี้แบ่งออกได้ 2 รูปแบบคือ

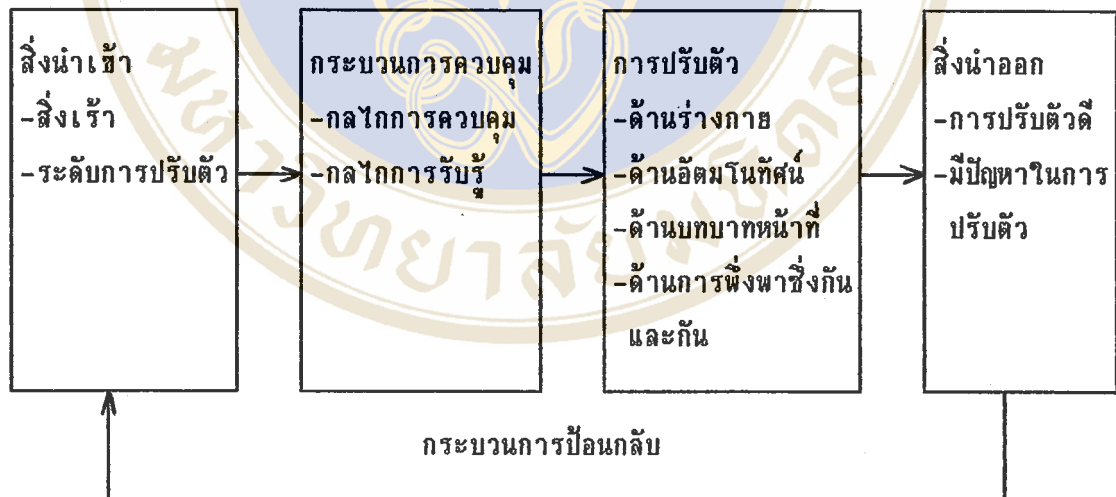
1. ความวิตกกังวล (Separate anxiety) ซึ่งเป็นความรู้สึกปวดร้าว และทรมานที่ต้องถูกพรากจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก พบในผู้ใหญ่ เช่น สามี ภรรยาที่ต้องแยกจากกันชั่วคราว อาจจะมีความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีสมาธิที่จะทำอะไร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธสถานการณ์ที่ทำให้ต้องแยกจากกัน

2. ว่างเหว (Lonliness) ความรู้สึกที่ว่างเปล่าหมายถึง ภาวะที่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง อาจอยู่ร่วมกับผู้อื่นจำนวนมากแต่มีความรู้สึกแปลกแยก (alienation) เนื่องจากไม่มีความผูกพันต่อกัน หรือความผูกพันที่มีอยู่เดิมเปลี่ยนแปลงไป หรือความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงตามความต้องการของทั้ง 2 ฝ่าย ก่อให้เกิดความทุกข์ใจที่ต้องฝืนใจทำในสิ่งที่ไม่ต้องการ นอกจากนี้ยังเกิดจากการถูกปฏิเสธความรัก หรือการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า (low self-esteem) ซึมเศร้าและแยกตัวเอง

ผลของการปรับตัว อาจแสดงออกให้เห็นเพียงด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้านร่วมกันก็ได้ เนื่องจากการปรับตัวทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

### สิ่งนำออก (Output)

สิ่งนำออกจากระบบการปรับตัว คือ ปฏิกริยาตอบสนองของระบบ ซึ่งรอถือว่าเป็นพฤติกรรม ซึ่งสามารถสังเกต ตรวจสอบ หรือบอกได้ พฤติกรรมที่เป็นผลจากการปรับตัว อาจจะเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี (adaptive behavior) หรือพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ineffective behavior) ซึ่งพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล และสามารถบรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต มีชีวิตรอด เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้ แต่ถ้าพฤติกรรมการปรับตัวนั้นไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Andrew & Roy 1991: 12) การปรับตัวที่ดีและการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ของระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล

ที่มา : Roy & Roberts 1981: 58

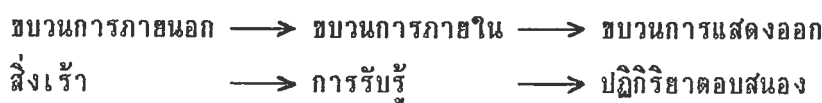
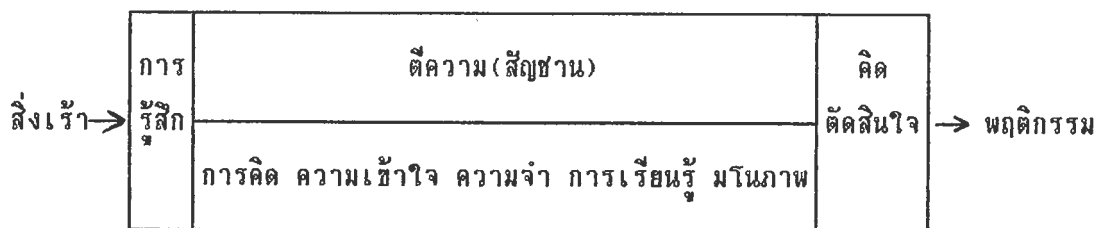
**แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ**

**แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ (Perception)**

การรับรู้เป็นสภาพทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายในตัว เป็นความใส่ใจในการเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ และเป็นพื้นฐานในการนำข้อมูลต่างๆ จากสิ่งเร้าเข้าสู่กระบวนการรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย ข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้วบุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูลและมีกระบวนการจดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว มีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกจะเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่กระบวนการรับรู้ อีก ดังนั้นกระบวนการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่ง สัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลา และเหตุการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (Space - time continuum) (McGhie 1986: 215-216; Perreault 1985: 19 อ้างใน เนตรนาคูพันธ์ 2534:32) ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ต่างๆ กัน

เดโช ส่วนานนท์ (2526: 94) มองการรับรู้ว่าเป็นผลอันเกิดจากอินทรีย์สัมผัส (การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น) และการตีความจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532: 128) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ การคิด การรู้สึก (Senseing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Dicision making) การแสดงพฤติกรรม ซึ่งเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



**แผนภูมิที่ 3** กระบวนการของการรับรู้ (Process of perception)

(กันยา สุวรรณแสง 2532: 129)

สัจจา จันทน์เอม (2533: 119) กล่าวว่า การรับรู้คือ การตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

คิง (King 1984: 24) ให้ความหมายของการรับรู้ว่า หมายถึงกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส

โคซีเออร์ และคณะ (Kozier, et al. 1989: 1172) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคลและเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

รอย (Roy 1991: 96) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายในได้สติสัมปชัญญะ ซึ่งเป็นผลจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เท็กซ์ (Cortex)

พอสรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรส และการได้กลิ่น แล้วมีการตีความหรือแปลความหมายของสมอง

### การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกัน หรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย แต่การรับรู้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือ บางคนอาจรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่ใช่อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ดังนั้นตามการรับรู้ของคนเหล่านั้นความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการ และความเจริญเติบโต ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ทำให้ต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาคือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่ต่างกันอย่างนี้จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2528: 374)

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความหมายของภาวะสุขภาพดีตามที่คั้นะของแต่ละบุคคล ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพดีตามการรับรู้ของคนส่วนใหญ่มักจะหมายถึงความสามารถทางร่างกายในการกระทำหน้าที่หรือกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง การเดิน หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกับสังคมของตน

อย่างไรก็ตามมีการกำหนดความหมายของภาวะสุขภาพต่าง ๆ เช่น

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม มิใช่เพียงไม่เป็นโรคหรือไม่มีความอ่อนแอเท่านั้น

ฟอเซท (Fawcett 1984: 254 อ้างในสายพิณ เกษมกิจวัฒนา 2535: 79) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพจากแนวคิดที่ว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการส่งเสริมความมั่นคงหรือความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการมีสุขภาพดี จึงหมายถึง การที่บุคคลมีการปรับตัวได้ดี และการเจ็บป่วยยังเป็นผลจากการปรับตัวที่ไม่ดี

ตามแนวคิดของภาวะสุขภาพดังกล่าว ผู้วิจัยมองภาวะสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมสำคัญในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ความสุขสบาย ความปลอดภัย ความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การพักผ่อนนอนหลับ การหายใจ การขับถ่าย การรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ ความรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งต่างๆ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความสำเร็จในด้านเพศสัมพันธ์ การมีทัศนคติในทางที่ดี มีความหวังและแรงจูงใจ การมีความรู้ ความรับผิดชอบในบทบาทและสำเร็จในชีวิต ในขณะที่ความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคทำให้เกิดการหยุดชะงักของกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งถือเป็นพัฒนาการของชีวิต

#### การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เป้าหมายสำคัญของการรักษาพยาบาล มุ่งที่จะส่งเสริมผู้ป่วยให้มีสุขภาพดี ประเด็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจึงได้รับความสนใจอย่างมากเพราะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิต ในการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะแสดงออกได้ด้วยความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ดังนั้น จึงสามารถศึกษาถึงแนวทาง หรือวิธีการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลในทัศนะต่างๆ ได้มากมาย

จากการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อการพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา บรูคและคณะ (Brook, et al. 1979: 9-27) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception Battery) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน อนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลและความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

#### 1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prio Health)

การประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอดีตของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อ เจตคติ ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา เช่น บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเคยเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาชานานในอดีต ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดีสำหรับบุคคลนั้น ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะ

สุขภาพในอดีตทางลบเมื่อประมวลเข้ากับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบัน อาจทำให้บุคคลเกิดความเครียด วิดกกังวลมากจนส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันรุนแรงหรือบิดเบือนไปจากความจริง จากความประทับใจที่เกิดขึ้นครั้งแรกในกระบวนการรับรู้ของบุคคลมีความคงทนมาก ซึ่งการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกัน แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตทางบวกมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ดี ดังนั้นเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์เจ็บป่วยในปัจจุบัน ก็จะทำให้บุคคลมีความเครียดในระดับที่เหมาะสม พร้อมจะเผชิญปัญหาในปัจจุบันได้

## 2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health)

การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพและอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่ปรากฏ การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าความเจ็บป่วยนั้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพเล็กน้อย เช่น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นมากนัก แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจขัดกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีต ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตนเอง

## 3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook)

เมื่อเจ็บป่วยย่อมจะส่งผลเสียต่อโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความพิการในอนาคตได้ บุคคลสามารถรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในอนาคตจากการคาดเดาได้ด้วยตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบันและการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้อื่น จะส่งผลถึงความคาดหวังหรือหมัดหวัง และถ้าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มีความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคตอย่างมีหวัง มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจ ในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีประสบการณ์เจ็บป่วยที่ไม่ดีในอดีตและปัจจุบัน จะทำให้รู้สึกหมัดหวังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตในแง่ลบ

## 4. การรับรู้ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Persistence or Subceptability to illness)

เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนว่า สามารถต้านทานโรคหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการเกิดโรคซ้ำมากขึ้นน้อยเพียงใด ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคและการรักษา ถ้าบุคคลมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง หรือขาดความเชื่อถือในแพทย์และการวินิจฉัย หรือการรักษา อาจทำให้ปฏิเสธการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งมีเจตคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และยังขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ หรือมีอาการของโรคเกิดขึ้น ถ้าบุคคลนั้น

เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยมาก่อน การคาดคะเนก็จะมี ความถูกต้องสูง ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ต่อความเจ็บป่วยที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสนใจเอาใจใส่สุขภาพของตนเองดีตามมา

#### 5. ความวิตกกังวล หรือความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry/Concern)

เมื่อบุคคลรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพขณะเกิดความเจ็บป่วยว่าอาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อ อวัยวะต่างๆ ได้ อาจทำให้กระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตนเอง ส่งผลให้ เกิดความวิตกกังวล ซึ่งความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มากเกินไป อาจส่งผลให้มีการ รับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และใช้กลไกทางจิตโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดให้ดีขึ้น และ อาจจะประเมินภาวะสุขภาพใหม่ว่าไม่มีความผิดปกติใดๆ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจภาวะสุขภาพ ไม่แสวงหาความพอใจกับสิ่งอื่นทดแทน ดังนั้นผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาวะสุขภาพเสียใหม่ รู้ จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง ทำให้รู้สึกที่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดี เกิดกำลังใจและให้ความสนใจภาวะสุขภาพ การให้ความ สนใจตระหนักถึงความสำคัญเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพ จะทำให้มีพฤติกรรมปรับและสามารถ ควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

#### 6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness - Orientation)

ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดีและภาวะ เจ็บป่วยสลับกันไป ซึ่งเป็นประสบการณ์ของชีวิต การยอมรับว่าเจ็บป่วยและเรียนรู้ทำความเข้าใจ ถึงขั้นตอนการดำเนินของโรค ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้บุคคลมีการเตรียมพร้อมในการปรับตัวและแก้ไข้ปัญหา แสวงหาความช่วยเหลือการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

### การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ภายหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งจะส่ง ผลต่อจิตใจและสังคมด้วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพ ออกกำลังกาย ดำรงบทบาทในครอบครัว และสังคมได้ตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการ ดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งการ ปรับตัวต้องอาศัยการรับรู้เป็นพื้นฐานที่จะเป็นแรงจูงใจให้มีความเข้าใจตนเอง ตระหนักในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง ยอมรับตนเองและสภาวะของร่างกาย ซึ่งสิ่งต่าง ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะเผชิญปัญหา และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี

การรับรู้ที่สำคัญประการหนึ่งคือการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น การรับรู้ภาวะ สุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพราะการรับรู้เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนได้ เกิดแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสภาวะสุขภาพของตนเองได้ แต่จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและกังวลในระดับแตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้เบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองถูกคุกคาม เกิดความเครียด วิตกกังวล และถ้าความวิตกกังวลในระดับที่มากเกินไปจะทำให้ส่งผลถึงความสามารถในการปรับตัว (ทัศนาศิลป์ บัญทอง 2528: 852) และอาจส่งผลให้ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ควรกระทำผิดพลาด อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ ภาวะของโรค ถ้าเรibernแรงขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องตามความเป็นจริง จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกพอใจ มีความเครียดในระดับที่เหมาะสมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ เกิดแรงกระตุ้นแรงจูงใจมีพฤติกรรมในการปรับตัวที่ดี ซึ่งอากิลเลอร่าและแมสซิค (Aguilera & Massick 1982: 65) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่ช่วยการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลไว้ 3 ประการ คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามจริง การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน และมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับความช่วยเหลือดังกล่าวอาจทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว ซึ่งอธิบายได้ตามแนวการปรับตัวดังนี้

### ปัญหาการปรับตัวผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. ปัญหาด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เกิดพยาธิสภาพของโรค เนื่องจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนตายเกิดเป็นแผลขึ้น มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง ร่างกายพยายามปรับตัวโดยทำให้หลอดเลือดหดตัวหัวใจเต้นเร็วขึ้น ไตจะกักโซเดียมและน้ำไว้มากขึ้น ในระยะต่อมาหัวใจห้องล่างซ้ายของผู้ป่วยจะขยายใหญ่ขึ้น กลไกการชดเชยจะมากหรือน้อย ขึ้นกับขนาดความกว้างของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) (วิเชียร ทองแดง 2536: 463-464; Bullock 1992: 504) ผลของการเกิดผนังหัวใจที่เป็นอุปสรรคต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและกลไกการปรับตัวของร่างกาย ทำให้หัวใจมีสมรรถภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นเมื่อออกกำลังกายหรือทำงานมากเกินไป จะเกิดอาการเหนื่อยหอบผู้ป่วยจึงต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำให้เหมาะกับการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจะเกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่บ่งบอกถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจน กับปริมาณออกซิเจนจากเลือดที่ไปเลี้ยง อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือเกิดหลังจากการทำกิจกรรมบางอย่าง จากการศึกษาของมิกคัส (Mickus 1986: 376-386) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง เนื่องจากมีอาการเหนื่อยง่าย และถ้าออกกำลังกายมากจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และจากการศึกษาของอันเดอร์ฮิลล์ (Underhill 1989: 694) พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา 1 ปียังคงมีอาการ

เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว และมีอาการอ่อนเพลีย นอกจากนี้เนบ (Knapp 1985: 112-123) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาหารไม่ย่อย บางรายมีอาการปวดศีรษะมึนงง เนื่องจากสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เพราะความสามารถในการบีบตัวของหัวใจน้อยลง ซึ่งสอดคล้องในการศึกษาของรีเกิล (Reigel 1989: 74) รายงานว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1.5 ล้านคน ได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะของโรค และในจำนวนนี้ 1 ล้านคนต้องพยายามเรียนรู้ที่จะปรับตัวด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20-30 มีอาการซึมเศร้าหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาระดับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจแบ่งตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 52 มีสมรรถภาพของหัวใจลดลง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย และผู้ป่วยอาจมีอาการปวดและมึนงงศีรษะจากการที่สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เพราะความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง

## 2. ปัญหาด้านอัตมโนทัศน์

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย จากภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีการแสดงออกให้เห็นทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นกัน ซึ่งบางครั้งการแสดงออกนั้น ไม่สามารถบอกได้ว่ามีสาเหตุมาจากร่างกาย หรือจิตใจ เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องถึงกันเป็นลูกโซ่ (Haak & Huether 1992: 256) ภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเดิม ซึ่งเป็นผลจากสมรรถภาพของหัวใจที่ลดลงและการสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น ต้องพึ่งพาและเป็นภาระบุคคลใกล้ชิด ในระยะแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจนี้ ผู้ป่วยจะแสดงการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรค และเมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุกเลาลง ผู้ป่วยมักจะบอกว่าตนเองปกติดีไม่ได้เป็นอะไร ความรู้สึกปฏิเสธมักจะเกิดใน 7 วัน แรก ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ไม่ให้ความสำคัญร่วมมือในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของจอห์นสัน และมอร์ส (Johnson & Morse 1990: 126-135) ได้ศึกษาการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จำนวน 14 ราย พบว่า การปรับตัวในกลุ่มนี้มี 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ป้องกันตนเอง ผู้ป่วยจะไม่สนใจอาการต่างๆ และทำตนเหมือนคนปกติไม่ยอมจำนนต่อความเจ็บป่วย พยายามบอกตนเองว่าเป็นอาการเล็กๆ น้อย ลดความสำคัญของอาการเหล่านั้นจัดขึ้นคำสั่งให้นอนพักบนเตียง ปิดบังอาการเจ็บหน้าอก

ระยะที่ 2 ยอมรับสภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ

2.1 เผชิญกับความตาย โดยการตอบสนองใน 2 ทาง คือ ดีใจในการรอดชีวิตของตน เมื่อมีข่าวการตายของคนอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตัวเขาเอง และในทางตรงข้ามจะ

กลัวความตาย มองการฟื้นฟูสุขภาพไปในทางลบ

2.2 แสวงหาความหมายของความเจ็บป่วยต่อชีวิตตนเอง ผู้ป่วยจะพยายามหาเหตุผลอธิบายอาการที่เกิดขึ้น ทบทวนสิ่งต่างๆ ที่ผ่านมาโดยคิดว่าการเป็นโรคหัวใจมีสาเหตุมาจากคนทำงานหนัก ไม่ได้พักผ่อน บางรายที่ไม่สามารถหาเหตุผลอธิบายได้ จะรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้เคราะห์ร้าย

2.3 เพลิดเพลินกับชีวิตของตนเอง ผู้ป่วยจะคิดถึงอุปสรรคในอนาคต การเปลี่ยนแปลงระบบแผนการดำเนินชีวิต กฎระเบียบของโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนป่วย

2.4 การมองอนาคต ผู้ป่วยเริ่มคิดถึงอนาคต มีเจตคติในทางบวก มั่นใจในการฟื้นฟูสุขภาพ รับรู้ถึงการถูกจำกัดในกิจกรรมต่างๆ

ระยะที่ 3 เร็ยรับรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยพยายามแสวงหาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ

3.1 รักษาไว้ซึ่งความหมายของตนเองโดยการจัดการกับบทบาทใหม่ เพื่อรักษาสมดุลระหว่างความต้องการ และการใช้แหล่งประโยชน์

3.2 การลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการค้นหาสิ่งที่บำรุงขวัญ เร็ยรับรู้เรื่องสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ถ้าคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่และการรับรู้ของผู้ป่วยเป็นไปได้ในด้านบวก ผู้ป่วยจะรู้สึก "ดีในทุกอย่าง" ถ้าเป็นไปได้ในทางลบจะรู้สึก "สิ้นหวัง"

3.3 วางแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยวิธีการทดสอบข้อจำกัดของตน เร็ยรับรู้ถึงความสามารถของตนในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ สามารถตัดสินใจได้ว่าอะไร ควรทำอะไรไม่ควรทำและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต

ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยเริ่มที่จะเปลี่ยนจุดเป้าหมายในชีวิตใหม่ๆ การตอบสนองในระยะสุดท้ายมี 3 ลักษณะคือ

4.1 ยอมรับข้อจำกัด โดยลดหรือเปลี่ยนความคาดหวังให้เหมาะสมกับข้อจำกัด

4.2 เปลี่ยนจุดเป้าหมายใหม่ เมื่อผู้ป่วยยอมรับข้อจำกัดก็จะเริ่มเปลี่ยนความตั้งใจ เป้าหมายของชีวิต จะมุ่งสนใจในการฟื้นฟูสุขภาพของร่างกาย

4.3 วางแผนในการจัดการหรือควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมาย สามารถกำหนดการทำกิจกรรมที่เหมาะสม

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง สนองตอบสิ่งแวดล้อมลดลง (Haak & Huether 1992: 256)

## 2.2 อັตมโนทัศน์ส่วนบุคคล

2.2.1 ด้านความมั่นคงในตน ภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ทุกเมื่อ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีอนาคตไม่แน่นอน ยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลและความกลัวความตายที่อาจจะเกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ทุกเมื่อ (Webster & Christman 1988: 385; Haak & Huether 1992: 256; Rithie 1993: 446) และระหว่างปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก หวาดระแวงว่าอาจจะต้องเสียชีวิตอย่างกระทันหันก่อนเข้าโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายหวาดกลัวต่อประสบการณ์เข้ารับการรักษาในหน่วย ซี.ซี.ยู หรือไอ.ซี.ยู ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่ออັตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเองก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น อาจกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นได้ (Haak & Huether 1992: 285-286) จากการศึกษาของโอเบอร์ (Ober อ้างใน Simon 1980: 170) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายใน ซี.ซี.ยู พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนมากมีภาวะของความวิตกกังวลและความซึมเศร้าเนื่องจากผลความเครียดจากการเจ็บป่วย และพบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวในสังคมและมีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี และจากการศึกษาของชรัสนิกุล อัมบุณณะ (2534: 83) พบว่าการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินของผู้ป่วย ให้สอดคล้องกับการรักษา และคำแนะนำของบุคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้รบกวนความสมดุลของชีวิตผู้ป่วยและทำให้เกิดความวิตกกังวล

2.2.2 ด้านปณิธานและความคาดหวังในตนเอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มักจะคาดหวังว่าโรคจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ผู้ป่วยคาดหวังจะสามารถพึ่งพาตนเองได้และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ได้ตามปกติ แต่ถ้ามื้อใดอาการเจ็บหน้าอกกำเริบขึ้นทำให้เกิดความคาดหวังต่างๆ เปลี่ยนแปลง เกิดความรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ (พิกุล บุญช่วง 2537: 172) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ A ซึ่งหมายถึงบุคคลที่เป็นบุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจังทำงานหนัก มีความตั้งใจและความคาดหวังในตนเองสูง ชอบแข่งขัน ซึ่งบุคลิกภาพแบบนี้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล 2528: 84) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 35 ราย มีถึง 22 ราย มีบุคลิกภาพแบบ A ดังนั้นกลุ่มบุคลิกภาพแบบ A มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึง 6 เท่าของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ B (Slay อ้างใน นิ่มนวล ศรีจาด 2523: 24)

2.2.3 ด้านศีลธรรม-จรรยา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะแสดงความรู้สึกผิด เพราะคิดว่าสาเหตุการเป็นโรคเกิดจากการกระทำของตนเอง ทำให้โกรธตนเอง โกรธความไม่ยุติธรรมที่ทำให้เขาต้องเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ออกมาในรูปแบบต่างๆ ปฏิเสธ โกรธตนเอง ครอบครัว ไม่พอใจการดูแลของแพทย์พยาบาล (Haak & Huether 1992: 286)

2.2.4 ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการดำเนินของพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีค่าจำเป็นที่จะต้องจำกัดตนเองในหลายๆ ด้าน นอกจากจะเกิดความรู้สึกสูญเสียแล้ว อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในหลายลักษณะ อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) (พิกุล บุญช่วง 2537: 171) และจากการศึกษาของไรเกิล (Riegel 1989: 75-76) พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลงมากเท่าใด จะส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองมากเท่านั้น ซึ่งความรู้สึกนี้มีบทบาทมากในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ A (Haak & Huether 1992: 286-288)

3. ปัญหาด้านบทบาทหน้าที่ โรคหัวใจเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากอาการของโรคซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งบางครั้งอาการจะรุนแรงจนถึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียทางสังคมอย่างมาก เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ต้องจำกัดบทบาทของตนเอง บางรายต้องออกจากงานประจำที่เคยทำอยู่ หรือเปลี่ยนประเภทของงานเพื่อให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย จากการศึกษาของเมย์และคณะ (Mayou, et al. 1981 cited in Shanfield 1990: 109-110) รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับมาทำงานร้อยละ 90 แต่มีเพียงร้อยละ 70 เท่านั้นที่ทำงานครบ 1 ปี ผู้ป่วยจำนวนมากมีผลการทำงานลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้มีรายได้ลดลงและเกิดความเครียดในขณะทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาในผู้ป่วยจำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยหลายรายต้องเปลี่ยนอาชีพการงานหรือละทิ้งกิจกรรมส่วนตัว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเครียดที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องสืบเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว และเนื่องจากบทบาทของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นแหล่งกำเนิดของความรู้สึกมีคุณค่าในตน จากการศึกษาของรีฟ (Rief 1975 cited in Riegel 1990: 79) ได้ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีการสัมภาษณ์ และสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ ไม่ได้เกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่ส่วนหนึ่งเป็นผลกระทบจากกระบวนการทางสังคม ผู้ป่วยจะรับรู้ความสามารถของตนได้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการสนใจค่าเตือน หรือข้อห้ามของกลุ่มสมรส ของเพื่อนและนายจ้างในทางตรงข้าม เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า (พิกุล บุญช่วง 2537: 175) นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหัวใจมักจะมีปัญหาด้านครอบครัว และปัญหาด้านเพศกับคู่สมรส ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรสมักเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากกลัวว่าหากยังมีความสัมพันธ์ทางเพศอยู่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต แม้ว่าจะต้องการดำรงความสัมพันธ์และให้ความพอใจแก่คู่สมรส แต่ก็ไม่กล้าที่จะมีความสัมพันธ์กันตามปกติ (ศิริอร สันต 2526 ; Runion 1985: 118 ; Haak & Huether 1992: 292) และจากการศึกษาของไฮน์เซนมานน์และแม็คเคย์ (Hienzelman &

Bagley 1970: 107) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเพียงพอ จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายเป็นอย่างดี และการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีส่วนช่วยเสริมพฤติกรรม ความร่วมมือและช่วยเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Miller, et al 1988: 297)

4. ปัญหาด้านการพึ่งพาระหว่างกัน การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจชนิดเรื้อรังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์พึ่งพากับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงทางสังคม ผู้ป่วยต้องการผู้ที่รู้ใจ หรือสนิทสนมกันเป็นพิเศษ เพื่อให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรัก การเคารพ การยกย่องและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่งผู้ป่วยนั้นจะต้องเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับไปพร้อมๆ กัน จึงจะทำให้การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นไปอย่างราบรื่น (Andrew & Roy 1986: 152 อ้างใน สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2535: 70-77) สอดคล้องกับการศึกษาของไฮน์เซนมานน์และแม็คเคย์ (Hienzelman & Bagley 1970: 107) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสเพียงพอ จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายเป็นอย่างดี และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและช่วยส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Miller, et al. 1988: 297) การศึกษาของจันทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 100 คน พบว่า ครอบครัวคือแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์มากที่สุดและในการปรับตัวด้านพึ่งพาระหว่างกันนี้ต้องอาศัยระบบเกื้อหนุน ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความผูกพันกับชีวิตของผู้ป่วยนั้นๆ เช่น เครือญาติ เพื่อนฝูง องค์กรต่างๆ ความศรัทธาในศาสนา สิ่งเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้การปรับตัวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา 2535: 77) และจากการศึกษาของเชฟ (Sheps 1987: 80) โดยการจัดกลุ่มโปรแกรมฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าสมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกไว้วางใจ สามารถปรับทุกข์ เรื่องความสามารถของร่างกายและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ เห็นได้ว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan 1974: 7; Cohen & Willis 1985: 310-357) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น (จินตนา ฐนิพันธ์ 2528: 4) แต่ในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ A (type A personality) หมายถึง บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอาจริงเอาจัง ทำงานหนัก มีความตั้งใจและความคาดหวังในตนเองสูง ชอบแข่งขัน ซึ่งบุคลิกภาพแบบนี้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย (สมจิต หนูเจริญกุล 2528: 84) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 15 ราย มีถึง 22 ราย ที่มีบุคลิกภาพแบบ A เห็นได้ว่า บุคคลในกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสเป็นได้ถึง 6 เท่า

ของผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ บี (Slay อ้างใน นิ่มนวล ศรีจาด 2528: 24) และผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เมื่อป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะมีความลำบากใจและเกิดความขัดแย้งในตนเองมากขึ้น จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง ไร้ค่า และรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า (พิบูล บุญช่วง 2537: 175)

### การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนเป็นกิจกรรมที่มุ่งหวังจะให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เพื่อลดและป้องกันปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยนำผู้ป่วยที่เป็นโรคคล้ายคลึงกันหรือเหมือนกัน จำนวน 4-7 คน มาพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และร่วมกันค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไขในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและเชื่อมโยงประเด็นและให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วย ในขณะที่บุคคลซึ่งเจ็บป่วย อาจจะมี ความลำบากในการปรับใจและปรับกายให้ยอมรับความเจ็บป่วยและสภาพของตนเองในขณะเจ็บป่วย ดังนั้น ถ้าให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดในเรื่องต่างๆ ตลอดจนจนประสบการณ์การเจ็บป่วยอยู่เสมอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีผู้ร่วมทุกข์ ซึ่งจะช่วยให้คลายความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการต่างๆ (Carter, Glastein & Livingston 1982: 271) เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะทำให้คนเรารู้สึกกลัวและกังวลในระดับที่แตกต่างกันออกไป พยาบาลจะต้องมีความเข้าใจความยากลำบากในการปรับใจและปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย จะต้องให้ความสนใจ เอาใจใส่ และเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อช่วยเหลือให้การปรับตัวเกิดขึ้นที่ละน้อยๆ (ทัศนีย์ บุญทอง 2528: 854; Stein-Parbury 1993: 272-273) ซึ่งลอเรนซ์และลอเรนซ์ (Lawrence & Lawrence 1970: 40) เสนอว่า การช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคที่เกิดขึ้นและสามารถพึ่งตนเองได้ จำเป็นต้องอาศัยกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายอันเดียวกัน การสร้างความไว้วางใจและความเชื่อมั่นในตัวพยาบาล การฟื้นฟู การส่งเสริม การดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางสรีรวิทยา ตลอดจนการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย และสอดคล้องกับแนวความคิดของลักแมน และโซเรนเซน (Luckman & Sorensen 1980: 473) ซึ่งกล่าวถึง แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดังนี้คือ

1. การรับฟังผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายมักต้องการให้คนอื่น ๆ รับฟังการระบายความรู้สึก พยาบาลจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ และรับฟังอย่างสงบ

2. การสอน หรือแนะนำผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

3. การช่วยเหลือผู้ป่วย และบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วย ให้เข้าใจถึงกลวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนได้นำเทคนิคกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวในด้านต่าง ๆ ได้ ซึ่งคาดหวังผลของการใช้เทคนิคกระบวนการกลุ่มในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้ (จินตนา ยูนพันธ์ 2529: 182)

1. สร้างความหวัง (The instillation of hope) ผู้ป่วยได้เห็นความก้าวหน้าพฤติกรรมของผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้เปรียบเทียบกับตนเองว่าตนเองเป็นอย่างไร ช่วยให้มี ความหวังมากขึ้น

2. มีลักษณะสากล (Universality) ผู้ป่วยจะได้รับทราบว่าบุคคลอื่นก็มีปัญหาเหมือนตน มีความรู้สึกคล้ายตน ทำให้รู้สึกว่าตนมิใช่อุบัติเหตุเดียวบุคคลอื่นก็มีปัญหาเหมือนตน

3. รับรู้ข้อมูลที่สำคัญในการใช้กิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน จะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้และรับข้อมูลซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัญหาส่วนตัว การรักษาพยาบาล ยาที่ได้รับ การปฏิบัติตนเอง และข้อมูลอื่นๆ ที่น่าสนใจ

4. ไม่มีการเห็นแก่ตัว (Altruism) ผู้ป่วยได้มีโอกาสประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้รู้จักตนเองมากขึ้น เห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ไม่หมกมุ่นคิดแต่เรื่องของตนอย่างเดียว เป็นการเปิดใจให้กว้างขึ้น

5. รู้สึกยอมรับสถานะของตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถ่ายทอดความรู้สึกซึ่งกันและกัน ช่วยให้เห็นพัฒนาการรู้จักตนเอง ยอมรับ สถานะหรือข้อจำกัดของตนเอง

6. เลียนแบบพฤติกรรม ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีพฤติกรรมใดที่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา และเป็นที่ยอมรับของสังคมที่ทำให้เลียนแบบพฤติกรรมที่คิดว่าเหมาะสมเนื่องจากเห็นแบบอย่าง

7. เรียงรูกการสร้างความสัมพันธ์ภาพในการทำกิจกรรมกลุ่ม ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสที่จะได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยอื่นๆ และเน้นสภาพของปัญหาปัจจุบัน

#### บทบาทและหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

การให้ข้อมูลความรู้โดยกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน จะประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย การดำเนินกิจกรรมและการแสดงคุณลักษณะความเป็นผู้นำ ผู้นำสามารถกำหนดเกณฑ์การเลือกผู้ป่วย สร้างสัมพันธ์ภาพให้เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งช่วยให้กิจกรรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และดำเนินไปสู่เป้าหมาย ซึ่งผู้นำจะนำกิจกรรมไปสู่เป้าหมายได้นั้น ต้องมีหน้าที่ดังนี้ (Marram 1978: 127-139)

1. กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรมอย่างชัดเจน และอธิบายให้ผู้ปวยทราบถึงจุดมุ่งหมาย วิธีการดำเนินกิจกรรม เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่ทราบวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนจะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้ผู้ปวยมากขึ้น

2. สร้างแบบแผนของกิจกรรมเพื่อช่วยให้กิจกรรมมีประสิทธิภาพมากที่สุด ช่วยให้ผู้ปวยมีความกระตือรือร้นและเข้าร่วมในกิจกรรมอย่างเต็มที่ โดยวางแผนในเรื่องโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไปที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรม เช่น จำนวนผู้ปวยในการทำกิจกรรม เวลาที่เริ่มต้น ระยะเวลาที่ใช้ สถานที่ การจัดที่นั่ง ลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3. กระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ปวยด้วยกัน กระตุ้นให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นทำให้ทราบถึงปัญหา มีความเข้าใจในปัญหาของกันและกัน รวมทั้งหาทางช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปฏิสัมพันธ์อาจอยู่ในรูปการพูดคุย ความเข้าใจร่วมกัน

4. กระตุ้นให้ผู้ปวยพูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนปัญหาต่างๆ ร่วมกัน เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้รู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับการช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

องค์ประกอบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน การนำกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมาใช้เพื่อมุ่งหวังให้ความรู้แก่ผู้ปวยนั้น ประกอบด้วย การจัดตั้งกลุ่ม (Group formation) การตั้งผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์เรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of group experience) ซึ่งมาแรม (Marram 1978: 141-166) กล่าวไว้ดังนี้

การจัดตั้งกลุ่มผู้นำต้องคำนึงถึงคือ

1. กำหนดวัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์เป็นส่วนสำคัญอันดับแรก ซึ่งวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ การกำหนดวัตถุประสงค์ควรประกอบด้วย

1.1 ความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ เช่น ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ รวมทั้งต้องคำนึงถึงปรัชญา ทักษะ ความสามารถ และความสนใจของพยาบาล ลักษณะของผู้ปวย นโยบาย และจุดมุ่งหมายของหน่วยงาน ตลอดจนหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

2. การคัดเลือกผู้ปวย

การคัดเลือกผู้ปวยจะคำนึงถึงคุณลักษณะ ความพร้อมของผู้ปวย จากการสัมภาษณ์ผู้ปวยเป็นรายบุคคลโดยตรง และผู้ปวยสมัครใจจะเข้าร่วมกิจกรรมและพร้อมที่จะเรียนรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกัน

### 3. ขนาดของกลุ่ม

ประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน และไม่เกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน ซึ่งกลุ่มย่อยทำให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ถ้ากลุ่มใหญ่ขึ้นควรมีสมาชิก 4-12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด ซึ่งทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุดและมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด ถ้ากลุ่มใหญ่กว่านี้จะทำให้ความสนใจลดลง เพราะจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันลดลง

### 4. เวลาและสถานที่

สถานที่ควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวน ซึ่งจะช่วยให้เบี่ยงเบนความสนใจขณะดำเนินกิจกรรม และต้องจัดสภาพแวดล้อม บรรยากาศให้เหมาะสมกับการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม้อัด ที่นั่งสบาย

เวลาในการดำเนินกิจกรรม ควรเป็นเวลารว่างจากกิจกรรมอื่น ๆ กำหนดวันและเวลาดำเนินงาน เริ่มและสิ้นสุดตรงเวลา ระยะเวลาควรใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 - 1 1/2 ชั่วโมง ความถี่ของการจัดกิจกรรม อาจจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกิจกรรม (Marram 1978: 152-153)

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่ม (Phase of group experience) มีขั้นตอนดังนี้ (ทศนา บุญทอง 2528: 960-971; Marram 1978: 154-161)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม พยาบาลต้องเป็นผู้เริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยท่าที่เป็นมิตร แสดงออกให้เห็นทั้งคำพูดและการกระทำ ว่าต้องการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งหน้าที่ของตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ กฎระเบียบ และแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยอย่างมีอิสระ ในระยะแรกพยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่ผู้ป่วยอื่นๆ ว่าทุกคนต้องเผชิญปัญหาและอุปสรรคเหมือนกัน อาจจะแตกต่างกันบ้างในบางคน เพื่อเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันทำให้เกิดความไว้วางใจ มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะนำไปสู่สัมพันธ์ภาพที่ดีต่อไป

พยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้น โดยแสดงท่าที่เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจและยอมรับฟังความรู้สึกความคิดเห็นของผู้ป่วย ไม่ใช่ตนเองเป็นเครื่องตัดสิน เมื่อเกิดบรรยากาศของความไว้วางใจ ผู้ป่วยจะสามารถเปิดเผยตนเอง แสดงความรู้สึกนึกคิดและระบายสิ่งต่าง ๆ ได้ สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีความมั่นใจในการขอรับความช่วยเหลือ

## ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working phase)

เป็นระยะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ยอมรับและเข้าใจถึงปัญหาของตนเองและผู้อื่น มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไว้วางใจ เชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำ ทำให้สามารถระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สามารถเปิดเผยตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมุ่งสนใจอยู่ที่ปัญหา และยอมรับว่าตนเองมีปัญหา สามารถหาแนวทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ไข โดยผู้ป่วยอื่นๆ คอยช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ ผู้ป่วยจะมีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับข้อมูล ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นๆ ได้

ผู้นำมีหน้าที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย โดยเสริมสร้างความเชื่อมั่น เอื้ออำนวยให้ร่วมกันอภิปรายปัญหาและแก้ไข ช่วยเหลือให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์เจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ

## ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดกิจกรรม (Final phase)

เป็นระยะของการประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลง ความสำเร็จของกิจกรรม และของผู้ป่วยแต่ละคน การประเมินผลประเมินได้ด้วยวาจา หรือคำบอกเล่าของผู้ป่วยเอง หรือประเมินจากแบบสอบถามและจากพฤติกรรมที่แสดงออก ก่อนจะสิ้นสุดกิจกรรมผู้นำควรบอกให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า และในกรณีที่ผู้ป่วยบางคนเกิดความรู้สึกวิตกกังวลที่จะต้องสิ้นสุดกิจกรรม ผู้นำต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนเป็นการเรียนรู้วิธีหนึ่งซึ่งอาศัยเทคนิคของกระบวนการกลุ่มและการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งการเรียนรู้นี้จะส่งผลต่อการรับรู้ ตลอดจนมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วย และกิจกรรมยังจะเป็นตัวกระตุ้นและแรงจูงใจให้มีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป เมเยอร์ (Mayer อ้างใน โสภา ชูพิกุลชัย 2522: 67) ได้ศึกษาพบว่า กลุ่มมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และความคิดของสมาชิกภายในกลุ่ม อัลพอร์ต (Allport อ้างใน สุชา จินทร์เอม 2524: 24-25) พบว่า คนส่วนใหญ่จะพูดถึงความรู้สึกเมื่ออยู่ในกลุ่มมากกว่าอยู่คนเดียวและบุคคลจะมีความคิดเห็นมากขึ้นเมื่ออยู่ในกลุ่ม และกลุ่มจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในแง่แรงจูงใจให้เกิดการกระทำต่างๆ ในทางจิตวิทยา เชื่อว่าบุคคลจะมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อต้องการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสังคม การตอบสนองความพึงพอใจ การตอบสนองความรัก ความปลอดภัย จะเป็นแรงจูงใจและแรงกดดันให้ผู้ป่วยพยายามปฏิบัติตนเพื่อให้กลุ่มยอมรับ ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางการแพทย์และการพยาบาล กระบวนการกลุ่มมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย การป้องกัน ลดปัญหาด้านจิตใจ และความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งการให้ความรู้และการส่งเสริมระดับประคองด้วยการใช้กลุ่ม ไม่ใช่ใช้วิธีการรักษาโดยตรงเหมือนการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม แต่เป็นการป้องกันและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาตนเองได้ ผ่านพ้นวิกฤตการณ์เจ็บป่วย (Maram 1978: 22-24) และแก้ไขสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจผิดทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว

เข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วย การปฏิบัติดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการรับฟัง ปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายๆ กัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต หรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย จากการศึกษาของคราเตอร์ กลาสเตียน และลิฟวิงสตัน (Carter, Glastein & Livingston 1982: 271) พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนประสบการณ์การเจ็บป่วย อยู่เสมอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีผู้ร่วมทุกข์ ช่วยให้คลายความเครียดและความวิตกกังวลกับอาการต่างๆ ได้ จากการศึกษาของ กลมรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์ (2534) ศึกษาผลของการให้ความรู้ โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเล่นดนตรีด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น พบว่าการอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมในการที่จะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการเล่นดนตรีด้วยนมแม่ และจากการศึกษาของสุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2529) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยโรคต่อกระดูก พบว่า ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท ณ นคร (2532) ได้ทำการศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง พบว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีคะแนนทัศนคติต่อการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติ ไคลน์ (Klein 1972: 124) กล่าวว่า การอภิปรายกลุ่มเป็นการช่วยให้ผู้เรียน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและผู้เรียนได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งมีประสบการณ์มาก่อน จากการศึกษาของ อารมณ์ รัตนวิจิตร (2533) ศึกษาผลของการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อการลดน้ำหนักในคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองครบ 4 สัปดาห์ และจากการศึกษาของทัศนีย์ พงกษาชีวะ (2533) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการให้คู่มือการปฏิบัติตนไปอ่านทบทวน ภายหลังการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี มีความรู้เรื่องโรคดีกว่า และมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสมกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ตามปกติ จากการศึกษาของ สายปัญญา คงพันธ์ (2535: 80) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาที่ได้รับโครงการสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม แบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง นอกจากนี้ เพิ่มผล ธรรมเจริญ (2536) ได้ทำการศึกษาผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้โดยการให้กระบวนการกลุ่มมีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ จากการศึกษา

ของเฮฟฟอน บรอมเมลเลอร์ และมาสเตอร์ (Heffon, Brommelaere & Master 1973: 831-839) พบว่า การสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรค การรักษา และมีความสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น และมารดามักมีความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เคยเผชิญปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น ความเจ็บปวด ความกลัวการเจาะหลัง การเจาะไขกระดูก และผลจากการวิจัยของโกลอนคา (Golonka 1977: 6362A) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มซึ่งเป็นการนำขึ้นตอนของการดำเนินการกลุ่มมาใช้ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดและได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ซึ่งคาฮาน สเตเปิล และบริ้มเมลสมิท (Kahan, Staple & Brummel - Smith 1985: 664) ได้ศึกษาการใช้การสนับสนุนภายในกลุ่มสำหรับญาติและผู้ป่วยอัลไซเมอร์โดยจัดโปรแกรมการให้ความรู้สนับสนุนการทำกิจกรรมเมื่อจัดโปรแกรมครบ 8 ครั้ง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นผลให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของลอริก (Lorig 1985: 680-685) ซึ่งได้ติดตามในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบที่ได้รับการสนับสนุนภายในกลุ่มด้านการให้ความรู้แก่สมาชิก พบว่าหลังเข้าโปรแกรมเป็นระยะเวลา 4 เดือน กลุ่มทดลองมีความรู้และแสดงพฤติกรรมที่สนองความต้องการเพิ่มขึ้น โทรจัน (Trojan 1985: 225-232) ได้สำรวจเกี่ยวกับประโยชน์ในการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองจากกลุ่มต่างๆ 65 กลุ่ม พบว่ามากกว่าร้อยละ 90 ที่กลุ่มช่วยให้ความเครียดลง ซึ่งวาฮอร์ (Vachor อ้างใน Speigal, et al: 1981) ได้ศึกษาการเข้ากลุ่มเพื่อนที่เผชิญปัญหาอย่างเดียวกันโดยช่วยกระตุ้นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรู้สึกผูกพัน ความเข้าใจตนเองได้ดียิ่งขึ้น และยังช่วยเพิ่มความหวังแก่กันและกันในการรักษาที่จะช่วยให้บุตรมีอาการดีขึ้น สอดคล้องกับ แกสโรว์ และทราซี (Gasrow & Tracy อ้างใน Adams 1979) ได้กล่าวถึงบทบาทของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติว่ากลุ่มเป็นเสมือนแหล่งข้อมูล ที่บอกถึงวิธีการปรับตัว ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลจริงช่วยลดความวิตกกังวลและความเข้าใจผิดในเรื่องราวต่างๆ ได้

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยคิดว่าการนำรูปแบบของกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน ประกอบกับการให้คู่มือในการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคลำไส้เนื้องอก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นโดยสามารถปรับตัวในด้านต่างๆ ให้เหมาะสมและอยู่ในสมดุลของชีวิต ตลอดจนมีชีวิตอยู่อย่างเต็มศักยภาพแม้ในขณะที่ยังเป็นโรคลำไส้เนื้องอก



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุระหว่าง 35-70 ปี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก สภาพร่างกายพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม
2. ไม่จำกัดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล
3. ไม่จำกัดระยะเวลาการเป็นโรค
4. ไม่จำกัดระดับความรุนแรงของการเป็นโรค
5. แพทย์เจ้าของไข้อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม

การเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกได้รับการแนะนำตามปกติพยาบาลประจำการ เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน เป็นกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และใช้เกณฑ์การเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ช่วงอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี
2. เพศเดียวกัน
3. ระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1.1 แผนการสอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษาค้นคว้า ตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนการสอนประกอบด้วยเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน การใช้ยา และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.2 คู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากตำรา วารสาร และวิจัยต่างๆ โดยให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน เพื่อใช้เป็นสื่อประกอบการสอน

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแผนการสอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวได้แก่

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชศาสตร์ 1 คน

พยาบาลผู้มีส่วนประสมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 คน

ภายหลังจากได้ข้อ เสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy 1991) ซึ่งประเมินการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวด้านต่างๆ จำนวน 54 ข้อ แต่ละข้อจะมีพฤติกรรมการปรับตัวให้เลือก 5 ระดับ คือ

ไม่เลย หมายถึง ผู้ตอบไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย  
เล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนานๆ ครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลางหรือบางครั้ง

มาก หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นส่วนใหญ่

มากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบมีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกประการ

การตอบแบบสัมภาษณ์จะต้องเลือกเพียง 1 คำตอบเท่านั้น โดยผู้วิจัยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสัมภาษณ์การปรับตัวนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางด้านบวก จำนวน 42 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ	ไม่เลย	ได้	1	คะแนน
	เล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
	ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
	มาก	ได้	4	คะแนน
	มากที่สุด	ได้	5	คะแนน

ข้อความทางด้านลบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 33, 38, 39 พิจารณาให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ	ไม่เลย	ได้	5	คะแนน
	เล็กน้อย	ได้	4	คะแนน
	ปานกลาง	ได้	3	คะแนน
	มาก	ได้	2	คะแนน
	มากที่สุด	ได้	1	คะแนน

คะแนนการปรับตัวทั้ง 4 ด้านกระจายอยู่ระหว่าง 54-270 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงทิศทางการปรับตัวที่เหมาะสม และคะแนนต่ำแสดงทิศทางการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

2.3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของจิรประภา ภาวิไล (2535) โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป (General Health Perception) ของบรูคและคณะ (Brook, et al. 1979) ซึ่งครอบคลุมการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค / การเสี่ยงต่อความเจ็บปวด ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

ลักษณะแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

4 ช่วง ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพชุดนี้ ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทางด้านบวก และด้านลบ การให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14

15, 16, 17

ข้อความทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1, 11, 12

พิจารณาให้คะแนนดังนี้

เลือกตอบ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	คะแนนเป็น 4	คะแนนเป็น 1
เห็นด้วย	คะแนนเป็น 3	คะแนนเป็น 2
ไม่เห็นด้วย	คะแนนเป็น 2	คะแนนเป็น 3
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	คะแนนเป็น 1	คะแนนเป็น 4

คะแนนทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 17 - 68 คะแนน โดยที่คะแนนต่ำแสดงถึงทิศทางการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ไม่ดี และคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี

### การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

#### การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

1. แบบสัมภาษณ์การปรับตัว หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปรับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คนดังนี้

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการปรับตัว 1 คน

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชศาสตร์ 1 คน

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยนำไปรับการตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คนดังนี้

อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวชศาสตร์ 1 คน

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 คน

พยาบาลผู้ชำนาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 คน

หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 2 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความ ตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

#### การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การปรับตัวและแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน แล้วคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ คือ (ยูดี้ ภาษา และคณะ 2532: 127-129)

$$\alpha = \left[ \begin{array}{c} n \\ n-1 \end{array} \right] \left[ \begin{array}{c} \Sigma S^2_{i} \\ 1 - \frac{\Sigma S^2_{i}}{S^2_{t}} \end{array} \right]$$

เมื่อ  $\alpha$  = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัด

$n$  = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบวัด

$\Sigma S^2_{i}$  = ผลรวมความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อ

$S^2_{t}$  = ความแปรปรวนของคะแนนแบบสอบถามทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1. ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์การปรับตัว = .82

2. ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ = .86

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระรัตนราชธานีและโรงพยาบาลโรคทรวงอก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบแพทย์หัวหน้าฝ่ายอาศุรกรรม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญอาศุรกรรมหญิงสามัญอาศุรกรรมชาย อาศุรกรรมพิเศษ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากรายงานประวัติของผู้ป่วย

3. เข้าแนะนำตัวต่อผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าและออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

4. กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งบอกสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมและสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพในอันดับ แรกและตามด้วยแบบสัมภาษณ์การปรับตัว หลังจากนั้นอีก 7 วัน ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่ 2 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม และสัมภาษณ์ครั้งที่ 3 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

5. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งบอกสิทธิของผู้ป่วยในการเข้า และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา ผู้วิจัยสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพในอันดับ แรกและตามด้วยสัมภาษณ์การปรับตัว ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งแรก หลังจากนั้นผู้วิจัยนำผู้ป่วยมาห้องที่เตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องที่ไม่มีสิ่งรบกวน จัดให้ผู้ป่วยนั่งเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน และดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์กติกากิจกรรม พร้อมทั้งอธิบายผู้ป่วยว่าสามารถพูดคุยเรื่องต่างๆ ได้ทั้งเรื่องของตนเองสบายใจและคับข้องใจ รวมทั้งเรื่องที่ทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว และรบกวนการดำเนินชีวิตและรบกวนจิตใจที่เกี่ยวกับภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อเป็นการสำรวจปัญหา หาสาเหตุและร่วมกันหาแนวทางช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีผู้วิจัยคอยสนับสนุนกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยทุกคน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับ สาเหตุอาการเจ็บหน้าอก ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นปัญหา และนัดแนะตกลงกิจกรรมครั้งต่อไปและยุติกลุ่ม

กิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 2 วันผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยนำกติกาที่ตกลงไว้ในครั้งแรกมาเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทักทายและสอบถามปัญหาจากการทำกิจกรรมครั้งแรก ทบทวนความรู้ที่ได้จากการสอนเพิ่มเติมและแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พร้อมทั้งสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพิจารณาเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในหัวข้อการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แล้วนัดแนะกิจกรรมครั้งต่อไปแล้วยุติกลุ่ม

กิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่สอง 2 วันผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยทบทวนความรู้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมกันสรุปประเด็นปัญหา สรุปวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อดำเนินชีวิตในอนาคต และการวางแผนในการแก้ไขปัญหาดังๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยแล้วยุติกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยติดตามสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์หลังการทดลอง

ทันที โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ซึ่งเป็นวันมาตรวจตามนัดครั้งแรก ผู้วิจัย  
สัมภาษณ์ผู้ป่วยครั้งที่ 3 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมอีกครั้ง

สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้





## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลอง คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการทดลองทันที และคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
3. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลอง คะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองทันที และคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภายหลังการทดลองทันที และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยใช้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ภายหลังการทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)
6. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

**ผลการวิจัยและการอภิปรายผล**

**ผลการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 40 ราย นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระดับการทำหน้าที่ของหัวใจ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
31-40	0	0	0	0
41-50	3	15	4	20
51-60	10	50	8	40
61-70	7	35	8	40
สถานภาพสมรส				
โสด	0	0	0	0
คู่	19	95	18	90
หย่า	0	0	0	0
หม้าย	1	5	2	10
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2	10	1	5
ประถมศึกษา	11	55	12	60
มัธยมศึกษา	4	20	5	25
อุดมศึกษา	3	15	2	10
อาชีพ				
ทำงานบ้าน	3	15	7	35
เกษตรกร	3	15	4	20
รับจ้าง	9	45	3	15
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	3	15	3	15
ค้าขาย	2	10	3	15

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ต่อเดือน</b>				
ต่ำกว่า 1,000	0	0	2	10
1,000 - 3,000	7	35	9	45
3,001 - 5,000	3	15	1	5
5,001 - 7,000	2	10	3	15
7,001 - 9,000	1	5	2	10
9,000 - 10,000	4	20	1	5
มากกว่า 10,000	3	15	2	10
<b>โรคประจำตัว</b>				
เบาหวาน	7	35	5	25
ความดันโลหิตสูง	10	50	8	40
ไขมันในโลหิตสูง	0	0	6	30
ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ	6	30	6	30
<b>มีโรคประจำตัว</b>				
โรคประจำตัว 1 โรค	8	40	10	50
โรคประจำตัว 2 โรค	2	10	3	15
โรคประจำตัว 3 โรค	3	15	1	5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการทำหน้าที่ของหัวใจ				
- มีโรคหัวใจ แต่ไม่มีอาการ	4	20	4	20
- มีอาการเมื่อมีกิจกรรมปกติ	9	45	7	35
- มีอาการถึงแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก	7	35	9	45
- มีอาการขณะพัก	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุใกล้เคียงกัน คือ ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 และ 90 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 และ 60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35 และ 45 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 35 และ 25 ตามลำดับ และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 50 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 40 และ 50 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการทำหน้าที่ของหัวใจ คือ มีอาการเมื่อมีกิจกรรมประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง ทันที		หลังจำหน่ายออกจาก ร.พ. 2 สัปดาห์	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
	กลุ่มทดลอง	3.479	0.341	3.488	0.330	3.156
กลุ่มควบคุม	3.594	0.365	3.456	0.535	3.276	0.397

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองใกล้เคียงกัน ทั้งก่อนและหลังการทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการปรับตัวโดยรวม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ภายหลังจากทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง ทันที		หลังจำหน่ายออกจาก ร.พ. 2 สัปดาห์	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
	กลุ่มทดลอง	3.784	0.353	3.780	0.365	3.438
กลุ่มควบคุม	3.944	0.360	3.895	0.441	3.624	0.386

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน ทั้งก่อนการทดลองและภายหลังจากทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพภายหลังการทดลองทันที และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
<b>ภายหลังการทดลองทันที</b>				
ตัวแปรร่วม	1	159.256	159.256	101.390**
ระหว่างกลุ่ม	1	3.025	3.025	0.193 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	580.694	15.694	
รวม	39	2174.975	55.769	
<b>ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์</b>				
ตัวแปรร่วม	1	193.561	193.561	4.601*
ระหว่างกลุ่ม	1	42.146	42.146	1.002 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	1556.475	42.067	
รวม	39	1792.181	45.953	

\*\* P < .01

\* P < .05

NS = ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ  $\alpha = .05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพภายหลังการทดลองทันที และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ )

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวรายด้าน และโดยรวม ภายหลังจากทดลองทันที ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้าน บทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองเป็น ตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS <sub>v</sub>	MS <sub>v</sub>	F
<b>ด้านร่างกาย</b>				
ตัวแปรร่วม	1	2888.035	2888.035	202.977**
ระหว่างกลุ่ม	1	118.119	118.119	8.302**
ภายในกลุ่ม	37	526.450	14.228	
รวม	39	3532.604	90.580	
<b>ด้านอัตมโนทัศน์</b>				
ตัวแปรร่วม	1	4222.556	4222.556	340.061**
ระหว่างกลุ่ม	1	23.853	23.853	1.921 <sup>ns</sup>
ภายในกลุ่ม	37	459.432	13.417	
รวม	39	4705.841	120.663	
<b>ด้านบทบาทหน้าที่</b>				
ตัวแปรร่วม	1	1250.212	1250.212	810.567**
ระหว่างกลุ่ม	1	26.896	26.896	17.438**
ภายในกลุ่ม	37	57.068	1.542	
รวม	39	1334.176	34.210	
<b>ด้านการพึ่งพาอาศัย</b>				
ตัวแปรร่วม	1	568.127	568.127	90.048**
ระหว่างกลุ่ม	1	.988	.988	157.000 <sup>ns</sup>
ภายในกลุ่ม	37	233.439	6.309	
รวม	39	802.533	20.578	

ตารางที่ 5 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS <sub>v</sub>	MS <sub>v</sub>	F
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>				
ตัวแปรร่วม	1	9265.942	9265.942	256.064**
ระหว่างกลุ่ม	1	448.881	448.881	12.405**
ภายในกลุ่ม	37	1338.881	36.186	
รวม	39	11053.704	283.428	

\*\* P &lt; .01

NS = ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ  $\alpha = .05$ 

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวม ค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านร่างกาย และค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ภายหลังจากทดลองทันทีระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .01) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ และค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P > .05)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวรายด้าน และโดยรวม ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้าน อัจฉมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัยและการปรับตัวโดยรวม ก่อนการ ทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
<b>ด้านร่างกาย</b>				
ตัวแปรร่วม	1	105.527	105.527	1.449 <sup>NS</sup>
ระหว่างกลุ่ม	1	193.137	193.137	2.653 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	2694.012	72.811	
รวม	39	2992.676	76.735	
<b>ด้านอัจฉมโนทัศน์</b>				
ตัวแปรร่วม	1	586.081	586.081	5.098 <sup>*</sup>
ระหว่างกลุ่ม	1	13.353	13.353	0.116 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	4253.992	114.973	
รวม	39	4853.420	124.447	
<b>ด้านบทบาทหน้าที่</b>				
ตัวแปรร่วม	1	1.185	1.185	0.055 <sup>NS</sup>
ระหว่างกลุ่ม	1	81.225	81.225	3.752 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	800.961	21.648	
รวม	39	883.371	22.651	
<b>ด้านการพึ่งพาอาศัย</b>				
ตัวแปรร่วม	1	51.604	51.604	3.357 <sup>NS</sup>
ระหว่างกลุ่ม	1	11.327	11.327	0.737 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	568.791	15.373	
รวม	39	631.722	16.198	

ตารางที่ 6 (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS <sub>v</sub>	MS <sub>v</sub>	F
<b>การปรับตัวโดยรวม</b>				
ตัวแปรร่วม	1	44.414	44.414	0.163 <sup>NS</sup>
ระหว่างกลุ่ม	1	403.892	403.892	1.483 <sup>NS</sup>
ภายในกลุ่ม	37	10078.513	272.392	
รวม	39	10526.819	269.918	

\*  $P < .05$ NS = ไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ  $\alpha = .05$ 

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัยและการปรับตัวโดยรวม ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ )

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน ต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ และผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หลังการทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ของทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) ดังตารางที่ 4 สมมติฐานนี้ไม่ได้รับการสนับสนุน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการทดลองทันที และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ อาจเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ กล่าวคือ มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเข้าเกณฑ์ในการเลือกเข้ากลุ่มอภิปรายแต่ละครั้งมีจำนวนน้อย ดังนั้น ในบางครั้งการจัดกลุ่มทำให้ได้กลุ่มเล็กมีสมาชิก 3 หรือ 4 คน ซึ่งในกลุ่มที่เล็กอาจทำให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นไม่กว้างขวาง อาจมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนไม่อาจไปกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลได้ สอดคล้องกับมาโกและฮานัค (Margo 1985: 65; Harnack, et al. 1977: 65) ที่กล่าวว่า จำนวนสมาชิกภายในกลุ่มมีอิทธิพลต่อปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเป็นอย่างมาก ถ้ามีสมาชิกในกลุ่มน้อยเกินไป จะทำให้สมาชิกรู้สึกอึดอัด วิตกกังวล จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม จอห์นสัน (Johnson 1982: 162) กล่าวว่าควรมีจำนวน 5 - 15 คน และจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มให้มีประสิทธิภาพคือ 5 คน นอกจากนี้ สถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทั้งในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลโรคทรวงอก บางครั้งไม่สามารถหาสถานที่ที่เป็นสัดส่วนเฉพาะได้ ต้องใช้สถานที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเปิดโล่ง มีบุคคลอื่นๆ ผ่านไปมาและมีเสียงรบกวน จึงอาจมีผลให้การรับรู้กิจกรรมหรือข้อมูลจากกลุ่มน้อยลง สิ่งเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้การทำกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งมาแรม (Marram 1978: 151) ได้กล่าวว่า สถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วน เหมาะสม เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันมากขึ้น และทำให้รู้สึกมั่นคงปลอดภัย และในส่วนของผู้วิจัยอาจมีความชำนาญในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ และจากผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวโดยรวมภายหลังการทดลองทันทีของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ ( $P < .01$ ) ในขณะที่ทั้ง 2 กลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ( $P > .05$ ) ดังตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5 ตามลำดับ สมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนบางส่วนกล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีการปรับตัวโดยรวม หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทันทีดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนทันที พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีกว่ากลุ่มควบคุม การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนเป็นกิจกรรมที่นำผู้ป่วยโรคเดียวกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็น ประสบการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และพยาบาลให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของสมาชิกในกลุ่มที่เกิดจากมีปฏิสัมพันธ์ ทำให้ทราบว่าตนเองไม่ได้ประสบปัญหาต่างๆ แต่เพียงคนเดียวจะทำให้เกิดกำลังใจเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามความคิดเห็นของกลุ่ม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2526: 113) และสอดคล้องกับ วินิจ เกตขำ และคมเพชร ศุภกุล (2522) กล่าวว่ากลุ่มจะมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ โดยผู้ป่วยจะใช้กลุ่มเป็นเครื่องตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมอย่างไร

ส่วนในด้านอัตโนทัศน์ และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ต้องใช้ระยะเวลาอันนานจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ สอดคล้องกับ เกล (Gail 1976) ที่กล่าวว่าอัตโนทัศน์เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล และเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ เห็นได้ว่าระยะเวลาในการร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนนั้นใช้เวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงอัตโนทัศน์และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน จึงจำเป็นต้องอาศัยการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการ

ในส่วนของการปรับตัวโดยรวม ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์พบว่า การปรับตัวของทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า จากข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 35 และ 50 ตามลำดับ กลุ่มควบคุมมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 25 และ 40 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เป็นโรคประจำตัวอยู่แล้วจำเป็นต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ก่อน และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กำลังเผชิญอยู่ทำให้การปรับตัวยุ่งยากซับซ้อนมาก

ขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้การปรับตัวไม่ประสบความสำเร็จ และอาจเกิดจากแรงจูงใจในการปฏิบัติ เพราะภายหลังการทดลองทันทีผู้ป่วยมีการปรับตัวโดยรวมนดีกว่ากลุ่มควบคุม อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนนั้น เป็นการรวมเอาผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเป็นการกระตุ้นทำให้ปฏิบัติตาม ซึ่งอัลพอร์ต (Allport อ้างใน สุชา จันทร์เอม 2524: 24-25) กล่าวว่า กลุ่มจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกในแง่แรงจูงใจให้เกิดการกระทำ และจากการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน 3 ครั้ง อาจน้อยเกินไป และไม่ต่อเนื่อง จนกระทั่งเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้การปรับตัวไม่ประสบผลสำเร็จ อีกประการหนึ่ง อาจเนื่องจากระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งในระยะนี้ อาจมีเหตุการณ์ต่างๆ ที่เข้ามากระทบ ทำให้เมื่อเกิดการปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ไม่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนอาจรวมถึงความชำนาญของผู้วิจัยที่ยังมีความชำนาญไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยนี้ น่าจะส่งผลต่อการปรับตัวเช่นกัน ตลอดจนมีสมาชิกในการร่วมกิจกรรมมีจำนวนน้อย อาจทำให้ผู้ป่วยได้เห็นตัวอย่างและประสบการณ์ต่างๆ ไม่หลากหลาย ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงถาวรได้ และอาจเนื่องจากระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยอาจจะลืม อย่างไรก็ตามข้อมูลจากสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า การได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกและความคิดต่อตนเองในแง่บวกดังเช่น

"รู้สึกว่ามีคนที่ เป็นเหมือนกัน ไม่ได้มีเราเพียงคนเดียว"

"เขายังไม่กลัว แล้วเราจะกลัวทำไม เลยทำใจได้ดีขึ้น"

"ได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์กับคนอื่น"

"ทำให้เห็นว่ามีอาการหลายๆแบบ จะได้ระวังตัว"

"รู้สึกมีกำลังใจ"

"มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหา"

"ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นโรคอยู่คนเดียว ยังมีคนอื่นที่เป็นหนักกว่าเรา"

"สบายใจขึ้น"

"ยังไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติได้ตลอด โดยเฉพาะเรื่องการกินค่อนข้างลำบาก"

"รู้สึกดี แต่ไม่แน่ใจว่าจะปฏิบัติตัวได้ทุกอย่าง แต่จะพยายาม"

"รู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ ได้แนะนำคนอื่นๆ ไม่ใช่แค่โรค แต่เป็นเรื่องอื่นๆ"

ฯลฯ

ข้อมูลข้างต้นน่าจะแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนแม้ว่าจะไม่ช่วยทำให้ผู้ป่วยปรับตัวในด้านต่างๆได้อย่างชัดเจนนัก แต่ก็ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิดต่อการเจ็บป่วยของตนเองในทางที่ดีขึ้น

## สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลโรคทรวงอก จำนวน 40 คน โดยเลือกจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง ได้รับการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แผนการสอน เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว
3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ จีระประภา ภาวิไล และแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเลือกผู้ป่วยตามลักษณะที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มควบคุมสัมภาษณ์ครั้งแรกเมื่อพบ ครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 7 วัน ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ได้รับการแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 เมื่อมาตรวจตามนัด และเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง สัมภาษณ์ครั้งแรกเมื่อพบ ครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 7 วันขณะอยู่ในโรงพยาบาลและภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนครบ 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 วัน สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 เมื่อมาตรวจตามนัดและเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนนี้เป็นกิจกรรมที่อาศัยเทคนิคกระบวนการกลุ่ม มุ่งเน้นที่จะให้เกิดการปรับตัวในด้านต่างๆ กิจกรรมเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และเป็นการให้คำแนะนำซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้คอยกระตุ้น เชื่อมโยงคำพูดในประเด็นต่างๆ และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ ภาวะสุขภาพและการปรับตัวภายหลังการทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) ได้ผลการวิจัยดังต่อไปนี้

### ผลการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งภายหลังการทดลองทันที และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) แต่การปรับตัวโดยรวมภายหลังการทดลองทันทีของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ( $P < .01$ ) ในขณะที่ทั้ง 2 กลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ ) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

### ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัยดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของกลุ่มทดลอง เมื่อกลับสู่สิ่งแวดล้อมเดิมไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่พบว่าการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนนั้นทำให้การปรับตัวภายหลังการทดลองทันทีดีกว่ากลุ่มควบคุม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มทดลองบอกว่า การมีเพื่อนพูดคุยทำให้สบายใจและรู้สึกว่าไม่ใช่มีแต่ตนเองเท่านั้นที่เผชิญกับโรคโดยลำพัง ยังมีบุคคลอื่นที่เป็นเหมือนตนและอาจจะเป็นแรงกว่าทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและคลายความเครียดลงได้ ผู้วิจัยคิดว่ายังสมควรที่จะนำกิจกรรมกลุ่มมาใช้ในการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนกับผู้ป่วย ตลอดเวลาที่ยังรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้พยาบาลตระหนักถึงคุณค่าของการใช้กิจกรรมกลุ่ม เพราะเป็นวิธีการหนึ่ง que แสดงถึงความสนใจ ใส่ใจผู้ป่วยทำให้ เข้าใจปัญหาที่แท้จริงจากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แบ่งปัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันและ เร็ยสนธิที่จะนำประสบการณ์ของผู้ป่วยอื่นไปใช้ได้จริง จึงน่าจะให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากกว่าวิธีการสอนหรือแนะนำตามปกติ

## ด้านการศึกษา

ด้านการเรียนการสอนควรมีการสอนเทคนิคการทำกลุ่ม เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้หลักการและมีพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มต่อไป

## ด้านการวิจัย

ควรทำซ้ำ โดยต้องควบคุมตัวแปรต่างๆ เช่น ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมควรมีจำนวนไม่น้อยกว่า 5 คน จำนวนครั้งในการทำวิจัย สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัยควรจัดให้มีบรรยากาศเงียบสงบเพื่อไม่ให้รบกวนสมาธิผู้ป่วยขณะร่วมกิจกรรม และควรเพิ่มการวัดตัวแปรด้าน ความวิตกกังวล ความเครียด หรือความรู้ เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัดภายหลังการทำกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผน

## บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ ศักดิ์สมบูรณ์. ผลของการให้ความรู้โดยการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. "วิถีการสูบบุหรี่." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน้าที่ 8-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. หน้า 721-783. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. หน้า 342-400. สมพันธ์ หิญชีระนันท์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- จินตนา ชูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดคลื่นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จุกา บุรภัคดี. กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพฯ: คณะวิชาครุศาสตร์ ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว วิทยาลัยครูสวนสุนันทา, 2526.
- ไฉนพร ชื่นใจเรือง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ชรัสนิกุล อัมมฤณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคิดสร้างสรรค์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- ชวันพิศ ทำนอง. ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- คาริณี ส่วงภาพ. การสร้างรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ทัศนา บุญทอง. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอย." ใน สัมมนาทางวิชาการเรื่องทฤษฎีทางการพยาบาล. หน้า 1-17. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

- ทัศนีย์ บุญทอง. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอส." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้.  
สัมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์,  
2528.
- \_\_\_\_\_. "การพยาบาลกับการป้องกันโรคจิต." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการเลือกสรรการ  
พยาบาลมารดา-ทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15. พิมพ์ครั้งที่ 4.  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2531.
- ทัศนีย์ พงกษาชีวะ. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเอดส์และพฤติกรรม  
สุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะไวรัสตีบอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,  
2535.
- ทิพาพันธ์ ศศิธร เวชกุล. "การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
เฉียบพลัน." วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 5(มกราคม - มิถุนายน 2535)  
22-24.
- นิภา นิธยาสน. การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ: สารศึกษา  
การพิมพ์, 2523.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพ  
ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ประดิษฐา สิ้นสว่าง. ผลของการสนับสนุนในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว  
ต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,  
2536.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่เป็นผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- พิกล บุญช่วง. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- เพิ่มพูล ธรรมศิริ. ผลของการสอนโดยการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็ง  
บริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- เพชรน้อย สิ่งข้างซ้าย, ศิริพร ชัมภลิต และทัศนีย์ นะแสง. วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2532.
- มารยาท ณ นคร. ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อทัศนคติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดเปิดลำไส้ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- สุดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2526.
- ลออ หุตางกูร. หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต, 2534.
- วิเชียร ทองแดง. "Ischemic Heart Disease (IHD)." ใน เวชปฏิบัติทันตศัลยกรรม 2537. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ, 2536.
- ศิริอร สิ้นธ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. "โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย." คลินิก. 3(พฤศจิกายน 2530): 786-794.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย." ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: เอเชียเพรส จำกัด, 2531.
- สาธัญญา คงพันธ์. ประสิทธิภาพของโครงการสอนนักศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข) สาขาวิชาเอกสหศึกษา, 2535.
- สาธนิณ เกษมกิจวัฒนา. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอส" ใน ทฤษฎีการพยาบาล. หน้า 62-87. เพ็ญศรี ระเบียบ. บรรณาธิการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- สิริอร พัวศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- สุธา จันท์เอม และสุรางค์ จันท์เอม. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แพรวพินิต, 2521.



โสภา ชูพิกุลชัย. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2522.  
อาภรณ์ รัตนาจิตร. ผลของการใช้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการลดน้ำหนัก  
ในคนที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

- Adams, J. "Mutual-help group: Enhancing the coping ability of oncology clients." Cancer Nursing. 2 (1979): 95-98.
- Andrew, H.A. and Roy, S.C. The Roy Adaptation Model. California: Appleton & Lange, 1991.
- Andrew, H.A. and Roy, C. The Roy Adaptation Model: The definitive statement. Norwalk: Connecticut, 1991.
- Aguilera, D.C. and Messick, J.M. Crisis Intervention Theory and Methodology. pp. 63-64. 4th ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1974.
- Arkoff, A.B. Adjustment and Mental Health. New York: McGraw-Hill Book Co., 1968.
- Beland, L.L. and Passos, J.Y. Clinical nursing pathophysiological and psychosocial approach. 4th ed. New York: Macmilland Publishing, 1981.
- Bell, J.M. "Stressful Life events and coping method in mental illness and wellness behavior" Nursing Research. 26(May-June 1977): 186.
- Boyer, K.B., Brooke, S.P. and Edwards, J.E. Mental Health and Psychiatric Nursing. 181-187. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.
- Brandt, P.A. and Weinert, C. "The PRQ-85 A Social Support Measure." Nursing Research. 30 (September-October 1981): 277-280.
- Brook, H.R., et al. "Overview of adult Health Status measures Fields". Medical Care. 17(July 1979): 1-131.
- Bullock, B.L., et al. "Alternation in Specific Structures in the Heart." In Pathophysiology: Adaptation and Alternation in Function. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.

- Caplan, R.D. "Patient, Provider and Organization: Hypothesized Determinants of Adherence." In New Directions in Patients Compliance. pp. 75-110. Edited by S.J. Cohen. Lesington: D.C. Health & Company, 1977.
- Carter, S.K., Glastein, E. and Livingston, R.B. Principle of Cancer Treatment. New York: McGraw-Hill Book Company, 1982.
- Cohen, S. and Willis, T.A. "Stress, Social support and the Buffering hypothesis." Psychological Bullentin. 98 (February 1985): 310-353.
- Francis, M.C. Psychosocial Nursing. 2nd ed. New York: Macmillan Publishing Company, 1976.
- Gail, W.S. "The Dynamics of Self-Growth." In Nurse-Clients interaction. pp. 50-51. Edited by S.J. Sundeen., et al. St.Louis: The C.V. Mosby Combany, 1976.
- Golonka, L.M. "The use of Group Counselling will Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy." Dissertation Abstract International. 37(1977): 6362A.
- Haak, W.S. and Huether, E.S. "The Person with Myocardial Infarction." In Candiovascular Nursing Holistic Practice. p 252-259 St. Louis: Mosby-Year Book, 1992.
- Harnack, R.V., et al. Group discussion: Theory and Technique. 2nd ed. New Jersey: Printice - Hall, Inc., 1977.
- Heffon, W.A., Bommelaere, K. and Mostess, R. "Group discussions with the parents of Leukemia children." Pediatrics. 52(December 1973): 831-839.
- Heinzelman, F. and Bagley, R.W. " Response to physical Activity Programs and Their Effect on Health Behavior". Public Health Reports. 85(October 1970): 905-911.
- Horgan, A.F. "Health Status Perception and Health Related Behaviour." Journal of Gerontological Nursing. 13(1987): 30-33.

- John, J.E. and Morse, J.M. "Regaining control: The Process of adjustment after myocardial infarction." Heart & Lung. 19(March 1990): 126-135.
- Johnson, J. "The effects of a patients education course on persons with a chronic illness." Cancer Nursing. 5(April 1982): 117-123.
- Kahan, J. Kemp, B. Staples, F.R. and Brummel-Smith, K. "Decreasing the burden in families caring for relative with a dementing illness. A controlled study. Journal American Geriatric Social. 33(1985): 664.
- King, I.M. A Theory for nursing. New York: John Willey & Son Inc., 1981.
- Klein, A.F. Effective Group Work: and Introduction to Principle and Method. New York: Association Press, 1972.
- Knapp, D. and Black, W.B. "Emotional and behavioral problems in cardiac rehabilitation patients". Journal of Cardiac Rehabilitation. 5: 1985.
- Kozier, B., Erb, G. and Bufalino, P.M. Introduction to nursing. California: Addison-Wesley Publishing Comapny, 1989.
- . A theory for nursing. New York: John Willey & Son, Inc., 1981.
- Lawrence, S.A. and Lawrence, R.M. "A Model of Adaptation to the stress of chronic illness." Nursing Forum. 18(January 1979): 40-41.
- Lorig, K., et al. "Outcome of self-education for patient with arthritis." Arthriris Rheumatoid. 28(June 1985): 680-685.
- Luckman, J. and Sorensen, K.C. "Stress and Disease: Major Causative Factors". In Medical - Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach. p.41-47. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1974.
- Margo, W. Group therapy, Process to Nursing Practice. Maryland: Prentice-Hall, 1985.
- Marram, G.D. The Group Approach in Nursing Process. 2nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.

- Marino, L.A. and Kooser, J.A. "The Psychosocial Care of Cancer clients and their families: periods of high risk." In Cancer nursing. pp. 35-56. Edited By L.B., Marino. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1981.
- Mickus, D. "Activities of daily living in woman after myocardial infraction." Heart & Lung. 15(July 1986): 376-381.
- Miller, S.P., et al. "Influence of A Nursing Intervention on Regimen Adherence and Societal Adjustments Postmyocardial Infarction." Nursing Research. 37 (September-October 1988): 297-302.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. New York: Appleton Century-Croft. 1987.
- Pollock, S.E. "Human Response to Chronic illness: Physiologic and Psychosocial Adaptation." Nursing Research. 36(March-April 1986): 90-95.
- Ritchie, D. "Cardiovascular Problems." In Nursing Management For the Ederly. p.423-434. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1993.
- Riegel, B. "Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operatinalization of Johnson's behavioral system model. Advance in Nursing Science. 11(January 1988): 74-83.
- Roy, C. "The Nursing Process." In Introduction to Nursing: An Adaptation Medel. pp. 11-17. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1976.
- Roy, C. and Robert, S.L. Theory construction in nursing adaptation. New Jersey: Prentic-Hall, 1981.
- Roy, S.C. and Andrews, H.A. The Roy Adaptation Model. Norwalk: Appleton & Lange, 1991.
- Runion, L.A. "A Program for psychological and Social Enhancement during Rehabilitation after myocardial infarction." Heart & Lung. 14(February 1985): 117-125.

- Shanfield, S.B. "Return to work after an acute myocardial infarction: A review." Heart & Lung. 19(March 1990): 109-117.
- Sheps, D.S. The management of post MI patients. New York: McGraw-Hill, 1987.
- Sigman, P.M. "A Challenge to the concept of adaptation as "Health". In Coping with stress. p.36. Edited By D.S. Herley and G.F. Donnelly. London: An Aspen Publication, 1981.
- Simon, N.M. The Psychological aspects of intensive care Nursing. Maryland : A Prentice - Hall Publishing Communications Company, 1980.
- Spiegel, D., Bloom, J.R. and Yaloms, J. "Group Support for Patients With Metastatic Cancer." Arch Gen Psychiatry. 38(May 1981): 527-533.
- Swanton, R.H. Cardiology Pocket consultant. 3rd ed. Oxford: Blockwell Scientific Publication, 1994.
- Trojan, A." Benefits of self-help group: a survey of 232 members from 65 diseases-related group." Social Science Med. 29 (February 1989): 225-232.
- Underhill, S.L., et al. "Myocardial Ischemic and Infarction." In Cardiac Nursing. p.p.495-506. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1989.
- Watson, Phyllis M. "Patient Education: The Adult with cancer" Nursing Clinics of North America. 4(December 1982): 736.
- Webster, K.K. and Christman, J.N. "Perceived Uncertainty and Coping Post Myocardial Infarction." Nursing Research. 10(August 1988): 385-399.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแผนการสอนและคู่มือการปฏิบัติตน  
เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์บัณฑิต พรหมเมศรี  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
4. นายแพทย์ประกาย จารุวัฒน์  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประกาย ยุทธไตร  
ภาควิชาสูติศาสตร์และสูติศาสตร์ และ การพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. นางสาวพัชรา อินทรสุท  
หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู ตึกอักษณาศึกษา 1 โรงพยาบาลศิริราช

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วย  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นายแพทย์บัณฑิต พรหมเมศรี  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. นายแพทย์ประกาย จารุวัฒน์  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประกาย สุทธิไตร  
ภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นายแพทย์บัณฑิต พรหมเมศรี  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
4. นายแพทย์ประภากร จารุวัฒน์  
ฝ่ายอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
5. นางสาวพีชรา อินทรสุข  
หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู ตึกอักษณาศึกษา 1 โรงพยาบาลศิริราช
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา อรุณไตร  
ภาควิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



### แบบฟอร์มการอธิบายเพื่อขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย

ดิฉันชื่อ นางสาวนินดา หาญคุณากุล เป็นพยาบาล ขณะนี้กำลังศึกษาต่อปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกำลังทำวิจัยเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกนึกคิดของท่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง การสัมภาษณ์ครั้งแรกห่างจากครั้งที่สอง 1 สัปดาห์ ครั้งที่สามเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากท่านออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว และเป็นการนัดมาตรวจครั้งแรก การสัมภาษณ์นี้จะไม่มีการถูกหรือผิด และไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาในขณะนี้ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ตามที่ท่านต้องการ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่านอย่างแน่นอน ข้อมูลที่ท่านให้จะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะออกมาเป็นผลโดยรวม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งจะเป็นการพัฒนาการให้บริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ มา ณ ที่นี้ด้วย

นินดา หาญคุณากุล  
 นักศึกษาปริญญาโท  
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## แบบฟอร์มการอธิบายเพื่อขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัย

ดิฉัน นางสาวนิตา หาญคุณกุล เป็นพยาบาล ขณะกำลังศึกษาต่อปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และกำลังทำวิจัยผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของท่านเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ครั้งแรกห่างจากครั้งที่สอง 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ หลังจากท่านออกจากโรงพยาบาลไปแล้วและเป็นการมาตรวจตามนัดครั้งแรก และในระหว่างสัปดาห์ที่ 1 จะมีการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัว 3 ครั้ง ซึ่งในแต่ละครั้งจะเป็นการนำผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 4-7 คน มาเข้ากลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับ ปัญหา ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยผู้วิจัยจะให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะของโรค และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งแนวทางในการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ข้อมูลที่ท่านให้จะเป็นความลับ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ตามที่ท่านต้องการ และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาของท่านอย่างแน่นอน ผลการวิจัยจะออกมาเป็นผลโดยรวม ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งจะเป็นการพัฒนาการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยต่อไป ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ มา ณ ที่นี้ด้วย

นิตา หาญคุณกุล

นักศึกษาปริญญาโท

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



เลขที่แบบสอบถาม.....

โรงพยาบาล.....

วันที่.....

## แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ส่วนสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.
4. สถานภาพสมรส ( ) คู่ ( ) โสด, หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย
5. ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ..... ปี สำเร็จการศึกษาระดับ .....
6. อาชีพที่ทำก่อนการเจ็บป่วย .....
- 6.1 อาชีพปัจจุบัน
 

( ) ทำงานบ้าน	( ) ทำนา ทำสวน ทำไร่
( ) รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	( ) ค้าขาย
( ) รับจ้าง	( ) อื่น ๆ .....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ..... บาท
8. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ..... เดือน/ปี
9. โรคประจำตัวที่พบร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 

( ) เบาหวาน	( ) ภาวะไขมันในเลือดสูง
( ) ความดันโลหิตสูง	( ) อื่น ๆ .....
10. บุหรี่ ( ) สูบบุหรี่ ( ) ไม่สูบบุหรี่
  - 10.1 ก่อนการเจ็บป่วยสูบบุหรี่ ..... มวน/วัน
  - 10.2 ปัจจุบันนี้ท่านสูบบุหรี่ ..... มวน/วัน
11. ระดับการทำหน้าที่ของหัวใจ .....
- ( ) มีโรคหัวใจแต่ไม่มีอาการ
- ( ) มีอาการเมื่อมีกิจวัตรประจำวัน
- ( ) มีอาการถึงแม้จะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก
- ( ) มีอาการขณะพัก

## แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1

แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่ตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตน ภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ฟังซ้ำ ๆ และขอให้ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด โดยมีคำตอบให้ท่านเลือก 4 ระดับ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

คำตอบจะไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจ สรุปคำตอบที่ได้จะออกมาเป็นส่วนรวมจึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อท่านแต่อย่างใด และผลที่ได้จะนำไปใช้ในการปรับปรุงการบริการการพยาบาลให้มีความดียิ่ง ๆ ขึ้นไป



## แบบสัมภาษณ์ ชุดที่ 2

### แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงการกระทำหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่าน ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความแต่ละข้อให้ท่านฟังซ้ำ ๆ ขอให้ท่านคิดว่าท่านมีการกระทำหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด โดยมีคำตอบให้ท่านเลือก 5 ระดับ คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือนาน ๆ ครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นปานกลางหรือบางครั้ง
มาก	หมายถึง	มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นส่วนใหญ่
มากที่สุด	หมายถึง	มีการกระทำหรือความรู้สึกตามข้อความนั้นเป็นประจำสม่ำเสมอ หรือทุกประการ

คำตอบจะไม่มีข้อใดถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบด้วยความสบายใจ สรุปคำตอบที่ได้จะออกมาเป็นส่วนรวม จึงไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อท่านแต่อย่างใด และผลที่ได้จะนำไปใช้ในการปรับปรุงบริการการพยาบาลให้มีความพอใจยิ่งขึ้นไป

#### ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
กังวลต่อการที่ต้องเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล	/				

จากตัวอย่าง หมายถึง ท่านไม่มีความกังวลต่อการที่ต้องรับการรักษายู่ในโรงพยาบาลเลย

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<p><b>ด้านร่างกาย</b></p> <p>1. ฉันทำงานน้อยลงกว่าแต่ก่อน เพื่อไม่ให้รู้สึกเหนื่อยเกินไป</p> <p>. . . . . . . . .</p>					
<p><b>ด้านอัตมโนทัศน์</b></p> <p>20. ร่างกายของฉันยังแข็งแรงเหมือนเดิม</p> <p>. . . . . . . . . . .</p>					
<p><b>ด้านบทบาทหน้าที่</b></p> <p>38. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ทำให้ฉันไม่สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้อย่างเดิม</p> <p>. . . . . . . . .</p>					

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>ด้านบทบาทการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น</b>					
48. เมื่อฉันรู้สึกว่าคุณต้องเผชิญปัญหาอยู่แต่เพียงผู้เดียว ฉันจะพยายามพูดคุยปรึกษากับสามี/ภรรยา หรือคนใกล้ชิด . . .					
54. ฉันให้การช่วยเหลือ/ดูแล บุคคลใกล้ชิดได้ตามปกติโดยไม่ขัดกับข้อห้ามของโรคที่เป็น					



**แผนการสอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**  
**เรื่อง การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**

<b>จำนวนผู้ป่วย</b>	4-7 คน
<b>สถานที่</b>	หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และ โรงพยาบาลโรคทรวงอก
<b>ระยะเวลา</b>	ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลา 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 วัน หลังจากผู้ป่วยมาอยู่ในหอผู้ป่วย และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนได้

**ผู้สอน** นางสาวนิตา ทาญคุณากุล

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และสามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

ภายหลังสิ้นกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยสามารถ

1. อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถูกต้อง
2. สามารถอธิบายอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถูกต้อง
3. ร่วมอภิปรายถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถูกต้อง
4. อธิบายยาที่ใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้
5. อธิบายการปฏิบัติตนหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พร้อมทั้งบอกเหตุผลในการปฏิบัติตนได้เหมาะสม
6. บอกแผนการดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่

## การทำกิจกรรม

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัว 3 ครั้ง เป็นกลุ่ม ๆ ละ 3-7 คน โดยแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาช่วยกันแก้ปัญหาพร้อมกันและให้ความรู้

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกิจกรรม

ในแต่ละครั้งผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการทำกิจกรรมดังนี้

### ครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 1

การแนะนำและทำความรู้จักผู้ป่วย รวมทั้งบอกวัตถุประสงค์ กติกา

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวแนะนำตนเอง และให้ผู้ป่วยแต่ละคน

แนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมและบอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลา

ในการทำกิจกรรม รวมทั้งกติกาการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยสอบถามผู้ป่วยถึงปัญหาที่เกิดจากกับผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาขณะนี้ทั้ง

ปัญหาเรื่องโรคและปัญหาอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและให้การช่วยเหลือ

ตามปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหา

สรุปปัญหาที่ทุกคนมีแล้วไขข้อข้องใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการ

ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น กระตุ้นให้เล่าประสบการณ์ และวิธีการแก้ไข

ของสมาชิกในกลุ่ม และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุรวมทั้งอาการเจ็บ

หน้าอก ภาวะแทรกซ้อน การรักษา

ขั้นตอนที่ 3

ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่พูดกับผู้ป่วยและวิธีการแก้ไข กล่าวปิดกิจกรรมและนัดการทำ

กิจกรรมครั้งต่อไป

### ครั้งที่ 2

ขั้นตอนที่ 1

ดำเนินกิจกรรมโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบมาและให้

ผู้ป่วยให้อภิปรายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกคนได้ทักทายกัน

ขั้นตอนที่ 3

ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น

และให้อภิปรายร่วมกันโดยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม

และให้ความรู้เพิ่มโดยเชื่อมโยงจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ในหัวข้อ การปฏิบัติ

ตนเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ขั้นตอนที่ 3

ผู้วิจัยสรุปปัญหาที่สมาชิกร่วมอภิปราย และไขข้อข้องใจในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ที่เคยประสบมา ตลอดจนการ

ปฏิบัติตนและกล่าวปิดกิจกรรมและนัดแนะนำการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

- ครั้งที่ 3
- การทบทวนความรู้และสรุปประเด็นปัญหา
- ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ปวยและเปิดโอกาสให้ผู้ปวยทักทายกัน
- ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยชี้ถามปัญหาที่ผ่านมามาตลอดการทำกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยแต่ละคนได้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นต่อการทำกิจกรรม ผู้วิจัยทบทวนความรู้ และตอบคำถามในประเด็นที่ผู้ปวยต้องการ
- ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาทั้งหมด รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อดำเนินชีวิตในอนาคตและการวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ปวยที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม พร้อมทั้งกล่าวอำลาและปิดกิจกรรม





หมายเหตุ จากตารางที่ 6 เนื่องจากภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ เมื่อทดสอบโดยใช้ ANCOVA พบว่าตัวแปรร่วม (Covariate) การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวม ก่อนการทดลองไม่มีอิทธิพล (ไม่มีนัยสำคัญ) ต่อตัวแปรตาม จึงใช้ t-test ทดสอบอีกครั้ง พบว่า ได้ผลสอดคล้องเช่นเดียวกับการใช้ ANCOVA ผลดังตาราง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบโดยใช้ t-test

การปรับตัว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t-test
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D	
ด้านร่างกาย	68.2263	8.256	63.8316	8.898	1.62 <sup>NS</sup>
ด้านบทบาทหน้าที่	34.6900	4.862	31.8400	4.311	1.96 <sup>NS</sup>
ด้านการพึ่งพาอาศัย	23.3714	4.517	22.3017	3.499	0.83 <sup>NS</sup>
การปรับตัวโดยรวม	162.1842	18.840	155.8289	13.336	1.23 <sup>NS</sup>

NS = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = .05$

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าการปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาอาศัย และการปรับตัวโดยรวมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P > .05$ )