

ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดา
ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม



นางสาว สุขศรี เลิศอารมย์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-031-289-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PERSONAL FACTORS RELATED TO COPING STRATEGIES IN PARENTS OF CHILDREN
HOSPITALIZED IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Miss Suksri Lertarom

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Developmental Psychology

Faculty of Psychology
Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-031-289-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม
โดย	นางสาว สุขศรี เลิศอารมย์
สาขาวิชา	จิตวิทยาพัฒนาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิรมล ชยุตสาห์กิจ

-

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะจิตวิทยา
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิรมล ชยุตสาห์กิจ)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุขศรี เลิศอารมย์ : ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (PERSONAL FACTORS RELATED TO COPING STRATEGIES IN PARENTS OF CHILDREN HOSPITALIZED IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT)

อาจารย์ ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิรมล ชยุตสาหกิจ, 80 หน้า.
ISBN 974-031-289-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมและหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นครั้งแรก ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลคือระยะเวลา 24 – 72 ชั่วโมงแรกที่บุตรเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตโดยบิดามารดาได้เข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยวิกฤตแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวนบิดามารดารวมทั้งสิ้น 200 คน โดยบิดามารดามีช่วงอายุ 16 ปีถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 37.94 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดบุคลิกภาพและแบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา สถิติที่ใช้คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Multiple Regression analysis with Stepwise)

ผลการวิจัยพบว่า :

1. บุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาได้ร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงและแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึกควบคู่กันไป โดยบิดามารดา ร้อยละ 99 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และร้อยละ 1 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก

หลักสูตร.....จิตวิทยาพัฒนาการ.....ลายมือชื่ออนิสิต

สาขาวิชา.....จิตวิทยาพัฒนาการ.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ปีการศึกษา.....2544.....

4278141038 : MAJOR DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

KEY WORD: PERSONAL FACTORS COPING STRATEGIES

SUKSRI LERTAROM : PERSONAL FACTORS RELATED TO COPING STRATEGIES IN PARENTS OF CHILDREN HOSPITALIZED IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT THESIS ADVISOR : ASST.PROF. NIRAMOL CHAYUTSAHAKIJ , 80 pp. ISBN 974-031-289-6.

The purpose of this research is to investigate relationships between personal factors and coping strategies in parents of children hospitalized in Pediatric intensive care unit (PICU). Subjects were parents who were the primary caregivers of a child who was admitted to the Chulalongkorn Memorial Hospital for the first time. Data was collected 24 - 72 hours after the child's admission, and after parents had visited their child at least once. Parents ranged in age from 16 to 55 years-old, with a mean age of 32.94 years (SD=7.68, N=200). The research instruments were Personality Questionnaires, The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaires (Barlow,1986) and the Coping scale (Jalowiec,1984). Stepwise multiple regression analysis was conducted.

The results are as follows :

1. Personal factors of parents were correlated with their coping strategies. 4 % of the variance in parent coping was explained by parent's personality. ($R^2=.04$, $p < .01$).
2. 99% of the parents frequently used Problem oriented coping and 1% of the parents used Affective oriented coping.

Program...DEVELOPMENTAL...PSYCHOLOGY.....Student's..signature.....

Field of study...DEVELOPMENTAL...PSYCHOLOGY...Advisor's

Academic year 2001.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิรมล ชยุตสาหกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำตลอดจนข้อคิดเห็นต่างๆอัน เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ จึงขอกราบ ขอบพระคุณอาจารย์มา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ ที่ได้ให้คำแนะนำตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการ วิเคราะห์ผลทางสถิติในการวิจัยแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ รองศาสตราจารย์ ศิราภรณ์ ทับสายทอง รองศาสตราจารย์ ประไพพรรณ ภูมิวิมลสาร ที่ได้กรุณาให้ความรู้และข้อคิดเห็นต่างๆแก่ผู้วิจัยมา โดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดามารดาผู้ปวยเด็กภาวะวิกฤตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการ ตอบแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม และทารกแรกเกิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและที่กรุณาให้ผู้วิจัยเข้าไปทำ การเก็บข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณณัฐภรณ์ และ คุณณัฐริกา ซื่อมากที่ได้ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด

โอกาสนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยในทุก ด้านเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุชศรี เลิศอารมย์

สารบัญ

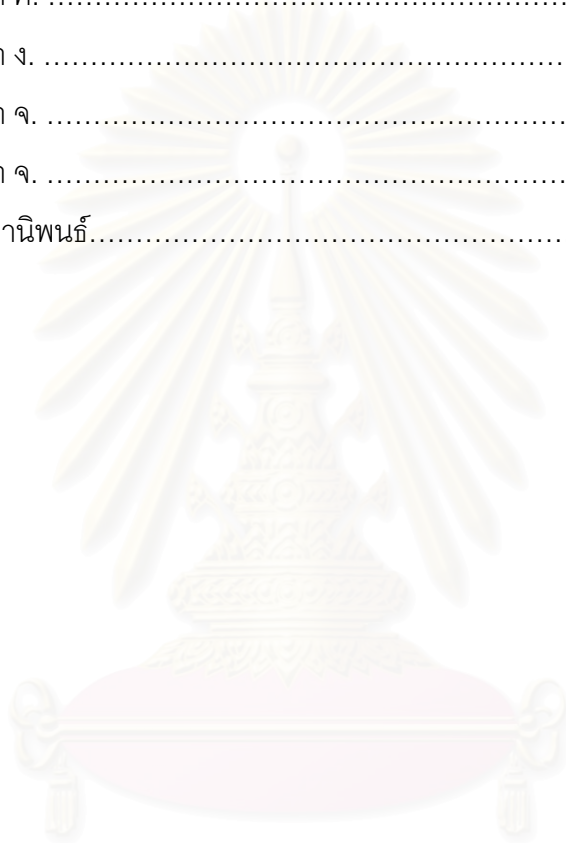
หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	3
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	28
คำจำกัดความในการวิจัย.....	29
ขอบเขตในการวิจัย.....	29
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	30
2. วิธีการดำเนินการวิจัยและวิธีรวบรวมข้อมูล.....	31
กลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
3. ผลการวิจัย.....	38
4. อภิปรายผลการวิจัย.....	52
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	57
รายการอ้างอิง.....	59

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	67
ภาคผนวก ข.	68
ภาคผนวก ค.	71
ภาคผนวก ง.	74
ภาคผนวก จ.	76
ภาคผนวก ฉ.	78
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	80



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1. จำนวนของบิตามารดา พิสัย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	39
2. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	40
3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	41
4. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างเพศและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	42
5. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างอายุและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	43
6. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างระดับการศึกษาและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	44
7. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างอาชีพและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	45
8. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างสถานภาพสมรสและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	46
9. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิตามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....	47

สารบัญตาราง (ต่อ)

10. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างลักษณะครอบครัวและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดา
ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....48
11. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างจำนวนบุตรและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตร
เข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....49
12. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างบุคลิกภาพและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตร
เข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....50
13. การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤตและกลวิธีการเผชิญ
ปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม.....51



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) ที่สรุปค่าสำคัญของการพัฒนาไว้ว่า พัฒนาประเทศคือพัฒนาคน นั่นคือ มุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพชีวิต ส่งเสริมศักยภาพของคน โดยจุดเริ่มต้นในการยกระดับคุณภาพชีวิตควรเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัว จนไปถึงสังคมส่วนรวม

เมื่อย้อนกลับมามองลักษณะของสังคมไทยในเมืองและในชนบท การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรมที่ดำเนินมา มีผลกระทบต่อระบบครอบครัวโดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยาย ซึ่งมีสมาชิกอย่างน้อย 3 ช่วงอายุอยู่ร่วมกันคือ เด็ก พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย นั้นกลายมาเป็นระบบครอบครัวเดี่ยว โดยมีสมาชิก 2 ช่วงอายุคือบิดามารดาและบุตร ประมาณไว้ว่า ปี พ.ศ. 2528 , 2534 , 2543 และ 2558 ครอบครัวไทยมีสมาชิก 4.98 , 4.30 , 3.70 และ 3.40 คน ตามลำดับซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนน้อยลง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ,2541)

ปัจจุบันการให้ความหมายของคำว่า ครอบครัว ตามไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วและไม่หยุดนิ่ง รูปแบบครอบครัวในอนาคตควรมีหลากหลาย ไม่จำกัดเฉพาะว่าเป็นครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวกลุ่มหรือชุมชน ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคมที่เปลี่ยนแปลง เมื่อพิจารณาสภาพของสังคมไทยพอจะสังเกตเห็นได้ว่าสถาบันหลักของสังคมอันได้แก่ครอบครัวนั้น ได้รับผลกระทบอย่างมากจากการเปลี่ยนแปลงและวิกฤติการณ์ต่างๆ ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมการเมือง การศึกษา และจริยธรรม เป็นวิกฤติการณ์ทั้งจากสังคมภายนอกร่วมกับวิกฤติการณ์ภายในของสังคมไทยเองจากการที่อยู่ท่ามกลางสภาวะแวดล้อมสภาวะเศรษฐกิจสังคมบีบคั้นเร่งรัดมากจนเกินไป ทำให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญแก่คนในครอบครัวน้อยลง เวลาที่มีให้กันน้อยลง พุดคุยกันน้อยลง ให้ความสนใจทั้งทางกายและจิตใจตลอดจนความรักและเมตตาปราณีกันน้อยลง ยังผลให้เกิดความไม่เข้าใจ คับข้องใจภายใน ครอบครัว เป็นเหตุให้สมาชิกของครอบครัวไทยต่างต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาวะความเครียดต่างๆ ที่เกิดจากทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัวมากขึ้น

ครอบครัวที่สมบูรณ์ จึงควรมีลักษณะของการยืดหยุ่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงและสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ๆ แต่ถึงกระนั้นครอบครัวก็อาจประสบกับความล้มเหลวในการปรับตัวให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุลได้ เนื่องจากภาวะเครียดในครอบครัว เป็นผลให้สมาชิกเกิดความเครียด ขาดสมดุล จนไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยทั่วไปเมื่อสมาชิก คนใดเกิด

ภาวะเครียดหรือประสบปัญหา ก็จะมีสมาชิกคนอื่นภายในครอบครัวเข้าไปช่วยเหลือ แต่ถ้าปัญหายังคงรุนแรงไม่สามารถแก้ไขได้ ปัญหาจะค่อยๆ ลุกลามไปสู่ด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกอื่นในครอบครัว และในที่สุดจะมีผลต่อครอบครัวทั้งระบบ (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) เป็นผลให้ครอบครัวขาดสมดุลและอยู่ในภาวะวิกฤตได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ บทบาทและพัฒนาการของครอบครัวในระยะต่อไป จากความสัมพันธ์อันเชื่อมโยงกันนี้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ก็จะส่งผลต่อครอบครัวและสมาชิกอื่นในครอบครัวด้วย อาทิ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Gaglione, 1984; Gillis, et al., 1989) ทำให้บทบาทของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (Johnson, et al., 1995 cited in Neabel, et al., 2000) เกิดความรู้สึกผิด ความรู้สึกโกรธ หรือความรู้สึกที่ไม่สามารถให้ความช่วยเหลือสมาชิกที่ป่วยได้ (Eberly, et al., 1985; Karen, 1991)

การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ฐานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีบทบาท หน้าที่ และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Hodovanic, et al., 1984 cited in Jamerson, et al., 1996) การเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่งในครอบครัวจึงมีผลกระทบต่อทั้งครอบครัว (LaMontagne & Pawlak, 1990; Youngblut & Shiao, 1992 cited in Lopez-Fagin, 1995; Johnson, et al., 1995 cited in Neabel, et al., 2000) ทำให้เกิดความเครียดตามมา โดยเฉพาะเมื่อบุตรเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบิดามารดาจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกกลัวในสิ่งที่ยังไม่รู้กลัวบุตรจะได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ (Saobu, et al., 1989 cited in Lopez-fagin, 1995) กลัวบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมาน กลัวโรคที่บุตรเป็นจะติดต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นถ้าบิดามารดาได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค การรักษาที่บุตรจะได้รับรวมทั้งเหตุผลที่ต้องรักษาด้วยวิธีนั้นๆ ตลอดจนต้องรอคอยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Jamerson, et al., 1996; Boris & Abraham, 1999) ทั้งผู้ป่วยและญาติต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ไปอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งสถานที่บุคคล และกิจกรรมการรักษาพยาบาล อีกทั้งบิดามารดาถูกจำกัดเวลาในการเข้าเยี่ยมทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุตรป่วย (Gaglione, 1984; Gardner, 1993; Lopez-Fagin, 1995; Jamerson, et al., 1996; จงกล ศิริวัฒนา และพรทิพา ศุภราศรี. 2539) ประกอบกับความเครียดที่เกิดขึ้นอาจทำให้บิดามารดารับประทานอาหารได้น้อย พักผ่อนไม่เพียงพอร่างกายอ่อนแอ และถ้าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบุตรนั้นเป็นเหตุการณ์ฉุกเฉินไม่ได้รับการเตรียมการไว้ล่วงหน้า หรือการที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมจะก่อให้เกิดความเครียดแก่บิดามารดามากยิ่งขึ้น เมื่อบิดามารดาพบว่าบุตรมีความเจ็บป่วยรุนแรงมากและอาจเสียชีวิตได้

(Eberly, et al., 1985; Scott, 1998) นับเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว (Jamerson, et al., 1996; Quinn, Redmond et al., 1996; Boris & Abraham, 1999; คณิงนิตย์ นูริเทชน์, 2540)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะต่างๆ ขึ้นอยู่กับภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นขณะที่เครียดและยังพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเผชิญปัญหาโดยพยายามหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นและพยายามคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ (Jamerson, 1996; ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์. 2543)

สรุปได้ว่าความเครียดซึ่งเป็นความไม่สมดุลย์ของอารมณ์ภายในตัวบุคคล เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความรู้สึกมั่นคงของตนเอง อันตรายของความเครียดไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียด แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันเราสนใจว่าบุคคลใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาอย่างไร และสนใจผลของการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหานั้น ว่าทำให้บุคคลผ่านภาวะวิกฤติ สามารถดำรงบทบาทและทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือไม่ (Baumeister, Faber, & Wallace, 1999) เพราะการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่สมบูรณ์ไม่ได้มาจากการระบายหรือยับยั้งการแสดงออกทางอารมณ์ แต่มาจากความสามารถในการปรับอารมณ์ (Averill, 1994) การช่วยเหลือบุคคลหรือครอบครัวในภาวะเครียด จึงต้องทำอย่างรวดเร็ว โดยใช้แหล่งสนับสนุนหลายๆด้าน (ปาริชาติ จันทรสุนทรพร, 2542) ซึ่งถ้าครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการ หรือมีการเผชิญความเครียดที่ถูกต้องจะทำให้สมาชิกในครอบครัวใช้พลังในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น (Ganglione, 1984; Neabel, et al., 2000) อีกทั้งดำรงไว้ซึ่งหน้าที่และความสมดุลของครอบครัว และสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตน ตลอดจนดูแลให้ความช่วยเหลือสมาชิกอื่นๆใน ครอบครัวได้ (Kraus, 1990; Rollins, 1991) ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดา และมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมในประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือบิดามารดาผู้ป่วยเด็กให้สามารถใช้การเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และทำหน้าที่ได้ตามบทบาทรวมทั้งคงความสมดุลของ ครอบครัวไว้และไม่เกิดเป็นภาวะวิกฤตต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. พัฒนาการครอบครัว
2. สาเหตุของความเครียด

3. การเผชิญปัญหา
4. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา
ในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาการครอบครัว

ครอบครัวเป็นพื้นฐานแรกในการพัฒนาคน เป็นสถาบันแรกที่ช่วยพัฒนาคุณภาพเด็กและเยาวชนที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของชาติในอนาคต เป็นที่ทราบกันว่าครอบครัวเป็นแหล่ง หรือสาเหตุของปัญหาสังคมแต่ก็เป็นยาวนานวิเศษที่ใช้บำบัดเยียวยาให้ปัญหาลดลงการป้องกัน และการแก้ที่ครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่สำคัญแต่เป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน

ความสำคัญของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนมีหลายประการดังนี้

1. ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สุดของสังคม และเป็นสถาบันที่เก่าแก่ที่สุดของโลกที่ทำหน้าที่ในการหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ของสมาชิกใหม่ในครอบครัว
2. การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวและการให้การศึกษา มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพของคน และบุคลิกภาพ รวมทั้งค่านิยม เจตคติ และพฤติกรรมของเด็กและเยาวชน วิถีชีวิตของครอบครัวมีอิทธิพลต่อกัน
3. เป็นหน่วยของสังคมพื้นฐานที่ประกอบด้วยวิถีชีวิตของสมาชิกทุกคน รวมทั้งด้านเศรษฐกิจและการเมือง การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม และจริยธรรมซึ่งมีผลต่อคุณภาพของสังคม
4. ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจพื้นฐานของสังคม ที่สามารถเลี้ยงดูเด็กและเยาวชนที่ยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในวัยเยาว์
5. ปัญหาสังคมหลายประการจะป้องกันได้โดยสถาบันครอบครัว

รุจา ภูไพบูลย์ (2536) กล่าวว่าครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด หรือการรับเข้าเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกันและมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น เป็นบิดามารดา เป็นบุตร เป็นต้น ซึ่งคนเหล่านี้มีการอบรมวัฒนธรรม ความเชื่อของครอบครัวร่วมกัน

ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ โดยทั่วไปเกิดจากการเพิ่มขยายและลดลงของสมาชิกในครอบครัว Duvall (1977) ศึกษาภารกิจตามระยะพัฒนาการครอบครัวโดยศึกษาครอบครัวชาวอเมริกัน และแบ่งระยะครอบครัวตามพัฒนาการเป็น 8 ระยะ

ระยะที่ 1 ครอบครัวระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่นับจากเริ่มสมรสจนกระทั่งภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนแรก ระยะนี้คู่สมรสต้องการเรียนรู้นิสัยใจคอซึ่งกันและกัน เป็นช่วงที่สร้างฐานะและวางแผนครอบครัว

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตร เป็นระยะนับจากบุตรคนแรกเกิด จนบุตรคนแรกอายุ 2.5 ปี เป็นระยะที่การปรับตัวของบิดามารดาและการเลี้ยงดูบุตรที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ระยะที่ 3 ระยะมีบุตรวัยก่อนเรียน เป็นระยะที่บุตรคนแรกอายุ 2.5-5 ปี เป็นช่วงที่ครอบครัวให้การเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการทุกด้าน และเตรียมตัวบุตรสำหรับการเข้าสังคม เช่น โรงเรียน และเป็นระยะที่อาจมีบุตรคนต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะมีบุตรวัยเรียน ระยะนี้บุตรคนแรกอายุ 6-13 ปี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ครอบครัวมีหน้าที่จัดหาที่ศึกษา ช่วยส่งเสริมด้านการศึกษาของบุตร คอยชี้แนะเกี่ยวกับค่านิยมของสังคม และการเลี้ยงดูบุตรคนต่อมา

ระยะที่ 5 ระยะมีบุตรวัยรุ่น เป็นระยะที่บุตรคนแรกอายุ 13-20 ปี ภาวะการเลี้ยงดูบุตรลดลงแต่ส่งเสริมให้บุตรช่วยเหลือตนเองมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมความรับผิดชอบตนเองและสังคม การสื่อสารที่ดีระหว่างบิดามารดาและบุตรวัยรุ่นมีความสำคัญยิ่ง

ระยะที่ 6 ระยะแยกครอบครัวใหม่ เป็นระยะที่บุตรคนแรกแยกตัวออกมามีอาชีพ แต่งงานมีครอบครัวใหม่ของตนเองบิดามารดามีหน้าที่ชี้แนะส่งเสริมให้ครอบครัวใหม่สามารถยืนได้ด้วยตนเอง

ระยะที่ 7 ระยะครอบครัววัยกลางคน เป็นระยะที่บุตรส่วนใหญ่หรือทั้งหมดแยกครอบครัวใหม่ออกไป บิดามารดาเตรียมเกษียณจากตำแหน่งหน้าที่ที่ทำอยู่

ระยะที่ 8 เป็นระยะที่คู่สามีภรรยาเกษียณจากตำแหน่งหน้าที่การงาน เริ่มมีการสูญเสียคู่สมรสของตน ทำให้รู้สึกว้าวุ่น และระยะนี้จบลงด้วยการเสียชีวิตของคู่สมรสที่เหลือ

จิราภรณ์ (2543) ได้แบ่งระยะต่างๆ ของชีวิตครอบครัวดังนี้

1.1 ระยะเริ่มต้น การแต่งงานและสร้างครอบครัวใหม่เมื่อบุตรเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และอยู่ในระยะทำงาน สร้างฐานะและมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ และเข้าสู่ระยะของการใช้ชีวิตร่วมกันกับคู่สมรส เป็นระยะที่เริ่มสร้างความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา มีการปรับความสัมพันธ์กับครอบครัวเดิม เพื่อนฝูงและญาติพี่น้องของทั้งสองฝ่าย

1.2 เมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องมีการปรับตัวอีกครั้งคือ ครอบครัวมีบุตร จะมีการปรับตัวและบทบาทสามีภรรยามาเป็นบทบาททั้งบิดา-มารดาในการต้อนรับสมาชิกใหม่ (บุตร) เป็นระยะที่อยู่ในช่วงสร้างฐานะทั้งบิดามารดาต้องทำงานและดูแลบุตรไปพร้อมๆกัน ซึ่งเป็นภาวะที่หนักและมีความสำคัญเพื่อที่เด็กจะเติบโตด้วยความสมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกายและสติอารมณ์ คู่สามีอาจต้องตกลงร่วมกันในบทบาทและหน้าที่ภายในครอบครัวเช่น การเลี้ยงดูบุตร ภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว และงานอื่นๆ ระยะนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นความผูกพันที่ลึกซึ้งขึ้น เพราะต้องร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกัน แต่บางครั้งอาจเครียดกับปัญหาหลายๆด้าน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะปานกลางลงมา

1.3 ครอบครัวที่บุตรโตและเริ่มแยกจากครอบครัวเดิม ในระยะนี้การปรับตัวใน ครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพและสถานการณ์ ต้องยอมรับการแยกจากของบุตรที่โตขึ้น ความสัมพันธ์ของบิดามารดาต่อบุตรจะเป็นการดูแลแบบผู้ใหญ่ต่อผู้ใหญ่ ระยะนี้คู่สามีภรรยาเริ่มหันมาสนใจดูแลกันเองมากขึ้นเนื่องจกเวลาที่ใช้ในการดูแลลูกลดลง ซึ่งเป็นช่วงที่อาจมีปัญหาการปรับตัวระหว่างคู่สามีภรรยา

1.4 เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยที่คู่สามีภรรยาสูงอายุ เกษียณอายุราชการหรือการทำงาน ได้มีเวลาอยู่บ้านมากขึ้น มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับวัย อาจหางานอดิเรกทำ ร่วมกิจกรรมกับกลุ่มต่างๆ ช่วยเหลือสังคม หรือบางรายอาจยังต้องทำงานสนับสนุนครอบครัว ช่วงวัยนี้เริ่มพบกับความสูญเสีย การเสียชีวิตของเพื่อน ญาติพี่น้อง หรือคู่สมรส ตลอดจนสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงเช่นวัยหนุ่มสาว จึงต้องเตรียมตัวเตรียมใจกับความเจ็บป่วยและการสูญเสียได้ด้วย

สรุปได้ว่าพัฒนาการครอบครัวแต่ละช่วงต่างก็มีความสำคัญ และมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวซึ่งทำให้เกิดภาวะเครียดได้ทุกช่วงพัฒนาการ เมื่อบุคคลแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียดได้ตรงกับสาเหตุของปัญหาหรือสาเหตุของความเครียด จะทำให้บุคคลผ่านแต่ละช่วงของขั้นพัฒนาการครอบครัวไปได้ด้วยดี และเป็นการปูพื้นฐานให้บุคคลสามารถดำเนินพัฒนาการครอบครัวตามช่วงพัฒนาการต่อไปได้โดยไม่ส่งผลต่อความสุขของชีวิตในระยะยาว

สาเหตุของความเครียด

ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร (2542) ได้จำแนกสาเหตุความเครียดออกเป็น 2 สาเหตุคือ

1. สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ซึ่งแบ่งออกเป็น

1.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ สิ่งของและวัตถุต่างๆรอบตัวเราที่เราสัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า เป็นต้นว่า สภาพอากาศที่ร้อนหรือหนาวเกินไปทำให้ร่างกายไม่สบาย แสงสว่างที่จ้าหรือมืดเกินไป ทำให้ต้องหรือตาหรือเพ่งสายตาเป็นระยะเวลานานๆ อากาศที่ไม่บริสุทธิ์มีกลิ่นคาวพิษทำให้ปอดรับออกซิเจนไม่เพียงพอ เสียงที่ดังมากทำให้ประสาทหูได้รับความกระทบกระเทือน นอกจากนี้การขาดปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรคก็เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน เพราะสภาพเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของมนุษย์

1.2 สังคมและสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น ๆ สังคมและการมีความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมอาจช่วยลดหรือทำให้เกิดความเครียดได้ ขณะเดียวกันความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้ง และการโต้เถียงกันเป็นสาเหตุของความเครียดในครอบครัว

1.3 สภาวะการณ์และเหตุการณ์อื่นๆในชีวิต ภาวะเครียดมักเกิดจากเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต แต่ในขณะเดียวกันเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การขึ้นบ้านใหม่ การสร้างครอบครัวใหม่ การเข้าทำงานใหม่เหล่านี้ เป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียดได้เช่นกัน เพราะเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้บุคคลต้องปรับตัวและการปรับตัวนั้นถ้าไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดภาวะเครียดอย่างรุนแรงได้ นอกจากนี้เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ใจติดตามมา ก็เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด เช่น การเปลี่ยนบ้านที่อยู่ใหม่ เปลี่ยนที่เรียน เปลี่ยนนิสัยการหลับนอน เปลี่ยนกิจกรรมทางสังคมเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียดได้

2. สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่

2.1 โครงสร้างร่างกายและสภาวะทางสรีรวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่รับ การถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บางคนรับเอาแต่ส่วนดีทำให้ร่างกายแข็งแรงบางคนรับเอา ส่วนด้อยทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่างๆได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่น้อย ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดีนักทนทานต่อสภาพความเครียดได้ไม่ดี เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

2.2 ระดับพัฒนาการ ร่างกายที่มีการพัฒนาการไม่ปกติเนื่องจากได้รับอาหารไม่พอทำให้เติบโตช้า เกิดโรคได้ง่าย เช่นเดียวกับจิตใจที่พัฒนาการไม่ดี มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย ระดับพัฒนาการของจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และแปลเหตุการณ์ ระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้แบบเด็กๆ ซึ่งทำให้ปัญหาไม่ได้รับ การแก้ไข ก่อให้เกิดความเครียดติดตามมาได้อีก

2.3 การรับรู้และแปลเหตุการณ์ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด กังวล หรือตื่นเต้น ถือว่าเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ร่างกายถูกกระตุ้นและสนองตอบทางสรีรวิทยา การที่มีอารมณ์ขึ้นกับการรับรู้ และการแปลเหตุการณ์ของเรา การรับรู้จึงเป็นตัวสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลสนองตอบต่อเหตุการณ์อย่างหนึ่ง ทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกัน และมีการสนองตอบต่อเหตุการณ์ต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่ต่างกัน มีประสบการณ์ชีวิตที่ไม่เหมือนกัน มีความคาดหวังทัศนคติและการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน การรับรู้ขึ้นกับประสบการณ์เดิม เหตุการณ์ที่น่าตื่นเต้นสำหรับบุคคลหนึ่งอาจน่ากลัวสำหรับอีกบุคคลก็ได้

2.4 ปัจจัยอื่นๆในตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งคุกคามต่อสภาพจัน เช่น การผ่าตัดที่ทำให้บุคคลต้องสูญเสียอวัยวะสำคัญ ความเจ็บป่วยที่ทำให้มีความพิการหลงเหลืออยู่ ความเจ็บปวด การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวรวมถึงการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง เช่น

สูญเสียบุคคลที่รัก ญาติสนิท เพื่อน คู่ชีวิต นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมเช่นการเกษียณอายุการทำงานก็ทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้

Salas & Driskell (1996) ได้นำประเด็นความแตกต่างของการเกิดและการคงอยู่ของสถานภาพความเครียดนี้มาแบ่งแยกความเครียดออกเป็น 4 ลักษณะคือ

1. ความเครียดแบบเฉียบพลัน (acute stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีช่วงเวลาค่อนข้างสั้น ชัดขวางพฤติกรรมสู่เป้าหมาย และต้องการตอบสนองทันที เช่น คนขับรถจะเหยียบเบรกหรือหักพวงมาลัยรถทันทีที่เห็นคนวิ่งตัดหน้ารถ

2. ความเครียดแบบเรื้อรัง (chronic stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นต่อเนื่องสะสมจากการกระทำกิจกรรมต่างๆอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งหมดประกอบกัน ส่งผลให้สมรรถภาพในการตอบสนองต่อความเครียดแบบเฉียบพลันลดประสิทธิภาพลง

3. ความเครียดที่มีต่อเหตุการณ์ในชีวิต (stressful life events) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สาเหตุส่วนใหญ่มาจากเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นครั้งหนึ่งในชีวิต เช่น การเสียชีวิตของคนที่คุณรัก การแต่งงาน การหย่าร้าง การเจ็บป่วยหนัก การขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าหรือผู้นำ การตกงาน การย้ายที่อยู่ เป็นต้น ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้มักไม่เกิดขึ้นบ่อยแต่ส่งผลนานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปีและส่วนใหญ่ต้องการการตอบสนองในทันที

4. ความเครียดประจำวัน (daily hassles) เป็นความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญในแต่ละวัน เช่น จากการจราจร ความไม่สะดวกสบายในที่ทำงาน สิ่งก่อกวนหรือเสียงอึกทึกต่างๆ อากาศร้อน กลิ่นควันพิษ เสียงที่มีความดังมาก

Salas & Driskell (1996) กล่าวถึงผลของความเครียดโดยแบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การตอบสนองทางกาย (physiological reactions) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นภายในร่างกายทั้งที่เป็นการตอบสนองโดยอัตโนมัติ ที่เป็นสารเคมีในร่างกายและภูมิคุ้มกัน รวมทั้งระบบไหลเวียนของเลือดต่างๆ ซึ่งอาการมีตั้งแต่ขึ้นเบาและเกิดในระยะเวลาสั้น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันและน้ำตาลในเลือดสูง หายใจติดขัด และตัวสั่น จนถึงขั้นรุนแรงและเป็นผลระยะยาว เช่น ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และเกิดความเจ็บป่วยทางกายขึ้น เช่น เป็นโรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคเกี่ยวกับไขมันอุดตันในเส้นเลือดตลอดจนอาการปวดศีรษะรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อและไขข้อ เป็นต้น

2. อาการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional reactions) หรือทางจิต เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ กลัว โกรธ ขุ่นเคืองใจ รำคาญใจ วิตกกังวล และซึมเศร้าซึ่งมีทั้งอาการที่เล็กน้อย และมากขึ้น จนถึงขั้นรู้สึกหมดอาลัยสิ้นหวัง สุขภาพจิตเสื่อมโทรม มีอาการทางจิตโรคประสาท เช่น โรคจิตเสื่อม โรคจิตเรื้อรัง หวาดระแวง มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพและเพศ

3. อาการตอบสนองทางการรับรู้และการคิด (cognitive effects) พบว่า ทำให้การรับรู้และการคิดโดยคุณภาพลงคือ รับรู้และคิดช้า มีความสนใจและวิสัยทัศน์แคบลง พิจารณาโดยผิวเผินด้วยข้อมูลจำนวนน้อย ยึดติดกับความคิดเดิม ขาดความละเอียดรอบคอบในการคิด และยังพบว่า บุคคลที่มีความเครียดมากจะใช้ประสบการณ์เดิมในการตัดสินใจในการตัดสินใจปัญหา มากกว่าใช้ความสามารถทางสติปัญญา และเกิดการคิดพิจารณาประโยชน์ส่วนตนมากกว่าส่วนรวม

4. ด้านพฤติกรรมทางสังคม (social behavior) พบว่าทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าว ลดพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่น ไม่สนใจหรือเกรงใจผู้อื่น รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือกับกลุ่มเกิดมีปัญหามันในครอบครัว ปลอดภัยอารมณ์และความก้าวร้าวแก่บุคคลในครอบครัว และบ่อยครั้งที่หันมาทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย

5. ด้านการทำงาน (performance) พบว่า มีผลทำให้มีการผิดพลาดของการทำงาน ทำงานล่าช้า และเกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ทำงานได้ปริมาณงานลดลง ขาดความตั้งใจในการทำงาน ขาดงาน ลาหยุดบ่อย เป็นต้น

Robbins. (1991) ได้จัดประเภทของปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ประเภทสาเหตุแวดล้อม หรือ สาเหตุภายนอกตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ด้านเศรษฐกิจ พิจารณาจาก อัตราการตกงาน การเปิดและปิดธุรกิจ การล้มละลายของบุคคล การเรียกร้องต่อรองของคนงาน การซื้อขายบ้านและที่ดิน

1.2 ด้านชุมชน พิจารณาจาก อัตราการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนแปลงชุมชน การปล้นจี้ และอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด จำนวนคนที่รับเงินเลี้ยงดูจากรัฐ จำนวนผู้ไม่จบการศึกษาภาคบังคับ

1.3 ด้านครอบครัว พิจารณาจาก อัตราการหย่าร้าง การมีบุตรนอกสมรส การฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิตของสมาชิกในครอบครัว และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดในครอบครัว

2. ประเภทสาเหตุภายในตัวบุคคล หรือความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 สาเหตุทางชีวภาพของบุคคล พิจารณาจาก เพศ อายุ เชื้อชาติ ความแข็งแรง ความอ้วน ผอม สูงเตี้ย ความคล่องแคล่วว่องไว

2.2 สาเหตุทางจิตลักษณะและบุคลิกภาพของบุคคล พิจารณาจาก สติปัญญา ประสบการณ์ ทักษะ ทักษะการคิด ความมานะบากบั่น (hardiness) ความเชื่อในอำนาจควบคุม (locus of control) และการจัดการกับความเครียด (coping)

Hobfoll. (1989) ได้เสนอระบบความเครียดใหม่ ในเชิงอนุรักษ์ทรัพยากรเน้นความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านการคิดประเมินเกี่ยวกับทรัพยากรที่แวดล้อมตัวบุคคลหรือที่บุคคลลงทุนลงแรงไป โดยอธิบายว่าความเครียดเกิดขึ้นเมื่อ

1. บุคคลเกรงกลัวว่าจะสูญเสียทรัพยากร
2. บุคคลเกิดการสูญเสียทรัพยากรไปแล้วจริงๆ
3. บุคคลไม่ได้รับผลตอบแทนจากการลงทุนทรัพยากรของตน

ทรัพยากรที่กล่าวถึงมีทั้งเป็นวัตถุ สิ่งของ เงินทอง บ้านที่อยู่อาศัย เป็นแรงงานและเวลา เป็นทั้งสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การแต่งงาน การเจ็บป่วย การเลื่อนขั้น การออกจากงาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งทรัพยากรที่เป็นลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ทักษะ ความสามารถ ประสบการณ์ จิตลักษณะต่างๆและสุขภาพจิต ซึ่งทรัพยากรแต่ละอย่างแต่ละประเภทมีคุณค่าต่อบุคคลต่างกัน และแตกต่างกันไปตามเวลาและโอกาสด้วย

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม โดยที่บุคคลประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ว่าความสัมพันธ์นี้เกินขีดพลังความสามารถหรือคุณภาพในตัวบุคคล (personal qualities) ที่ตนเองจะใช้ต่อต้านได้ และรู้สึกว่าคุณค่า เป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

กล่าวโดยสรุปความเครียดมีสาเหตุจากภายในและภายนอกตัวบุคคล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เป็นเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในแต่ละวันหรือเป็นครั้งคราว โดยที่บุคคลจะประเมินเหตุการณ์นั้นๆ ด้วยสติปัญญาว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม เป็นอันตรายหรือเป็นสิ่งทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต และตอบสนองต่อความเครียดนั้นในรูปแบบต่างๆตามแบบของแต่ละบุคคล

กลวิธีการเผชิญปัญหา

Baumeister, Faber & Wallace (1999) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นทางออกหรือการหาทรัพยากรของบุคคลที่ถูกจำกัดจากการที่บุคคลต้องเลือกตัดสินใจ เลือกลงหนทางในการตอบสนองและเลือกการตอบสนอง รวมทั้งการควบคุมตนเอง แต่เมื่อเกิดความเครียดสิ่งที่ตามมาคือความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของบุคคลจะสูญเสียไป ทำให้การมองหาทางเลือกหรือทรัพยากรต่างๆลดลง จะเห็นว่าเมื่อบุคคลกลับคืนสู่สภาพปกติบุคคลมักจะพบว่าทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์นั้นมีอยู่แล้ว ปัจจุบันเราจึงมุ่งสนใจว่าบุคคลแต่ละคนใช้การเผชิญปัญหาอย่างไร

และการเผชิญปัญหาที่มีผลต่อบุคคลอย่างไร ดังนั้นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจึงเป็นการลดทางเลือกและเป็นตัวกำหนดการตอบสนองของความเครียดของบุคคล

Synder & Dinoff (1999) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง การตอบสนองของบุคคลเพื่อจะลดความไม่พึงปรารถนาที่มากเกินไปจนกว่าบุคคลจะสามารถรับไว้ได้ (the psychological burden) ประสิทธิภาพของมันขึ้นอยู่กับว่าจะสามารถลดความวิตกกังวลได้รวดเร็วและส่งผลระยะยาวต่อสุขภาพจิตหรือการมีโรคทางจิต

Norman, Laura & James (1998) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาคือความพยายามของบุคคลทั้งความคิดและพฤติกรรมในการที่จะเปลี่ยนแปลง แก้ไข หรือจัดการกับปัจจัยต่างๆทั้งภายในและภายนอก (internal of external factors) ที่อาจจะปรับเปลี่ยนได้หรือไม่ได้ก็ตาม

Barry (1989) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นวิธีการต่างๆของจิตใจส่วนอีโก้ (ego) ที่พยายามรักษาสมดุลของจิตใจไว้ในขณะเครียด ซึ่งวิธีการต่างๆมีทั้งวิธีที่เกิดในระดับจิตสำนึก เช่น พุดระบายความรู้สึก การวิ่งออกกำลังกาย และวิธีการในระดับจิตใต้สำนึกโดยใช้กลไกการป้องกันตัวทางจิต

Yager (1989) กล่าวว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นการใช้ความพยายามด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปจนกว่าทรัพยากรของบุคคล เพราะในการเผชิญปัญหามันจำเป็นต้องมีการประเมิน ตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหาและประเมินสิ่งที่ได้ทำลงไป การเผชิญปัญหาจะประสบผลสำเร็จได้บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผนและตัดสินใจได้

Holiday (1984) กล่าวถึง กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies) ว่าเป็นพฤติกรรมที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยที่บุคคลใช้จัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยพฤติกรรมนั้นอาจเกิดในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก และจะทำหน้าที่ 3 ประการดังนี้

1. เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา
2. ควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาก่อนที่จะเกิดความเครียด
3. ควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น

Lazarus & Folkman (1984) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหา (coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของ ร่างกายทั้งภายในและภายนอกของบุคคล ซึ่งจะจัดการได้เพียงใดขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1. กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา

2. การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3. ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล

ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้งบุคคลจะมีกลวิธีการเผชิญปัญหาแตกต่างกันไปตามแต่สถานการณ์โดยแบ่งกลวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 ประเภท

การเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (problem focus coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ โดยบุคคลจะใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับหรือแก้ไขเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยตรง โดยการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาพยายามหาวิธีต่างๆที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา และลงมือแก้ปัญหาโดยจัดการที่ตัวปัญหามุ่งแก้ไขที่ตัวเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม

การเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ (emotional focus coping) เป็นกระบวนการคิดและการกระทำต่างๆ บุคคลใช้เพื่อจัดการ หรือเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาสมาดุลของจิตใจไว้ เช่น การใช้นานอนหลับ การใช้กลไกทางจิต หรือการนั่งสมาธิเพื่อให้ใจสงบ

ตามแนวคิดของ Lazarus การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความคิด (cognitive process) หรือการประเมินด้วยสติปัญญา (cognitive appraisal) ซึ่งเมื่อเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งมากระทบต่อบุคคล บุคคลก็จะประเมินเหตุการณ์ที่มากระทบ (Lazarus, 1977, cited in Barry, 1989) ดังนี้

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินโดยตัดสินจากเหตุการณ์ว่ามีความสำคัญหรือมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพ หรือความปกติสุขของบุคคลหรือไม่โดยประเมิน 3 ด้านดังนี้

- 1.1 เหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องหรือเกี่ยวข้องกับบุคคล (irrelevant)
- 1.2 เหตุการณ์นั้นเกิดผลดีหรือมีประโยชน์กับบุคคล (benign positive) ทำให้ตนเกิดความสุข สนุกสนาน
- 1.3 เหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่ตึงเครียด (stressful) มีผลกระทบต่อตัวบุคคลโดยแบ่งเป็น

1.3.1 ภาวะอันตรายหรือสูญเสีย (harm-loss) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียต่อบุคคลขึ้นแล้ว

1.3.2 ภาวะคุกคาม (threat) เป็นความกลัวที่จะเกิดอันตรายหรือเกิดการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ภาวะท้าทาย (challenge) เป็นภาวะที่ตรงข้ามกับภาวะคุกคาม โดยพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอันตรายแต่มีทางที่จะควบคุมได้เป็นความรู้สึกด้านดีต่อเหตุการณ์ทำให้ มีขวัญและกำลังใจและยังทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดีขึ้น

2. การประเมินด้านทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคล ประเมินได้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะใช้การประเมินด้วยสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์และจิตสำนึกประยุกต์การเผชิญปัญหาที่เคยใช้ในอดีตและนำมาใช้เพื่อให้ ความเครียดลดลง โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่า “โอกาสที่จะทำสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด มีทางเลือก ใดบ้างในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิด และผลตามมาจะเป็นอย่างไร” การประเมินชนิดทุติยภูมิ ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิแต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมกันได้ การประเมินเหตุการณ์ ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นกับ

2.1 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (situational factors) ซึ่งได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ มากน้อยเพียงใด เพราะถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลไม่เคยประสบบุคคลก็จะประเมินว่าเป็นภาวะ คุกคาม ลักษณะของเหตุการณ์สามารถทำนายได้มากน้อยแค่ไหน เหตุการณ์มีความคลุมเครือ หรือไม่แน่นอนหรือไม่ เพราะความคลุมเครือจะทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาว่าตนเองจะควบคุม สถานการณ์หรือหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้

2.2 ปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factors) ซึ่งได้แก่ การประเมินความเกี่ยวข้องของ บุคคลต่อเหตุการณ์ (commitment) ถ้ามีมากบุคคลก็จะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็น อันตราย นอกจากนี้ยังขึ้นกับปัจจัยความเชื่อ สติปัญญาของบุคคลซึ่งมีผลต่อการประเมินโดยผู้ที่มี สติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจก่อให้เกิดความเครียดน้อย กว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3. การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินซ้ำอีกครั้งหลังจากการประเมินในขั้น ทุติยภูมิและใช้การเผชิญปัญหาที่เคยใช้มาไม่ได้ผล ในการประเมินซ้ำนี้จะเป็นการรับข้อมูลใหม่เข้า มาเพื่อพิจารณาอันตรายที่ตนรับรู้แล้วยังมีอยู่ ลดลงหรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ถ้าผลการประเมิน บุคคลรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่ก็จะเริ่มกระบวนการย้อนกลับอย่างต่อเนื่องระหว่างภาวะอารมณ์ สติปัญญา และสิ่งแวดล้อม

จากการที่กล่าวมาจึงพอสรุปได้ว่า กลวิธีการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลที่ จะรักษาไว้ซึ่งภาวะสมดุลของจิตใจ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินแล้วว่ามีผลกระทบต่อ ภาวะสมดุลของตนที่เป็นอยู่ โดยบุคคลจะใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อมุ่งแก้ไขสิ่งที่ก่อให้เกิด ความเครียดและหรือมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์จากความเครียดนั้น

Maltzman (1980 cited in McConnell, 1986) กล่าวว่าบุคคลจะจัดการต่อสิ่งเร้าที่มีความสำคัญกว่าสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญ (no-significant stimuli) และมี การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่ได้คาดการณไว้ล่วงหน้าน้อยกว่าสิ่งเร้าที่บุคคลคาดการณไว้แล้ว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2539) กล่าวถึง กลวิธี (Strategies) ว่าหมายถึงวิธีพลิกแพลงโดยอาศัยความรู้ ความชำนาญ

สรุป กลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง การตอบสนองของความคิดและการกระทำของบุคคลที่ประเมินต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อควบคุม ต่อสู้ บรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น

การประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ต้องเป็นกลวิธีที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามได้สำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วและไม่ส่งผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพทางกายและทางจิต (Ignatavicius & Bayne, 1991; Beare & Myers, 1994; Synder & Dinoff, 1999) จากการศึกษาพบว่าการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหาแหล่งข้อมูลช่วยเหลือ ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหลุดพ้นจากความสับสน ความเครียดและความรู้สึกไม่มีความแน่นอน (Jamerson et al., 1996) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราวเท่านั้น มีการศึกษาพบว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance coping process) เป็นการปลดปล่อยทางอารมณ์ในระยะแรกเท่านั้น เป็นการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต (Kohn, 1996 cited in Stanton & Franz, 1999) และถ้าใช้วิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะนี้เป็นเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ พฤติกรรมเหล่านี้ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารมาก การหลีกเลี่ยงและการโทษบุญกรรม เป็นต้น (Beare & Myers, 1994; Koff & Sangani, 1997 cited in Stanton & Franz, 1999)

ผลลัพธ์ของการปรับตัว

Lundberg & Frankenhaefer (1987 cited in Karen, 1991) กล่าวว่า เมื่อบุคคลสามารถคาดเดาหรือทำนายเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าได้ (aversive stimuli) บุคคลจะรายงานว่าเขาสามารถควบคุมสถานการณ์สิ่งเร้าได้ (aversive situations) มากกว่านั้นคือเมื่อบุคคลมีข้อมูลสิ่งเร้าและสามารถคาดการณล่วงหน้าได้แล้วบุคคลจึงจะสามารถกำหนดจุดมุ่งหมายที่แน่นอนได้จากนั้นบุคคลจะสามารถทำตามขั้นตอนเพื่อไปถึงจะมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้ทีละขั้นในแต่ละช่วงเวลา

Lazarus & Folman (1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญปัญหาต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

1. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคมการที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น การหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลังเลไม่แน่ใจ และไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากกระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญปัญหาและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหามักจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึก

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลความเครียดหากบุคคลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีสุขภาพดี แต่ถ้าไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ บริเวณคอและหลัง มีอาการคันกระดูกของกล้ามเนื้อ ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย แน่นจุกเสียดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ประจำเดือนมาผิดปกติ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายนอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิดและโกรธง่าย วิตกกังวล (Koff & Sangani, 1997) ทางด้านจิตใจ แสดงให้เห็นจากการมีพฤติกรรมและ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง เช่น มีพฤติกรรมถดถอย แยกตัวเอง เฉื่อยชา ไม่ให้ความร่วมมือ อารมณ์แปรปรวน การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม เช่น หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย ซื่อจก ต่ำหนี่ผู้อื่น กลัวจะเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกตีความจำหรือสมาธิเสียไปกระบวนการทางความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ การรับรู้ถูกรบกวน เช่น มีอาการประสาทหลอน เห็นภาพหลอนความสนใจสิ่งต่างๆลดลง การใช้ภาษาในการพูดเปลี่ยนแปลง เช่น พูดซ้ำๆ คำพูดอาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ในขณะที่พูด น้ำเสียงและจังหวะในการพูดเปลี่ยนไป ใช้กลไกการป้องกันตนเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ถดถอย การใช้เหตุผลเข้าข้างตนเอง การปฏิเสธ การโทษผู้อื่น (Gardner, 1993)

การวัดการเผชิญปัญหา

Lazarus & Folkman, (1984) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดการเผชิญปัญหา (ways of coping) ขึ้นใช้ในปี ค.ศ.1980 เป็นคำถามเกี่ยวกับการเกิดภาวะเครียดและพฤติกรรมเผชิญปัญหาในรอบ 7 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 40 ข้อ โดยสามารถวัดการเผชิญปัญหาได้ 2 ลักษณะตามแนวคิดคือการเผชิญปัญหาแบบจัดการกับปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ต่อมา Jalowiec, Murphy & Powers (1984) ได้สร้างแบบวัดการเผชิญปัญหาของบุคคลโดยแบ่งประเภทของการเผชิญปัญหาเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. วิธีการเผชิญปัญหาโดยจัดการที่ปัญหาโดยตรง (problem oriented coping strategies) การเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้เป็นกรกระทำที่มุ่งแก้ปัญหาโดยใช้สติปัญญาความรู้ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การเพิ่มทักษะความสามารถของตนเอง การเผชิญปัญหาประเภทนี้สามารถประเมินได้จากพฤติกรรม 15 อย่าง ได้แก่ การพิจารณาการแก้ปัญหาในด้านอื่นๆ การให้ผู้อื่นช่วยแก้ปัญหาแทน การพยายามทำทุกอย่างเพื่อแก้ปัญหา การพูดและพิจารณาเกี่ยวกับปัญหาการยอมรับปัญหาต่างๆ มองปัญหาตามความเป็นจริง พยายามควบคุมสติหรือควบคุมสถานการณ์ได้ ค้นหาจุดมุ่งหมายหรือความหมายของการแก้ปัญหา การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ค้นหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหา การพยายามแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ การใช้ประสบการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหา จัดการแก้ไขปัญหาที่ละประเด็น การตั้งเป้าหมายใหม่ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง และการทำใจให้ยอมรับกับผลที่ตามมาที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

2. วิธีการเผชิญปัญหาโดยวิธีการที่อารมณ์ความรู้สึก (affective oriented coping strategies) เป็นวิธีการลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากสถานการณ์ตึงเครียดนั้น และรักษาภาวะสมดุลภายในจิตใจไว้เท่านั้น แต่ไม่ใช่การแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง การเผชิญความเครียดในลักษณะนี้ประเมินได้จากพฤติกรรมต่างๆ 25 อย่าง ได้แก่ การร้องไห้ วิตกกังวล ทำกิจกรรมอื่นหรือออกกำลังกาย การสร้างอารมณ์ขัน การมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือมองโลกในแง่ดี การรับประทานอาหารหรือสูบบุหรี่มากขึ้น การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดเช่นยาคลายเครียด ยานอนหลับ ทิ้งปัญหาไว้โดยไม่แก้ ฝันกลางวัน มองโลกในแง่ร้าย อารมณ์เสีย สบประชัน การสวมดนตรีหรือเชือกคล้องคอตัวเอง เป็นประสาท โวยวาย ถอนตัวออกจากสถานการณ์ การโทษผู้อื่น การระบายความเครียดใส่ผู้อื่น การแยกตัวอยู่คนเดียว ยอมแพ้สิ้นหวัง ให้ปัญหา คลี่คลายไปเอง ทำตัวให้สบายหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำสมาธิหรือทำจิตใจให้สงบ ยอมแพ้หรือยอมรับชะตากรรม นอนหลับ และการไม่วิตกกังวล โดยทั่วไปบุคคลจะใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้ในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งได้ผลในการลดความเครียดมากกว่า (Berghuis & Stanton, 1994 cited in Stanton & Franz, 1999)

กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

ภาวะวิกฤตของครอบครัว เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว ซึ่งอาจมีสาเหตุจากสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย เสียชีวิต หย่าร้าง หรือสมาชิกในครอบครัวเกิดปัญหา ตลอดจนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการรับเข้ารักษาในหน่วยงานวิกฤต หรือเป็นการเข้ารับการรักษาโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน การที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมก่อให้เกิดความเครียดต่อบิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นบิดาและมารดาจะใช้การเผชิญความเครียด ดังนี้

Jamerson, et al. (1996) ศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตเกิดความเครียด สับสน และความรู้สึกไม่แน่ใจเนื่องจากสถานการณ์มีแต่ความเร่งรีบ ถูกแยกจากคนที่รัก (สมาชิกที่ป่วย) ไม่ทราบข้อมูลหรือไม่รู้จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากใคร ช่วงเวลาที่สับสนและมีความรู้สึกไม่แน่ใจเช่นนี้ ครอบครัวมักจะไม่ทราบว่าตนต้องการอะไรเนื่องจากไม่มีความรู้และถ้าไม่มีประสบการณ์มาก่อนก็จะไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ต่อไปได้ หรือไม่ทราบว่า จะเริ่มต้นทำอะไรก่อนหลัง ครอบครัวจะมีการตอบสนองต่อความเครียดโดยวิธีหาแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และเมื่อหลุดพ้นจากสภาวะสับสนนี้ครอบครัวจะเริ่มหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ จากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวซึ่งจะมีการปลอบโยนซึ่งกันและกัน

LaMontagne & Pawlak (1990) ศึกษาพบว่าในขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม บิดามารดาจะใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งจัดการที่ปัญหาโดยตรงที่เกิดขึ้นและจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก โดยการมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นประกอบด้วย การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม การแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหา ส่วนการมุ่งแก้ไขอารมณ์ความรู้สึกประกอบด้วย การประเมินซ้ำในทางที่ดี การควบคุมตนเอง การหลีกเลี่ยง การยอมรับและการลดความสำคัญของเหตุการณ์

Philichi (1989) ศึกษาพบว่าในขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กลวิธีการเผชิญปัญหาที่บิดามารดาใช้บ่อย ได้แก่ การแสวงหาและยอมรับความช่วยเหลือ การประเมินในทางที่ดี และการแสวงหาการช่วยเหลือจากสังคมและพบว่าบิดาของผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือสนับสนุนด้านความเชื่อจิตวิญญาณมากกว่ามารดาของผู้ป่วยทั่วไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา

เมื่อเกิดความเครียด บุคคลจะมีพฤติกรรมเผชิญปัญหาเพื่อขจัดความเครียดเพื่อให้ร่างกาย และจิตใจเข้าสู่ภาวะสมดุล แต่การเผชิญปัญหาของบุคคลจะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

Berghuis & Stanton (1994 cited in Synder, 1999) กล่าวว่าในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้บุคคลจะใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าซึ่งทำให้ลดความเครียดได้มาก

Alexander และคณะ (1988 cited in Karen, 1991) ศึกษาเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรเข้ารักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พบว่าเมื่อความวิตกกังวลของบิดามารดาอยู่ในระดับสูงจะมีผลทางลบต่อ ความพึงพอใจในการดูแลบุตรป่วย ความร่วมมือในการดูแลบุตรตามโปรแกรมของทางโรงพยาบาลและการยอมรับต่อสภาพความเจ็บป่วยของบุตร

Ziemer (1982) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของบุคคลไว้ดังนี้

1. ความสามารถในการจัดการหรือแบบแผนการเผชิญปัญหา
2. การได้รับความช่วยเหลือทางสังคม
3. สภาพอารมณ์ของแต่ละบุคคล
4. การรับรู้ต่อสถานการณ์
5. ความคลุมเครือหรือความไม่ชัดเจนของสถานการณ์

ในทางจิตวิทยามีการทดลองพบว่าสิ่งที่มีอิทธิพลทางด้านบวกโดยตรงต่อการควบคุมสถานการณ์สิ่งเร้าคือ การที่บุคคลสามารถคาดเดาเหตุการณ์หรือสถานการณ์ได้ นั่นคือการที่บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าได้ (aversive stimuli) บุคคลจะบันทึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์สิ่งเร้าได้ (aversive situations) ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ (Miller, 1980 a&b; Lundberg & Frankenhaevser, 1987 cited in Karen, 1991)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤติกุมารเวชกรรม

Johnson (1986) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาเมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤติของบิดามารดา ดังนี้

1. สถานะและความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส
2. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นที่มีความสำคัญนอกครอบครัว

3. ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุตร
4. ความสามารถติดต่อสื่อสารโดยใช้คำพูด
5. การยอมรับความเจ็บป่วย
6. ความรู้ที่มีอยู่แต่เดิม
7. ประสบการณ์เกี่ยวกับการเสียชีวิต
8. อิทธิพลทางศาสนา
9. การใช้จินตนาการถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย
10. ผลกระทบต่อครอบครัว
11. ความสามารถในการใช้วิธีการเผชิญความเครียด
12. ปฏิกริยาตอบสนองต่อภาวะวิกฤติในครั้งก่อน
13. ความเครียดอื่นๆในครอบครัว

Whaley & Wong (1983) กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลดังนี้

1. ความรุนแรงของการเจ็บป่วย
2. ประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ
4. แหล่งช่วยเหลือสนับสนุน
5. ลักษณะความเข้มแข็งของจิตใจ
6. ความสามารถในการเผชิญปัญหาครั้งก่อน
7. ความเครียดอื่นๆ ในครอบครัว
8. ลักษณะประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อ
9. การติดต่อสื่อสารกันภายในครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤติกุมารเวชกรรม

การเกิดภาวะเครียดและการเผชิญปัญหาในบุคคลนั้น เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยหลายประการ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพล (Kathleen & Audrey, 1989; Miles et al., 1989) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร

บุคลิกภาพและประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม ดังนี้

1. เพศ

การเกิดความเจ็บป่วยของบุตรเป็นภาวะวิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียด และเกิดผลกระทบต่องานบิดาและมารดาของผู้ป่วย และเมื่อความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม จะทำให้เกิดภาวะเครียดมากยิ่งขึ้น (Boris & Abraham, 1999; Jamerson, et al., 1996; Quinn et al., 1996) แต่เนื่องจากชีวิตในครอบครัวนั้นบิดาและมารดาจะได้รับการคาดหวังมีความเชื่อ ทศนคติ จุดมุ่งหมายและโอกาสที่แตกต่างกันโดยในขณะที่บิดาจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบในด้านเศรษฐกิจ การหาเลี้ยงครอบครัว ในขณะที่มารดาจะได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการเลี้ยงดู เอาใจใส่บุตร ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ หรือสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น มารดาจึงให้ความสำคัญและถือเป็นหน้าที่ในการดูแลบุตร (Goldenberg , 1991) จึงเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและความผูกพันกับบุตรมาก การที่บุตรเจ็บป่วยจึงมีผลทำให้เกิดความเครียดแตกต่างไปจากบิดา จากการศึกษาพบว่าเมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม บิดาและมารดาผู้ป่วยรับรู้ถึงความเครียด จากสิ่งแวดล้อมในหน่วยวิกฤตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Millis, et al., 1992; Hever, 1993) และเมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดบุคคลสามารถเปิดเผยตนเองเพื่อที่จะแสวงหาและยอมรับข้อมูล คำแนะนำ ตลอดจนการช่วยเหลือสนับสนุนทางจากบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหา (Scott, 1998) โดยบิดาและมารดาจะมีความสามารถในการเปิดเผยตนเองแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Bell (1977) พบว่าเพศหญิงและเพศชายเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน โดยเพศชายมีการนำเอาทรัพยากรต่างๆ มาใช้เพื่อปรับพฤติกรรมตอบสนองต่อภาวะความเครียดได้ดีกว่าเพศหญิง Murray & Zentner (1985) กล่าวว่าผู้หญิงจะเปิดเผยตนเองมากกว่าผู้ชาย ทำให้แสวงหาและยอมรับการช่วยเหลือจากผู้อื่นในขณะที่ผู้ชายต้องมีความเข้มแข็งไม่แสดงความอ่อนแอให้ผู้อื่นเห็น สอดคล้องกับศึกษาของ Ventura (1985 cited in Ventura, 1986) พบว่ามารดาใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบิดา ซึ่งขัดแย้งการศึกษาของ Brody (1993) ที่พบว่าเมื่ออยู่ในสถานการณ์ความเครียดผู้หญิงมักใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกส่วนเพศชายจะสงบควบคุมสติ (detrimental)

2. อายุ

เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญปัญหาของบุคคล การเกิดความเครียดและการเผชิญปัญหาของบุคคลจะมีความแตกต่างกันไปตามพัฒนาการ เป็นเพราะในแต่ละวัยจะมีแรงขับ (motive)

และเทคนิคในการเผชิญปัญหาโดยใช้แหล่งประโยชน์และวิธีการที่แตกต่างกันไป เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น (Lazarus, 1984; Gazda, 1971 cited in Garland & Bush, 1982) โดยเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหากับภาวะวิกฤตและประสบการณ์ในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาในภาวะเหล่านั้นทำให้เกิดการเรียนรู้และทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอีกทั้งมีพัฒนาการด้านความคิดเพิ่มขึ้น ทำให้มีวุฒิภาวะ มีความสามารถในการคิด วิจัยและตัดสินใจเลือกการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น (Andreason, 1980 cited in Kaplan et al, 1980; Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดบุคคลก็จะเลือกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมทำให้ความเครียดลดลงได้ แต่จากการศึกษาของ (Moos & Billingsds (1982) ในวัยสูงอายุความสามารถทางสติปัญญาลดลง จึงทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงด้วย

3. อาชีพ

การที่มีบุตรป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤติจำเป็นต้องรับการวินิจฉัยและตรวจรักษาด้วยเครื่องมือหลายชนิดทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงตามไปด้วย ซึ่งถ้าบิดาหรือมารดาคนใดหรือทั้งสองคนประกอบอาชีพที่สามารถได้รับสวัสดิการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จะทำให้มีผลต่อความเครียดและการเผชิญปัญหา และถ้าเป็นอาชีพที่ทำให้มีโอกาสพบปะผู้คนและเหตุการณ์ต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ทำให้มีโอกาสในการเรียนรู้ มีประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาและความเครียดต่างๆรวมทั้งสามารถแสวงหา และได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มากกว่า จากการศึกษานี้ของ ศากุล คงพันธ์ (2533) พบว่ามารดาที่ทำงานนอกร้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางเพื่อนและผู้ร่วมงาน ทำให้สามารถพูดคุยขอคำแนะนำได้

4. ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นตัวกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้มีการศึกษาดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ใช้การเรียนรู้ในอดีตรวมทั้งประสบการณ์ที่เคยใช้แก้ปัญหามาแล้วแก้ปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างมีเหตุผล (Jalowice & Power, 1984) ส่วนการที่บุคคลมีระดับการศึกษาต่ำก็จะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เข้าใจสถานการณ์ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ทำให้ศักยภาพในการแก้ปัญหาต่ำส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาต่ำไปด้วย (Jenkins, 1978 cited in Jalowice & Power, 1981) และจากการศึกษาของ Kathleen & Audrey(1998) พบว่าผู้ชายที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามีผลต่อรายได้ที่สูงตามกัน การมีรายได้สูงกว่าเป็นประโยชน์และมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาโดยมักใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่จะใช้ในการรักษาบุตรตลอดจนค่าใช้จ่ายประจำของสมาชิกในครอบครัว และยังรวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าอาหารจะเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่มีผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล(บิดามารดา)และสมาชิกอื่นในครอบครัว จากการศึกษาของศากุล คงพันธ์ (2533)พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาของบิดามารดา

6. สถานภาพการสมรส

เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดคู่สมรสจะเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากความสัมพันธ์ในคู่สมรสนั้นมีความใกล้ชิด มีความรักใคร่ผูกพัน ความเข้าใจและพึ่งพากันเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว (ปัทมา คุปตจิต, 2533) จากการศึกษาของ Chen และคณะ(1987) พบว่าร้อยละ 92 ของบิดาและมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะหันหน้าเข้าปรึกษาเพื่อให้อีกกำลังใจซึ่งกันและกัน (Jamerson, et al., 1996) แต่ในครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาคนเดียวมักจะประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาด้านความขัดแย้งในบทบาทที่จะต้องทำหน้าที่ในบทบาทของทั้งบิดาและมารดา (Friedman, 1992) ดังนั้น เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะขาดผู้ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระตลอดจนให้คำปรึกษา สนับสนุนและให้กำลังใจ จากการศึกษาของ Kathleen & Audrey (1989) ในเรื่องการเผชิญปัญหาของหญิงหม้ายที่อายุมากภายหลังจากสามีเสียชีวิตจะมีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบแก้ที่ปัญหาโดยตรงและแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกในระดับค่อนข้างน้อยเนื่องจากมีประสบการณ์การสูญเสียเพื่อนและครอบครัวตลอดจนมีความเข้าใจกฎธรรมชาติในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตายและสามารถคาดการณ์ได้ว่าตนจะมีสภาพอย่างไรหลังการสูญเสียแต่หญิงหม้ายที่อายุน้อยกว่าจะซ้อคมากกว่าเนื่องจากไม่ได้เตรียมตัวหรือคาดคิดมาก่อนจึงต้องใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่า จากการศึกษาของ (เจียงคำ อินทวิชัย, 2533) พบมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่อยู่คนเดียวจะมีความเครียดมากกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสคู่

7. ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดความเครียดและการเผชิญปัญหา ทั้งนี้เพราะครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีแต่บิดามารดาและต้องรับภาระตลอดจนมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวทุกอย่าง ขณะที่ครอบครัวขยายนอกจากสมาชิกที่ประกอบด้วยบิดามารดา และบุตรแล้วยังมีญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายอาศัยอยู่ในครอบครัว (Chen, Chao, & Martin, 1987) ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ช่วยประคับประคองจิตใจซึ่งกันและกัน (Jamerson., et al.

1996) ช่วยดูแลบุตรที่เหลืออยู่และให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการแก้ปัญหาให้กับบิดามารดาเด็กป่วยได้ (Pender, 1996) จากการศึกษาของ พรณพิมลและจันทร์ชนก (2542) พบว่าครอบครัวเดี่ยวที่มีจำนวนปีของการสมรส มีผลต่อการทำหน้าที่แก้ปัญหาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนครอบครัวขยายหรือครอบครัวพ่อแม่คนเดียวจำนวนปีของการสมรสไม่มีผลต่อการทำหน้าที่แก้ปัญหาในครอบครัว

8. จำนวนบุตร

บุตรแต่ละคนย่อมเป็นที่รักของบิดามารดา จากการศึกษาพบว่า มารดาจะแสดงออกต่อความรู้สึกสูญเสียมากเมื่อบุตรสาว หรือบุตรชายเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยเฉพาะถ้าเป็นบุตรคนแรก เป็นบุตรคนเดียวของครอบครัว หรือเกิดขึ้นในครอบครัวที่มีบุตรน้อย (Jame & Mott, 1988)

9. บุคลิกภาพ

มีการกล่าวถึงพฤติกรรมบุคลิกภาพต่อการเผชิญปัญหา Friedman (1996) แบ่งบุคลิกภาพของคนออกเป็น 2 แบบคือ

9.1 บุคลิกภาพแบบเอ (Type A personality : TAB) ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลพวกนี้เป็นลักษณะของคนที่ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบการเข้าสังคม ช่างฝัน ชอบการใช้ความคิดเกี่ยวกับโลกส่วนตัวของตนเองเป็นหลัก มีความสนใจในความคิดของบุคคลมากกว่าลักษณะภายนอกของบุคคล ชอบครุ่นคิดไตร่ตรองและพิจารณาเรื่องราวต่างๆ อย่างรอบคอบไม่ไว้วางใจใครง่ายๆ ชอบการแข่งขัน ใจร้อน ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย กำหนดเวลาในการทำงาน ชอบเตรียมพร้อม ตื่นตัวทำอะไรรวดเร็วว่องไว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียดทางเลือกในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมจะยุ่งยากและไม่กว้างขวางเหมือน กลวิธีการเผชิญปัญหาจะใช้แบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกเช่น หากิจกรรมต่างๆทำเพื่อเป็นการผ่อนคลายความรู้สึกและทำให้รู้สึกที่ตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Hossein & Katleen, 1996)

9.2 บุคลิกภาพแบบบี (Type B Behavior : TBB) บุคคลพวกนี้จะมีบุคลิกภาพของการตอบสนองและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ใช้เวลาส่วนมากกับคนในสังคม ชอบทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้คน บุคลิกภาพสุขุมรอบคอบ (conscientious) มีความระมัดระวัง (cautious) ใส่ใจดูแลผู้อื่น (meliculous) และมีบุคลิกแบบมีชีวิตชีวา (organized maner) บุคคลพวกนี้มีแนวโน้มที่หันเข้าหาความช่วยเหลือได้ดีในเวลาเผชิญกับภาวะเครียด กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้จะเป็นการหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเนื่องจากทำได้ง่าย รวดเร็วเพราะมีเครือข่ายทางสังคมกว้างขวางบุคคลพวกนี้เชื่อว่าเมื่อมีการวางแผนอย่างรอบคอบ ระมัดระวังจะช่วยทำให้ปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียด

ที่เผชิญในชีวิตได้นั้นก็คือการมุ่งแก้ไขที่ปัญหา (problem – focused coping) ที่ทำให้เกิดภาวะเครียด (Yarandi & Smyth, 1996)

10. ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต

ประสบการณ์ที่บุคคลสามารถจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียดในอดีต จะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์เดียวกันที่เกิดขึ้นในปัจจุบันซึ่งความสำเร็จจากการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในอดีตจะส่งผลต่อความสำเร็จของการเผชิญปัญหาในปัจจุบันด้วย แต่ถ้าในอดีตไม่สามารถจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียดได้ จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและเกิดความไม่มั่นใจ ลังเลในการเผชิญปัญหาที่มีสถานการณ์คล้ายกันในปัจจุบัน (Fuller & Schaller-Ayers, 1990) เนื่องจากบุคคลมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดที่ต่างกันโดยมีแนวโน้มที่จะใช้ความสัมพันธ์ที่เป็นระบบในการตอบสนองเช่นเดียวกับสถานการณ์ความเครียดที่เคยผ่านมา หรือที่เคยใช้มา ดังนั้นการศึกษาทฤษฎีในการเผชิญปัญหาจากสถานการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมจึงน่าจะครอบคลุมถึงการใช้กลวิธีในแบบที่บุคคลเคยใช้มาแล้ว (Snyder, 1999) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์เผชิญภาวะวิกฤตสามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะดำเนินต่อไปภายหลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤตตลอดจนเข้าใจธรรมชาติของการสูญเสีย ส่งผลให้มีทักษะในการใช้ กลวิธีในการเผชิญปัญหา และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบแก้ที่ปัญหาโดยตรงและแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกในระดับค่อนข้างน้อย (Kathleen & Audrey, 1989)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลเผชิญอยู่ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการเผชิญปัญหาของคนไทยในเขตกรุงเทพฯ ว่าปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาหรือไม่และใช้ในลักษณะใดเพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาการเผชิญปัญหาในด้านอื่นๆต่อไป

จากการศึกษาพบว่าระหว่างอยู่ในภาวะวิกฤติบุคคลจะมีการรับรู้ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงด้วย (Lopez-Fagin, 1995, Jamerson, 1996) จึงควรส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดูแลกันและกันได้เพื่อที่ครอบครัวจะสามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะมีอัตราการรอดสูงฟื้นตัวได้เร็ว (Neabel, et al., 2000) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินพัฒนาการทางกายและจิตได้ตามขั้นของพัฒนาการได้ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Lopez-Fagin (1995) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้ตรงความต้องการ กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัว

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤตหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้พยาบาลอาสาสมัครที่ทำงานในหน่วยวิกฤตที่มีหน้าที่ให้คำแนะนำกับครอบครัวผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลกับครอบครัวและทำการประเมินผลความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถาม CCFNI ของ Molter ปี ค.ศ. 1979 (Critical Care Family Needs inventory) แล้วรวบรวมผลให้กับฝ่ายบริหารทางการพยาบาลซึ่งสามารถจัดแยกความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ 5 ประเภท คือ

1. การได้รับการสนับสนุนดูแล (support)
2. การได้รับความสุขสบายขณะระอเยียม (comfort)
3. การได้อยู่ใกล้ชิดดูแลผู้ป่วย (proximity)
4. การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย (information)
6. ความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี (assurance)

ข้อจำกัดของการศึกษา คือแบบสอบถามที่ใช้อาจไม่เหมาะสมกับหน่วยวิกฤตอื่นที่การทำงานแตกต่างจากหน่วยวิกฤตศัลยกรรมซึ่งมีการหมุนเวียนผู้ป่วยเร็วกว่า

Bemadette (1994) ศึกษาการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของเด็กป่วยและมารดาที่ไม่ได้รับการวางแผนในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลมาก่อนต่อการให้ความรู้แก่เด็กและมารดาเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยก่อนเรียนและมารดาที่เข้าอยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่ได้ออกแบบล่วงหน้า 108 คน เด็กอายุ 2-5 ปี ใช้การสุ่มตัวอย่าง สมมติฐานการวิจัยคือการให้ความรู้แก่มารดาเพื่อที่มารดาจะได้คาดเดาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของบุตรที่เกิดจากความเครียด เมื่อเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจะสามารถลดความเครียดของบิดามารดาได้นั้นคือผลลัพธ์ ที่ได้จากการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขที่อารมณ์ความรู้สึก และบิดามารดาสามารถเตรียมพร้อมในการดูแลบุตรได้ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ปัญหาโดยตรง ผลการวิจัยพบว่าการให้ข้อมูลด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของบุตรและข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของบิดามารดามีผลต่อการลดความเครียดของบิดามารดาโดยบิดามารดาให้ความช่วยเหลือและมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาลได้ดี เมื่อติดตามผล 10-14 วันภายหลังอยู่โรงพยาบาลพบว่าพฤติกรรมทางด้านลบของเด็กลดลงเช่น ความเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย ความเจ็บปวดอย่างมากเมื่อได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ เช่น การใส่สายสวนในเส้นเลือด การใส่ท่อระบายปัสสาวะ เป็นต้น

Fisher (1994) ศึกษาความต้องการของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาจำนวน 15 คน มารดา จำนวน 15 คน ของผู้ป่วยเด็ก 30 คน โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Roy. (1984) เป็นกรอบแนวคิด ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความต้องการของญาติผู้ป่วยภาวะวิกฤต (CCFNI) ของ molter. (1979) Kirschbaum (1990) ได้ประเมินความต้องการของบิดามารดาหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตอย่างน้อย 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน

72 ชั่วโมง บิดาได้รับและไม่ได้รับการเตรียมก่อนที่บุตรจะเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการที่บิดารดาให้ความสำคัญมากที่สุด คือต้องการทราบการพยากรณ์โรค รองลงมาได้แก่ ต้องการทราบว่าทำอะไรให้กับบุตร ต้องการมีความหวัง ต้องการทราบอาการของบุตรว่าได้รับการรักษาพยาบาลที่เจ็บปวด หรือสบายขึ้นต้องการพูดกับแพทย์ทุกวัน ต้องการความแน่ใจว่าบุตรได้รับการดูแลอย่างดี

LaMontagne & Pawlak (1990) ศึกษาสถานการณ์ใดในหน่วยวิกฤตที่ก่อให้เกิดความเครียด และกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมเป็นครั้งแรกและไม่เคยเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตในฐานะโรคเรื้อรังมาก่อนจำนวน 30 คน โดยใช้แบบประเมินปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของ Miles และคณะ (1989) และแบบประเมินกลวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (The Ways of Coping Questionnaire) พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา รองลงไป คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนและความต้องการรับรู้ข้อมูล ตามลำดับ ด้านกลวิธีการเผชิญปัญหาที่บิดามารดาใช้มีทั้งแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงและแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก โดยจัดการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกร้อยละ 56 และจัดการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงร้อยละ 44

Kathleen & Audrey. (1989) ศึกษาการใช้ผลวิธีการเผชิญปัญหา การใช้แหล่งช่วยเหลือ และการใช้กลไกทางจิตในการเผชิญภาวะโศกเศร้าและสูญเสียชีวิตของหญิงและชายที่เป็นหม้าย โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหญิงหม้าย 100 รายและชายหม้าย 59 รายพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความโศกเศร้าจากการสูญเสียคู่สมรมีอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อไป ช่วงเวลาที่ใช้ในการดูแลคู่ที่ป่วยก่อนเสียชีวิต และลักษณะการเสียชีวิตแบบกะทันหันหรือเจ็บป่วยเรื้อรังพบว่าถ้ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบในระดับสูงจะช่วยลดสุขภาพจิตที่เสียไปได้ และหญิงหม้ายที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตดีกว่า ส่วนพวกที่ต้องดูแลคู่ที่ป่วยเรื้อรังก่อนเสียชีวิตจะสุขภาพจิตดีกว่า เนื่องจากมีเวลาในการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคมก่อนและหลังการสูญเสีย ส่วนหญิงหม้ายที่อายุมากกว่าจะใช้ระดับการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบและใช้แบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกในระดับน้อยกว่าแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง เนื่องจากมีประสบการณ์ในการสูญเสียเพื่อนหรือคนในครอบครัวมาก่อน อีกทั้งเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังทำให้มีทักษะในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา โดยจะใช้การเผชิญปัญหาทั้งสองแบบในระดับน้อย หญิงหม้ายที่อายุน้อยจะใช้การเผชิญแบบแก้ที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่า ส่วนฝ่ายชายที่ระดับการศึกษาสูงมีผลให้รายได้สูงไปด้วยส่งผลต่อการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้แบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง

Eberly, et al. (1985) ศึกษาบทบาทของบิดามารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤต 2 กลุ่มคือ บิดามารดาของผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตจำนวน 233 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมตัวในการเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตจำนวน 262 ราย พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยที่ไม่มีการเตรียมตัวก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา มีความวิตกกังวลสูงกว่าบิดามารดาของผู้ป่วยที่มีการเตรียมตัวก่อน อย่างมีนัยสำคัญที่ .001

Jalowiec & Powers. (1981) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉินอาการเฉียบพลันแต่ไม่รุนแรงจำนวนกลุ่มละ 25 คน ใช้หลักของ Lazarus & Launier (1978 cited in Jalowiec & Powers, 1981) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินมีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเกิดจากปัจจัยด้านบุคคลและสังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจ ในขณะที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเครียดเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง สำหรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงจะใช้การเผชิญปัญหาแบบเน้นการแก้ที่ปัญหาโดยตรงมากกว่าผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินและวิธีการเผชิญปัญหาแบบแก้ที่อารมณ์/ความรู้สึกจะใช้ศาสนาและกิจกรรมออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินจะใช้วิธีการผ่อนคลายวันหรือใช้ประสบการณ์ในอดีต ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะใช้การเผชิญปัญหาแบบเน้นการแก้ที่ปัญหาโดยตรงมากกว่าเน้นแก้ที่อารมณ์/ความรู้สึก

เกียรติกำจร กุศล และ เกษรา วณิชิตระกุล (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลจากพยาบาลกับการเผชิญปัญหา ของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคปอดบวมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Leininger (1987) และการเผชิญปัญหา ของ Lazarus & Folkman (1984) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคปอดบวมขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 50 คน การดูแลจากพยาบาลประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1984) ส่วนวิธีการเผชิญปัญหา ของมารดาวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Jalowiec (1984) พบว่ามารดารับรู้การดูแลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ในด้านการให้ความมั่นใจและทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลให้ความช่วยเหลือและด้านอารมณ์ มารดาใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียดในระดับสูง แต่ใช้วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าแก้ไขอารมณ์ตั้งเครียด

ทุกคนมีกลวิธีการเผชิญปัญหา เป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละสถานการณ์ความเครียดโดยใช้การประเมินทางสติปัญญาของบุคคลต่อสถานการณ์นั้นๆ ว่าก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเองหรือไม่ในลักษณะใด มีความรุนแรง คุกคามเพียงใจและสมควรตอบสนองในรูปแบบใด การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา ไม่ใช่เพียงเพื่อการมีชีวิตรอดอยู่ (survival) แต่เพื่อการมีคุณภาพชีวิตและความ

สมดุลง่ายทางจิตใจ มีชีวิตที่สมบูรณ์ (fulfilling) ซึ่งจะทำให้ได้นั้นบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นและใช้การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การเผชิญปัญหาเป็นการตอบสนองต่อความทุกข์ทั้งทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจซึ่งมักจะสัมพันธ์กับความเครียดที่บุคคลเผชิญจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันมีคำถามว่าทำไมบางสถานการณ์ถึงสร้างความเครียดจึงไม่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดมากนักและอะไรเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหนึ่งเผชิญปัญหาได้มีประสิทธิภาพกว่าอีกคนหนึ่ง การที่บุตรต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมนับเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งที่บิดามารดาต้องเผชิญและมี การตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหานั้นบิดามารดาสามารถเลือกใช้ได้ทั้งแบบแก้ที่ปัญหาโดยตรงและแก้ที่อารมณ์ความรู้สึก ซึ่งการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบใดนั้นจุดประสงค์เพื่อบิดามารดาจะสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและสามารถแสดงบทบาททางสังคมของตนได้อย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมและศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้กลวิธีการเผชิญปัญหานั้น

ปัญหาการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาหรือไม่
2. บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมใช้กลวิธีการเผชิญ

ปัญหาแบบใด

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอำนาจการทำนายการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตรบุคลิกภาพและประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต

2. ศึกษาการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดา และมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. กลวิธีการเผชิญปัญหา หมายถึง การตอบสนองทางความคิดและการกระทำของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมใช้เพื่อจัดการ ต่อสู้ ควบคุมหรือบรรเทาความเครียด ที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตเด็กกุมารเวชกรรม

2. หน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม หมายถึง หอผู้ป่วยที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 15 ปี ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษ และมีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิตและสังเกตสัญญาณชีพ โดยมีการจำกัดเวลาและกิจกรรมของญาติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้หมายถึง หน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม และหน่วยงานวิกฤตทารกแรกเกิด ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคลของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมในเรื่องของ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร บุคลิกภาพและประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต

4. บิดามารดา หมายถึง ผู้ให้กำเนิดหรือญาติสายตรงที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

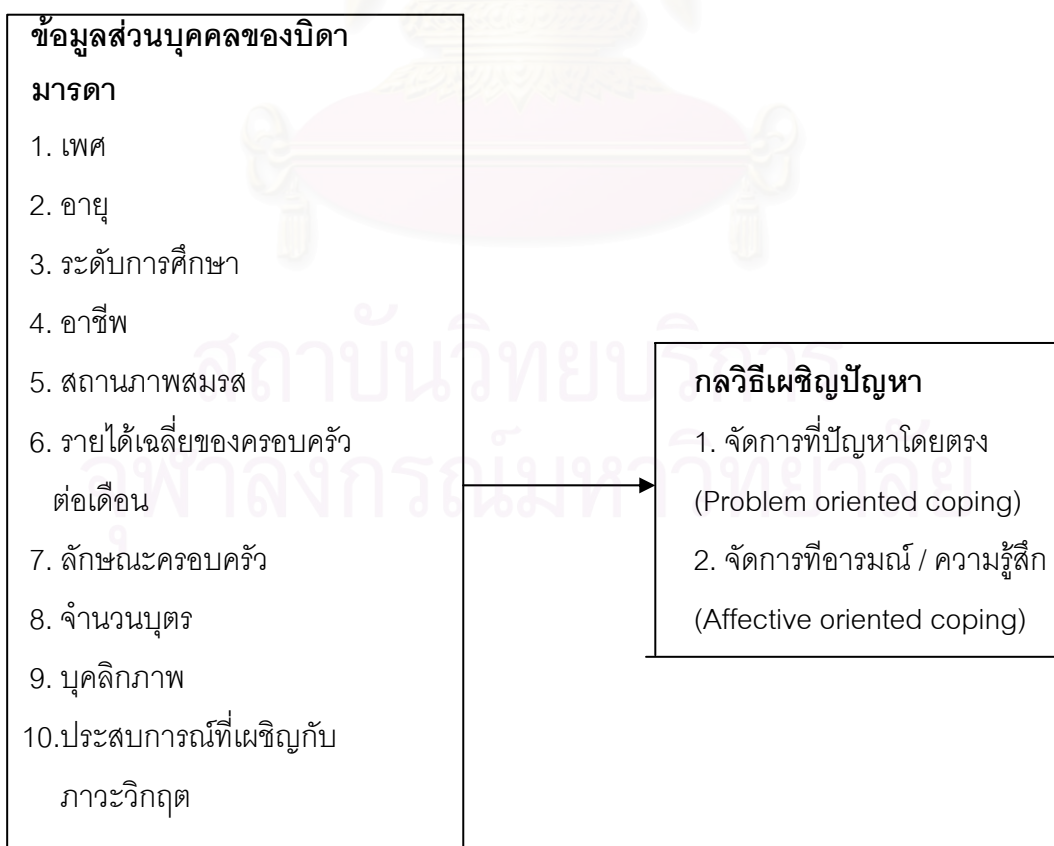
ขอบเขตของงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ซึ่งเป็นการศึกษาการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่บิดาและ/หรือมารดาของผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ แรกเกิดถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2545 จำนวน 200ราย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีอำนาจการดำเนินงานการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดา และมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม
2. เป็นแนวทางเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการและจัดการกับความเครียดของบิดา และมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นต่อไปและเหมาะสมกับการพัฒนาบุคคลตามขั้นพัฒนาการมนุษย์
3. เป็นแนวทางให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงปัญหาความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมและสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว
4. เป็นแนวทางในการศึกษากลวิธีการเผชิญปัญหาของคนไทยให้กว้างขวางลึกซึ้งต่อไป

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย



บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ บิดาและ/หรือมารดาที่มีบุตรอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปี และเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตเด็กเป็นครั้งแรก โดยใช้สถานพยาบาลที่ทำการศึกษา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือน มกราคม พ.ศ. 2545 จำนวน 200 ราย โดยได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบิดาและ/หรือมารดา ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม ภายหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง
2. เคยเข้าเยี่ยมบุตรในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ตัวแปรในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่
 - 1.1 เพศ
 - 1.2 อายุของบิดามารดา
 - 1.3 อาชีพ
 - 1.4 ระดับการศึกษา
 - 1.5 รายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
 - 1.6 สถานภาพสมรส
 - 1.7 ลักษณะครอบครัว
 - 1.8 จำนวนบุตรทั้งหมด

1.9 บุคลิกภาพ

1.10 ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามกลวิธีการเผชิญ

ปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมเป็นแบบสอบถามแบบกำหนดคำตอบให้ (Check list) และให้ตอบแบบเสรี (Open end) มีทั้งสิ้น 12 ข้อคำถาม

2. แบบวัดบุคลิกภาพ The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaire ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2544) ของ Barlow, J.M.(1986) ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงภาษาเล็กน้อยเพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้นแต่ยังคงเนื้อหาเดิมไว้ จากนั้นนำแบบสอบมาให้ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์และอาจารย์ที่ปรึกษาปรับปรุงแก้ไข เมื่อผู้วิจัยนำแบบสอบไปปรับปรุงแก้ไขและผ่านความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีข้อกระทงทั้งสิ้น 20 ข้อใช้มาตรวัดแบบ Semantic Differertial Scale โดยกำหนดมาตรวัด ตั้งแต่ 1-7 คะแนนทั้งหมดมีพิสัย 20 ถึง 140 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนดูที่คะแนนรวม

คะแนนตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไปจัดให้เป็นคนมีบุคลิกภาพ Type A

คะแนนตั้งแต่ 60 – 79 คะแนนจัดเป็นบุคลิกภาพ Type AB

คะแนนต่ำกว่า 60 คะแนนจัดเป็นบุคลิกภาพ Type B

การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

ข้อความทางขวามือแสดงถึงการมีบุคลิกภาพโน้มเอียงมาทาง Type A ให้คะแนน

4 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านบางส่วนและไม่จริงบางส่วน

5 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านบางส่วน

6 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนใหญ่

7 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุด

ข้อความทางซ้ายมือแสดงถึงการมีบุคลิกภาพโน้มเอียงมาทาง Type B ให้คะแนน

- 1 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านที่สุด
- 2 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนใหญ่
- 3 หมายถึง ข้อความตรงกับความเป็นจริงของท่านบางส่วน

ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา(content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดบุคลิกภาพ The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaires (Barlow, 1986) ที่ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2544) แปลมาปรับปรุงแก้ไข ภาษาบางส่วนโดยผ่านการพิจารณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ และอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้ข้อความเหมาะสมด้านภาษา ได้ข้อกระทงทั้งสิ้น 20 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำมาตรวัดพฤติกรรมแบบเอ ของ อภิชญา สุทธิสิงห์ (2541) มีข้อกระทงทั้งสิ้น 39 ข้อ ที่หาคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตปริญญาตรี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 60 ราย วัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ .85 มีข้อกระทงทั้งสิ้น 39 ข้อ มาหาความตรงร่วมสมัย (Concurrent validity) ได้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือ (Correlation coefficient) .66

ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดบุคลิกภาพที่ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2544) แปล และหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยรามคำแหงทั้งชายและหญิงที่ลงทะเบียนเรียนวิชาจิตวิทยา จำนวน 65 ราย วัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ .74 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบที่ปรับปรุงแล้วนำมาวัดกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์พยาบาลและบุคคลทั่วไป ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 72 ราย แบ่งเป็น เพศชาย 33 ราย หญิง 39 ราย ($M = 31.38$, $SD = 9.32$ ช่วงอายุ 18-74 ปี) นำผลที่ได้มาตรวจให้คะแนนและวิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาความคงที่ภายในแบบครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .82 มีข้อกระทงทั้งสิ้น 20 ข้อ

3. แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Scale) ของ Jalowiec (1984) จำนวน 40 ข้อ เครื่องมือนี้ Jalowiec สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus & Folkman (1984) เพื่อใช้ในการวัดกลวิธีการเผชิญปัญหาทางสุขภาพ (Norman, Laura &

James,1998) แบ่งเป็น กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดการที่ปัญหาโดยตรง 15ข้อ และกลวิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 25ข้อ

แบบวัดมีข้อกระทงทั้งสิ้น 40 ข้อ ดังนี้ (ดูรายละเอียดที่ภาคผนวก)

กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่ปัญหาโดยตรง	กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก
ข้อ 6, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 33, 35, 36, 38, 40	ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9,10,15,16,21,22,23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 37, 39
รวม 15 ข้อ	รวม 25 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า

- ไม่เคยใช้เลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเลย หรือท่านไม่เคยใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหา
- ใช้น้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อย หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นนานๆครั้งในการจัดการกับปัญหา
- ใช้เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงครั้งหนึ่ง หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้งในการจัดการกับปัญหา
- ใช้บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมาก หรือท่านเคยใช้วิธีนั้นบ่อยครั้งในการจัดการกับปัญหา
- ใช้เกือบตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือท่านใช้วิธีนั้นเกือบตลอดเวลาในการจัดการกับปัญหา

เกณฑ์การให้คะแนน

- ไม่เคยใช้เลย ให้คะแนน 1 คะแนน
- ใช้น้อยครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน
- ใช้เป็นบางครั้ง ให้คะแนน 3 คะแนน
- ใช้บ่อยครั้ง ให้คะแนน 4 คะแนน
- ใช้เกือบตลอดเวลา ให้คะแนน 5 คะแนน

ผู้ตอบแบบสอบถามต้องเลือกตอบเพียง 1 คำตอบในแต่ละข้อ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดในสถานการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม คะแนนกลวิธี

การเผชิญปัญหาของบิดามารดาต่อการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งฉบับ ซึ่งมีการกระจายของคะแนนอยู่ระหว่าง 40 – 200 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมแต่ละด้านคือด้านมุ่งจัดการที่ปัญหาโดยตรง 15 ข้อ มีการกระจายของคะแนนอยู่ระหว่าง 15 – 75 คะแนน และด้านมุ่งจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก 25 ข้อ มีการกระจายของคะแนนอยู่ระหว่าง 25 – 175 คะแนน

การหาความตรงของแบบสอบถาม (Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1984) ที่รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2544) แปลขึ้น มาปรับเปลี่ยนภาษาเล็กน้อย จากนั้นนำแบบสอบถามไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ทางจิตวิทยา 3 ท่าน ใช้เกณฑ์ 2 ใน 3 พิจารณาตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับสถานการณ์การเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามกลวิธีการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1984) ที่รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2544) แปลขึ้น และหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยรามคำแหงทั้งชายและหญิงที่ลงทะเบียนเรียนวิชา จิตวิทยา จำนวน 70 รายวัดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ .76 มาปรับเปลี่ยนภาษาเล็กน้อย และได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วย วิกฤตกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 ราย เป็นบิดา 17 ราย และมารดา 23 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 19 – 55 ปี ($M=33.73$ ปี $SD=9.00$) นำผลที่ได้มาตรวจให้คะแนนและ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาความคงที่ภายในแบบครอน บาค (Cronbach's Coefficient of Internal Consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .80 มีข้อ กระทั่งสิ้น 40 ข้อ แยกเป็นการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา .79 และการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .69

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่น่าสนใจโดยดูจากความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับข้อเสนอแนะ
2. ศึกษาข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
3. กำหนดกลุ่มตัวอย่างและติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่จะไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามช่วงเวลาที่กำหนดไว้ในหนังสือ
4. ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้ตอบแบบสอบถามและถามความสมัครใจก่อนแจกแบบสอบถามตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS. V.9.0.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยแก่บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ระหว่างรอเยี่ยมบุตร ทุกวันตั้งแต่เวลา 10.00น.-18.00น. พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือตามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม
2. แจกแบบสอบถาม ให้บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมอ่านและตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับ
3. นำแบบสอบถามที่บิดามารดาตอบมาตรวจดูความสมบูรณ์โดยผู้ตอบแบบสอบถามต้องตอบให้ครบทุกข้อคำถาม นำคำตอบที่ได้มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ข้างต้น แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS V.9.0. (Statistical Package for the Sciences) โดยกำหนดเนื้อหาและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็น 3 ส่วนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่โดยนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวนและร้อยละ

2. คะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหา ของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วย
วิกฤตกุมารเวชกรรมนำมาคำนวณค่าเฉลี่ย(M)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD)ในแต่ละด้าน และ
คะแนนโดยรวม

3. วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล กับการใช้กลวิธีการเผชิญ
ปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โดยเทคนิคการวิเคราะห์
ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้อน (Multiple Regression analysis with Stepwise)

การนำเสนอข้อมูล

แสดงผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเผชิญ
ปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมในรูปแบบข้อความ
ควบคู่กับตาราง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

ผลการวิจัย

ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับวิธีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยจะขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 คะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมและรายด้านของบิดามารดาที่บุตรเข้ารักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมและรายด้านของบิดามารดาที่บุตรเข้ารักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 คะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมและรายด้าน ของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับรักษา ในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนของบิดามารดา พิสัย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน คะแนนการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤต กุมารเวชกรรม (N=200)

วิธีการเผชิญปัญหา	N	Range	Minimum	Maximum	M	SD
มุ่งจัดการที่ปัญหาโดยตรง (คะแนนการประมาณค่า)	200	39.00 (2.60)	31.00 (2.07)	70.00 (4.67)	53.36 (3.58)	7.41 (.49)
มุ่งจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก (คะแนนการประมาณค่า)	200	49.00 (1.96)	37.00 (1.48)	86.00 (3.44)	54.49 (2.18)	8.66 (.35)
วิธีการเผชิญปัญหาโดยรวม (คะแนนการประมาณค่า)	200	61.00 (1.53)	77.00 (1.93)	138.00 (3.45)	108.12 (2.70)	12.16 (.30)

จากตารางที่ 1 แสดงว่าบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมมีการใช้ กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง (M=53.63, SD=7.41) ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์ เฉลี่ยที่ควรจะเป็น (45 คะแนน) และมีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก (M=54.49, SD=8.66) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ยที่ควรจะเป็น (75 คะแนน) ส่งผลให้มีการใช้ กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวม (M=108.12, SD=12.16) ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ยที่ควรจะเป็น (120 คะแนน)

เมื่อพิจารณาคะแนนการประมาณค่าสรุปได้ว่าบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน หน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมมีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับ ค่อนข้างมาก(M=3.58,SD=.49)และมีการใช้มากกว่ากลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ ความรู้สึก (M=2.18, SD= .35) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

	เพศ	อายุ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สถานภาพสมรส	รายได้	ลักษณะครอบครัว	จำนวนบุตร	บุคลิกภาพ	ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต	กลวิธีการเผชิญปัญหา
เพศ	1.000	-.214	.004	-.206	.095	-.072	.040	.017	-.061	.023	-.061
อายุ		1.000	.194	.265	-.055	.452	-.158	.296	-.076	.114	.063
ระดับการศึกษา			1.000	.307	-.061	.639	.068	-.168	-.068	.033	-.039
อาชีพ				1.000	-.050	.279	.015	.067	.018	-.037	.073
สถานภาพสมรส					1.000	-.029	.122	.133	-.068	.062	.038
รายได้						1.000	.041	.016	-.119	.049	.039
ลักษณะครอบครัว							1.000	-.056	-.004	-.046	.085
จำนวนบุตร								1.000	-.017	-.079	.095
บุคลิกภาพ									1.000	-.026	-.095**
ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต										1.000	-.006

** P<.01

จากตารางที่ 2 พบว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนาย กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนายที่เข้าสมการ	R ²	b	B	t	Sig
บุคลิกภาพ	.041	.169	.203	2.911	.004
ค่าคงที่ a = 92.790		SEE = 11.8554			
Multiple R = .203		F = 8.474			
ตัวทำนายที่ไม่เข้าสมการ	Beta In	Partial correlation	Tolerance	Sig	t
เพศ	-.058 ^a	-.059	1.000	.405	-.834
อายุ	.031 ^a	.031	.976	.660	.441
ระดับการศึกษา	-.064 ^a	-.066	.998	.356	-.925
อาชีพ	.043 ^a	.043	.971	.543	.609
สถานภาพสมรส	.043 ^a	.043	.999	.542	.611
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน	.005 ^a	.005	.976	.947	.067
ลักษณะครอบครัว	-.068 ^a	-.069	.996	.331	-.974
จำนวนบุตร	.023 ^a	.023	.973	.746	.324
ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต	-.012 ^a	-.012	.997	.862	-.175

จากตารางที่ 3 แสดงว่าบุคลิกภาพสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา และสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตได้ร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และปัจจัยส่วนบุคคลตัวอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา

ตารางที่ 4 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างเพศและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตร
เข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

เพศ	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
บิดา	100	- (0%)	100 (100%)
มารดา	100	2 (2%)	98 (98%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 4 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงทั้งหมด 198 ราย คิดเป็นร้อยละ 99 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วย
วิกฤตกุมารเวชกรรม

มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึกทั้งหมด 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ของ
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (200
ราย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างอายุและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

อายุตามช่วง พัฒนาการ	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
วัยรุ่น 13-20 ปี	14	- (0%)	14 (100%)
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น	159	2 (1.27%)	157 (98.73%)
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง	27	- (0%)	27 (100%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 5 แสดง แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง 198 รายคิดเป็นร้อยละ 99 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิฤตกุมารเวชกรรม (200 ราย) โดยอยู่ในช่วงอายุ 16 ปีและ 55 ปี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างระดับการศึกษาและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

ระดับการศึกษา	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1 (33.33%)	2 (66.67%)
ประถมศึกษา	53	- (0%)	53 (100%)
มัธยมศึกษา	73	- (0%)	73 (100%)
อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตร	26	1 (3.85%)	25 (96.15%)
ปริญญาตรี	37	- (0%)	37 (100%)
สูงกว่าปริญญาตรี	8	- (0%)	8 (100%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 6 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม (200ราย) เป็นกลุ่มผู้ไม่เรียนหนังสือ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 33.33 ของกลุ่มตัวอย่าง (3 ราย) และกลุ่มระดับการศึกษาชั้นอนุปริญญา/เทียบเท่าอีก 1 รายคิดเป็นร้อยละ 3.85 ของกลุ่มตัวอย่าง(26 ราย)

ตารางที่ 7 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างอาชีพและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตร
เข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

อาชีพ	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
ไม่มีอาชีพ	31	- (0%)	31 (100%)
รับจ้าง	102	2 (1.96%)	100 (98.04%)
ค้าขาย/ธุรกิจ	36	- (0%)	36 (100%)
รับราชการ	22	- (0%)	22 (100%)
งานด้านการเกษตร	9	- (0%)	9 (100%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 7 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิฤตกุมารเวชกรรม (200 ราย) ทั้งหมดมีอาชีพรับจ้างทั้ง 2 รายคิดเป็นร้อยละ 1.96 ของกลุ่มอาชีพรับจ้าง (120 ราย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างสถานภาพสมรสและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

สถานภาพสมรส	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
สมรส	185	1 (0.54%)	184 (99.46%)
บิดาหรือมารดา คนเดียว	15	1 (6.67%)	14 (93.33%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 8 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (200ราย) เป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.54 ของกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ (185 ราย) และเป็นกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสบิดาหรือมารดาคนเดียว 1 รายคิดเป็นร้อยละ 6.67 ของกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสบิดาหรือมารดาคนเดียว (15 ราย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวต่อเดือน	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
ต่ำกว่า 5,000 บาท	52	1 (1.92%)	51 (98.08%)
5,000-10,000 บาท	69	- (0%)	69 (100%)
10,000-20,000 บาท	45	- (0%)	45 (100%)
มากกว่า 20,000 บาท	34	1 (2.94%)	33 (97.06%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 9 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม (200 ราย) เป็นกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.92 ของกลุ่ม(52 ราย) และเป็นกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.94 ของกลุ่ม (34 ราย)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างลักษณะครอบครัวและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

ลักษณะครอบครัว	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
ครอบครัวเดี่ยว	96	1 (1.04%)	95 (98.96)%
ครอบครัวขยาย	104	1 (0.96%)	103 (99.04%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 10 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (200ราย) เป็นกลุ่มครอบครัวเดี่ยว 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.04 ของกลุ่ม (96 ราย) และเป็นกลุ่มครอบครัวขยาย 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.96 ของกลุ่มครอบครัวขยาย (104 ราย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างจำนวนบุตรและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

จำนวนบุตร (คน)	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
1	83	- (0%)	83 (100%)
2	74	1 (1.35%)	73 (98.65%)
3	32	1 (3.13%)	31 (96.87%)
4	11	- (%)	11 (100%)
รวม	200	2 (%)	198 (99%)

จากตารางที่ 11 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม (200 ราย) เป็นกลุ่มครอบครัวที่มีบุตร 2 คน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 1.35 ของกลุ่ม (74 ราย) และเป็นกลุ่มครอบครัวที่มีบุตร 3 คน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 3.13 ของกลุ่ม (32 ราย)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างบุคลิกภาพและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

บุคลิกภาพ	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
Type A	3	2 (66.67%)	1 (33.33%)
Type B	161	- (0%)	159 (100%)
Type AB	36	- (0%)	36 (100%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 12 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม (200 ราย) เป็นกลุ่มที่มีบุคลิกภาพ Type A 2 รายคิดเป็นร้อยละ 66.67 ของกลุ่มที่มีบุคลิกภาพ Type A

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 การแจกแจงความถี่ร่วมระหว่างประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤตและกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยกุมารเวชกรรม

ประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต	จำนวน (คน)	กลวิธีการเผชิญปัญหา	
		จัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก	จัดการที่ปัญหาโดยตรง
ไม่มีประสบการณ์	152	1 (0.66%)	151 (99.34%)
มีประสบการณ์	48	1 (2.08%)	47 (97.92%)
รวม	200	2 (1%)	198 (99%)

จากตารางที่ 13 แสดงว่ามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง ร้อยละ 99 มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (200 ราย) เป็นกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ที่เผชิญภาวะวิกฤตมาก่อน 1 รายคิดเป็นร้อยละ 0.66 ของกลุ่ม (152 ราย) และเป็นกลุ่มเคยมีประสบการณ์ที่เผชิญภาวะวิกฤตมาก่อน 1รายคิดเป็นร้อยละ 2.08 ของกลุ่ม(48 ราย)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากบทที่ 3 สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามปัญหาการวิจัยที่เสนอไว้ ดังนี้

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมหรือไม่ โดยคัดเลือกปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร บุคลิกภาพและประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต

จากผลการวิจัยพบว่า

1. บุคลิกภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลเพียงด้านเดียวที่สัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาได้ดีที่สุดร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างบิดามารดาส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบ Type B ถึงร้อยละ 80.50 (กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200คน) ใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yarandi & Smyth (1996) ที่พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Type B จะมีการตอบสนองและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสุขุมรอบคอบ ใส่ใจดูแลผู้อื่น อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะหันหน้าเข้าหาความช่วยเหลือได้ดีในเวลาเผชิญกับภาวะเครียด กลวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้จะเป็นแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และจากการศึกษาของ Hossein & Katleen (1996) พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Type A เป็นลักษณะของคนที่ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบเข้าสังคม มีการไตร่ตรองและพิจารณาเรื่องราวต่างๆ รอบคอบไม่ไวใจใครง่ายๆ ชอบการแข่งขัน ใจร้อน มีกำหนดเวลาในการทำงาน ชอบเตรียมพร้อม มีความตื่นตัวทำอะไรว่องไว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียดทางเลือกในการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาโดยการหาแหล่งความช่วยเหลือทางสังคมจะยุ่งยากไม่กว้างขวาง การเผชิญปัญหาจะใช้แบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก เช่น การหากิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อการผ่อนคลายความรู้สึกและทำให้รู้สึก ว่า ตนสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มี บิดามารดาที่มีบุคลิกภาพแบบ Type A ใช้การเผชิญปัญหาจากกรที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกคิดเป็นร้อยละ 66.67 และใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงคิด

เป็นร้อยละ 33.33 (บุคลิกภาพแบบ Type A จำนวน 3 คน) อธิบายได้ว่าเนื่องจากสถานการณ์ที่บุตรป่วยต้องเข้ารับการรักษา ในหน่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์เร่งด่วน ต้องรีบแก้ไขเพื่อจะลดความรุนแรงของสถานการณ์ลงภายในระยะเวลาที่จำกัดจำเป็นที่จะต้องใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงมากขึ้น อีกทั้งช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล (24 ชั่วโมงภายหลังที่บุตรเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง) เป็นช่วงเวลาที่บิดามารดามีการปรับตัวและใช้การเผชิญปัญหามาช่วงระยะหนึ่งแล้ว การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกอาจลดระดับลงแล้ว จึงเป็นเหตุให้ผลการวิจัยพบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Type A ใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงร่วมด้วย

2. จากการศึกษาที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลตัวอื่นๆไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาอธิบายได้ว่า

2.1 อาจเป็นสาเหตุในด้านความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกันจึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้จึงไม่สอดคล้องกับศึกษาของ Brody (1993) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการใช้การเผชิญปัญหา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดามารดาในครอบครัวเดียวกันที่มีบุตรแรกเกิดป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสถานการณ์สิ่งเร้าที่เกิดพร้อมๆกันจากการที่มารดาต้องพักรักษาตัวภายหลังคลอดและถูกแยกจากบุตรที่ป่วยตั้งแต่แรกคลอด ต้องรอคอยฟังข่าวบุตรที่ป่วยโดยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและบุตรในขณะนั้นได้จึงพบว่ามารดาใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกมากกว่าบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนบิดาผู้รับรู้เหตุการณ์ทั้งในขณะที่ภรรยาคลอด เห็นบุตรป่วยที่ถูกส่งเข้าหน่วยวิกฤต ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยวิกฤตและต้องดูแลสภาพจิตใจและร่างกายของภรรยาหลังคลอดทำให้รับทราบเหตุการณ์ที่ดำเนินมาทำให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปการใช้วิธีการเผชิญปัญหาจึงใช้แบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง แต่จากการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตโดยไม่ได้เลือกที่จะมาจากครอบครัวเดียวกันหรือไม่ อีกทั้งการเจ็บป่วยของบุตรเป็นการเจ็บป่วยที่มีการดำเนินการแก้ไขมาบ้างแล้วก่อนบุตรจะมาเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตและก่อนที่บิดามารดาจะตอบแบบสอบถาม จึงเป็นไปได้ที่การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกอาจเบาบางลง และเป็นเวลาที่บิดามารดาเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับที่มากขึ้นกว่าระยะแรกๆ

2.2 อาจเป็นสาเหตุจากความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของการสูญเสีย และลักษณะของสถานการณ์ที่ยังสามารถแก้ไขได้ ซึ่งผลจากการศึกษาของ Kathleen & Audrey (1989) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา ศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง-ชายหม้ายที่คู่สมรสเสียชีวิตแล้วในช่วงเวลา 1 เดือนถึง 1 ปี อีกทั้งแบ่งกลุ่มโดยดูระยะเวลาของการสูญเสียคู่สมรสที่สูญเสียแบบฉับพลันหรือเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษามานานก่อนจะ

เสียชีวิต พบว่าโดยหญิงหม้ายที่อายุมากกว่า ใช้เวลาในการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรังมานานกว่า มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงและจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกในระดับต่ำ ส่วนหญิงหม้ายที่อายุน้อยกว่าและสูญเสียคู่สมรสแบบฉับพลันและไม่ได้คาดคิดมาก่อนใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกในระดับสูง ที่ได้ผลไม่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ อาจเป็นเพราะลักษณะการแบ่งกลุ่มด้วยระยะเวลาของการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก (ฉับพลันหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า) และสถานการณ์ที่มีความรุนแรงเช่นเดียวกันแต่ความสูญเสียต่างกัน นั่นคือลักษณะของสถานการณ์ที่บุตรกำลังป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตซึ่งยังสามารถหาหนทางช่วยเหลือต่อไปได้เมื่อเทียบกับสถานการณ์ที่คู่สมรสเสียชีวิตไปแล้วไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้แล้วนั้น ทำให้การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตต่างกันได้ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้การวิจัยไม่สอดคล้องกัน

2.3 อาจเป็นสาเหตุจากปัจจัยร่วมในเรื่องค่าใช้จ่าย จากการศึกษาของ Kathleen & Audrey (1989) พบว่าชายหม้ายที่ระดับการศึกษาสูงกว่ามีผลโดยตรงต่อการมีรายได้สูงตามระดับการศึกษา และมีอิทธิพลต่อการใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับที่มากกว่าชายหม้ายที่มีรายได้ต่ำกว่า อาจเป็นไปได้ว่ารายจ่ายในครอบครัวของผู้สูงอายุกับรายจ่ายในครอบครัวที่อยู่ในพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันแม้จะมีรายได้ที่มากพอๆกัน หรือเป็นไปได้ที่บิดามารดาที่มีรายได้ต่ำแต่ไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากมีหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลคอยช่วยเหลือ ทำให้บิดามารดาไม่มีความสนใจในการดูแลบุตรที่ป่วยได้โดยไม่วิตกกังวลต่อค่ารักษาพยาบาลจึงมีแนวโน้มใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงเหมือนกันทุกระดับ ซึ่งการวิจัยในครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในเรื่องของค่าใช้จ่ายควบคู่ไปกับรายได้

2.4 อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เช่น ลักษณะครอบครัวเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตหรือมีการหย่าร้างกัน การศึกษาของ Friedman (1992) พบว่าในครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาคนเดียวมักประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและความขัดแย้งในบทบาทที่เป็นทั้งพ่อและแม่ในเวลาเดียวกัน เมื่อเผชิญกับปัญหาจะทำให้ขาดผู้ปรึกษาหรือแบ่งเบาภาระ ส่งผลให้เกิดความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่สภาพสมรสคู่ แต่ผลการวิจัยผู้วิจัยพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้การเผชิญปัญหาได้ อาจเป็นจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของไทย เมื่อคู่สมรสแยกทางกันหรือตายจากกันคู่สมรสที่เหลือมักจะทำอาชีพอยู่กับครอบครัวเดิมที่มีญาติพี่น้องคนอื่นๆคอยช่วยเหลือและปลอบโยนซึ่งกันและกันส่งผลให้ความรู้สึกเครียดลดลงซึ่งจะเป็นผลให้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกอยู่ในระดับที่ต่ำลง สามารถใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงได้ในระดับที่สูงขึ้น

สรุป ปัจจัยด้านบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาได้ดีที่สุดร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเป็นเงื่อนไขด้านเวลาที่ทำให้การเผชิญปัญหามีการเปลี่ยนแปลงไปบิดามารดามีการปรับตัวและใช้การเผชิญปัญหามาช่วงระยะหนึ่งแล้ว และอาจเป็นเพราะลักษณะของสถานการณ์ที่บุตรป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตเป็นสถานการณ์เร่งด่วน ต้องรีบแก้ไขเพื่อจะลดความรุนแรงของสถานการณ์ลงภายในระยะเวลาที่จำกัดทำให้มีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับที่สูงกว่าการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลตัวอื่นที่ไม่พบความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาซึ่งผลไม่สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับอื่นนั้น อาจเป็นเพราะความแตกต่างในการกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของการสูญเสีย และลักษณะของสถานการณ์ ตลอดจนปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เช่น ลักษณะครอบครัวเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตหรือมีการหย่าร้างกันแล้ว เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการใช้การเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตได้

ปัญหาการวิจัยข้อที่ 2 บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบใด

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมร้อยละ 99 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และมีเพียงร้อยละ 1 ที่ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน) และทุกคนใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึกควบคู่กัน โดยใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับค่อนข้างมาก ($M = 3.58$, $SD = .49$) และใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึกในระดับค่อนข้างน้อย ($M = 2.18$, $SD = .35$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ La Montagne (1990) ที่พบว่าบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต ในกลุ่มที่ประเมินสถานการณ์ว่ามีความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรร้อยละ 61 ใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก และร้อยละ 31 ใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง อธิบายได้ว่าบิดามารดาได้ผ่านช่วงเวลาในการปรับตัวมาระยะหนึ่งแล้ว ก่อนที่บุตรจะเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารอีกทั้งช่วงเวลาที่ทำให้การเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ (ภายหลังบุตรจะเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารแล้ว 24

ชั่วโมง ถึง 72 ชั่วโมง)อีกปัจจัยที่อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการใช้การเผชิญปัญหาของบิดามารดา ซึ่งเป็นไปได้ที่โดยปกติเมื่อบุคคลอยู่ในสภาวะวิกฤตการปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาของบุคคลในระยะแรกจะใช้แบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก (Gardner, 1993) เป็นการตอบสนองต่อความรู้สึกที่ถูกปัญหาคุกคามโดยแสดงออกทางร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร ปวดท้อง ท้องเสียหรือท้องผูก อาจมีอาการหายใจเร็วตื่น นอนหน้าอก อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นลมหมดสติหรือมีการตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น โมโห โศกเศร้า หมดหวัง แยกตัว มองโลกในแง่ร้าย กระวนกระวาย ร้องไห้ ไม่มีสมาธิ หรือแรงจูงใจในการทำกิจกรรมใดๆ ต่อเมื่อความรู้สึกถูกคุกคามลดลงบ้างจากการตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกในระยะแรกซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลอย่างรวดเร็ว (LaMontagne, 1990; Kohn, 1996 cited in Stanton & Franz, 1999) และเนื่องจากสถานการณ์ที่เผชิญเป็นสถานการณ์ที่รีบด่วนต้องรีบแก้ไข (บิดามารดาคิดว่าบุตรป่วยในขั้นรุนแรงร้อยละ 85.50) บุคคลจะหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่รู้สึกว่าเป็นปัญหาคุกคาม ทำให้บุคคลสามารถคาดเดาเหตุการณ์และตั้งจุดหมายของการกระทำเพื่อการเผชิญปัญหา และอาจมองหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่มีอยู่ได้ชัดเจนมากขึ้น อันเป็นผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง จากผลการวิจัยจะเห็นว่าบิดามารดาที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึกควบคู่กับการใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง

สรุป บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมร้อยละ 99 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และมีเพียงร้อยละ 1 ที่ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 คน) โดยใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบควบคู่กัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความเหมือนกัน (homogeneity) มากในด้านการเผชิญสถานการณ์รุนแรงเช่นเดียวกันหมด การใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาส่วนมากจึงมีแนวโน้มเป็นแบบการจัดการที่ปัญหาโดยตรง อีกทั้งอาจเป็นจากเงื่อนไขเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลนั้นเป็นระยะเวลาที่บิดามารดาได้ปรับตัวมาช่วงหนึ่งและสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์เร่งด่วนต้องรีบทำการแก้ไขบิดามารดาจึงใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบควบคู่กันไปและใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรงในระดับที่สูงกว่าแบบจัดการที่อารมณ์ความรู้สึก

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอำนาจการทำนายการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร บุคลิกภาพและประสบการณ์ที่เผชิญกับภาวะวิกฤต
2. ศึกษากลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

ปัญหาการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาหรือไม่
2. บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรมใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามแบบกำหนดคำตอบให้ (Check list) และให้ตอบแบบเสรี (Open end) รวม 12 ข้อคำถาม
2. แบบวัดบุคลิกภาพ The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaire (Barlow, 1986) จำนวน 20 ข้อเป็นมาตรวัดแบบ Semantic Differential Scale โดยกำหนดเป็นมาตร 1-7 แบบสอบนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .82
3. แบบวัดกลวิธีการเผชิญปัญหา Coping Scale (Jalowiec, 1984) แบ่งเป็นกลวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหาโดยตรง และแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์/ความรู้สึก จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตรวัด 1-5 แบบสอบนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .80

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยเลือกเรื่องที่น่าสนใจโดยดูจากความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยแล้วจึงเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับข้อเสนอแนะ
2. ศึกษาข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
3. ติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่จะไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและสอบถามความสมัครใจของผู้ตอบแบบสอบถามก่อนแจกแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจดูความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS V.9.0.

ผลการวิจัย

1. บุคลิกภาพสัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) = .04 ซึ่งสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมได้ร้อยละ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ร้อยละ 99 ใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาแบบจัดการที่ปัญหาโดยตรง และ ร้อยละ 1 ใช้การเผชิญปัญหาแบบจัดการที่อารมณ์/ความรู้สึก ซึ่งบิดามารดามีการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาทั้งสองแบบควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่อยู่ในภาวะวิกฤตว่าสามารถลดความรู้สึกเครียดลงได้อย่างไร โดยไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต
2. ควรมีการศึกษาระยะยาวถึงการเปลี่ยนแปลงของการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของบุคคลในการเผชิญปัญหา
3. การหาความสัมพันธ์ในการวิจัยเรื่องกลวิธีการเผชิญปัญหาควรแยกกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลาย (heterogeneity groups)

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2544). *แผนพัฒนาสุขภาพจิต แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*

ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549. กระทรวงสาธารณสุข.

เกรียงติกำจร กุศล.(2541). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลจากพยาบาลกับการเผชิญความเครียดของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคปอดบวมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*,2(1), 12-27.

คณีนันตีย์ นูรีเทศน์. (2540). *ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*

จงกล ศรัวีธนา. (2539). ความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 4(1), 48-54.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2541). *รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องเด็ก เยาวชน และครอบครัวในประเทศไทย และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.).*

เจียงคำ อินทวิชัย. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*

ชนิภาดา ชินอุดมพงศ์. (2543). *ผลการใช้บริการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต: โรงเรียนพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี. วารสารกองการพยาบาล*, 27(2), 37-42.

ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด. วารสารพยาบาล*, 48(4), 24-28.

ปัทมา คุปตจิต. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*

พรรณพิมล หล่อตระกูล และ จันทร์ชนก โยธินชัชวาลย์. (2542). *พฤติกรรมของคู่สมรสไทยใน*

- เรื่องการทำหน้าที่ในครอบครัว. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(4), 102-108. ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525*(พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รุจา ภูไพบุรณ์. (2537). ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว. *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและ การนำไปใช้*(พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศากุล คงพันธ์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไป ในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหา บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล.*
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาสิตและคณะ. (2544). การศึกษาเรื่องความเครียดและการจัดการกับความ เครียดของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย. *เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2544: คณะจิต วิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อภิชญา สุทธิสิงห์. (2541). *การศึกษาสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของพฤติกรรมแบบเอและ อัฒไนทัศน์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาสังคม บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). *จิตบำบัดและการให้การรักษาครอบครัว. ภาควิชาเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

ภาษาอังกฤษ

- Annette, L. S. & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: an adaptive coping strategy. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping*. New York: Oxford University Press.
- Averill, J.R.(1994). Emotions are many splendored things. In P. Ekman & R. J. Davidson (Ed.), *The nature of emotion: fundamental question*. New York: Oxford University Press.
- Barry, P. D. (1989). *Psychosocial nursing assessment and intervention care of the physically ill person*(2 nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Bauneister, F., Faber, E., & Wallace, M.(1999). Coping and ego depletion: recovery after the coping processing. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping*. New York: Oxford University Press.
- Beare, P.G., & Myers, J.L. (1994). *Adult health nursing*. St. Louis: Mosby-Year.
- Bell, J.M. (1977). Stressful life events and coping methods in mental-illness and

- wellness behaviors. *Nursing Research*, 26(2), 136-141.
- Bernadette, M. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: effects of informational intervention on mothers and children. *Nursing Research*, 43(1), 50-55.
- Boris, N. W. & Abraham, J. (1999) Psychiatric consultation to the neonatal intensive care unit: liaison matters. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 38(10), 1310-1313.
- Brody, L. R. (1993). On understanding gender differences in the expression of emotion: gender roles, socialization, and language. In S. L. Ablon., et al. (Ed.), *Human feeling: explorations in affect development and meaning*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Chen, Y. C., Chon, Y. Y., & Martinson, I. (1987). Parents' reaction to childhood cancer in the family in Taiwan. In C. M. Barnes (Ed.), *Recent advances in nursing, nursing care of children in health and illness*. Singapore: Longman Singapore.
- Driskell, J. E., & Salas, E. (1996). *Stress and human performance*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duvall, E. M. (1977). *Marriage and family relationship*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Eberly, T. W., et al. (1985). Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 8, 57-65.
- Fisher, M. D. (1994). Identified needs of parents in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 4(3), 82-90.
- Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. New York: Plenum.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing theory and practice, (3 rd ed.)*. New York: Appleton & Lange.
- Fuller, J., & Schaller-Ayers, J. (1990). *Health assessment: A nursing approach*. Philadelphia: J. B. Lillincott.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nursing Clinics of North America*, 19, 427-432.
- Gardner, M. (1993). *Neonatal intensive care (3 rd ed.)*. USA: Mosby-Year Book.
- Gardner, D. & Stewert, N. (1987). Staff involvement with families of patients in critical unit. *Journal of Heart & Lung*, 7, 105-110.
- Garland, L. M., & Bush, C. T. (1982). *Coping behaviors and nursing*. Reston: Reston.

- Gillis, C. L., et al., (1989). *Toward a science of family nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1991). *Family therapy and overview (3rd ed)*. Pacific Grove: Brooks-Cole.
- Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1010-1022.
- Hever, L. (1993). Parental stress in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Nursing*, 19(2), 128-131.
- Hobfall, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524.
- Holaday, B. (1984). Challenges of rearing a chronically ill child: caring and coping. *Nursing Clinics of North America*, 19, 361-369.
- Hosseini, N. Y. & Kathleen, A. S. (1996). Using the sas system to perform discriminant analysis of type a/b behavior. *Nursing Research*, 45(6), 353-358.
- Ignatavicius, D. D., & Bayne, V. M. (1991). *Medical-surgical nursing*. New York: W. B. Saunders.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertension and emergency room patients. *Nursing Research*, 30(1), 10-15.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Jame, S. R. & Mott, S. R. (1988) *Child health nursing: essential care of children and families*. New York: Addison-Wesley Publishing Company.
- Jamerson, P. A., et al., (1996). The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Journal of Heart & Lung*, 25(6), 467-473.
- Johnson, S. H. (1986). *Nursing assessment and strategies for the family at risk high-risk parenting (2nd ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Kaplan, H., et al. (1980). *Comprehensive textbook of psychiatry III (3rd ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Karen, G. S. (1991). Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. *Nursing Research*, 40(1), 42-46.

- Kathleen, A. G. & Audrey, S. C. (1989). Appraisals of bereavement, coping, resources and psychosocial health dysfunction in widows and widowers. *Nursing Research*, 38 (1), 31-36.
- Kerlinger, F. N. & Pedhazur, E. J. (1973). *Multiple regression in behavioral research*. USA: New York university.
- Koff, E. & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorder*, 22, 51-56.
- Kohn, P. M. (1996). On coping adaptively with daily hassles. In M. Zeidner & N. S Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Kraus, K. J. (1990). Fostering family integrity. In M. J. Craft & I. A. Denery (Ed.), *Nursing intervention for infants & children*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- La Montagne, L. L., & Pawlak, R. (1990). Stress and coping parents of children in a pediatric intensive care unit. *Journal of Heart & Lung*, 19(4), 416-424.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Sprinder.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotion: a functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Ed.), *The nature of emotion: fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Lewandoski, L. A. (1992). Psychosocial aspects of pediatric critical care. In M. F. Hazinski. *Nursing care of critical ill child*. St. Louis: Moaby Year Book.
- Lopez-Fagin, L. L. (1995). Critical care family needs inventory: a cognitive research utilization approach. *Journal of Critical Care Nurse*, August, 21-26.
- Miles, M. S., et al., (1989). Effects of the intensive care unit environment on parents of cardiac surgery children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(13), 182, 235-243.
- Milis, R. J. (1992). The effects of gender, family satisfaction, and economic strain on psychological well-being. *Family Relation*, 41(4), 440-445.
- Miller, A. C. (1992). Stress, appraisal and coping in mother of disabled and non disabled children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 587-605.
- Minium, E. W. (1970). *Statistical reasoning in psychology and education*. USA: John Wiley & Sons.
- Moos, R., & Billing, A. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and

- process. In L. Goldberger & S. Breznitz (Ed.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1985). *Nursing assessment & health promotion strategies through the life span (4 rd ed.)*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Neabel, B., Fothergill-Bourbonnais, F., & Dunning, J. (2000). Family assessment tools: a review of the literature from 1978-1997. *Journal of Heart & Lung, 29(3)*, 196-209.
- Norman, S. E., Laura, J. S., & James, D. A. Parker. (1998). Coping with health problems developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment, 10(3)*, 195-205.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (2nd ed.)*. Norwalk: Appleton and Lange.
- Philichi, L. M. (1989). Family adaptation during a pediatric intensive care hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing, 4(4)*, 268-276..
- Quinn, S., et al., (1996). The Needs of relatives visiting adult critical care unit as perceived by relatives and nurses Part I and Part II. *Intensive and Critical Care Nursing, 12*, 168-172, 239-245.
- Robbin, S. P. (1991). *Organization behavior (5 th ed.)*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Rollins, J. H. (1991). Providing supports. In D. P. Smith (Ed.), *Comprehensive child and family nursing skill*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Salas, E., & Driakell, J. E. (1996). Introduction: the study of stress and human performance. In J. E. Driskell & E. Salas (Ed.), *Stress and human performance*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scott, L. D. (1998). Perceived needs of parent of critically ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 3(1)*, 4-11.
- Stanson, A. L., & Franz, R. (1999). Focusing on emotion. In C. R. Synder (Ed.), *Coping*. New York Oxford: Oxford University Press.
- Swigart, V., et al., (1996) Letting go : Family willingness to forgo life support. *Journal of Heart & Lung, 25 (6)*, 483-494.
- Synder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). Coping: where have you been. *Coping*. New York: Oxford.
- Ventura, J. N. (1986). Parent coping, a replication. *Nursing Research, 35(2)*, 77-80.

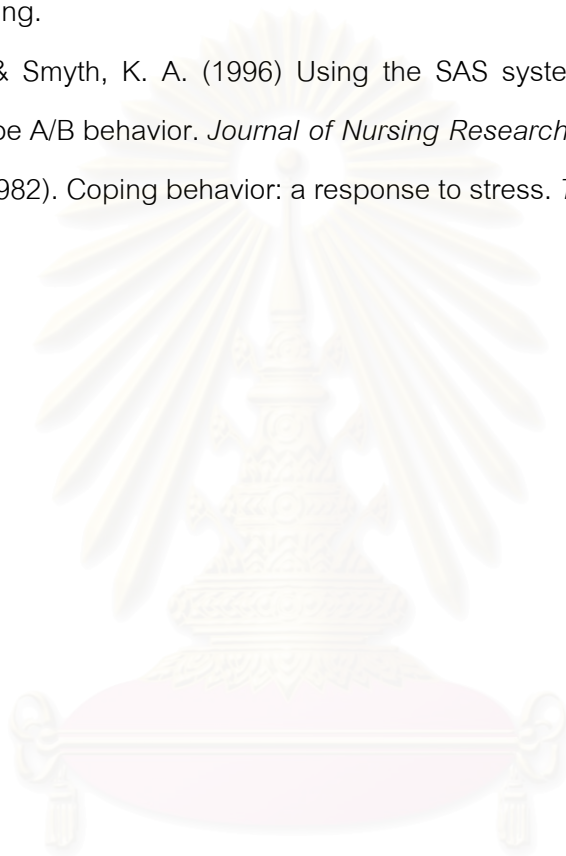
Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 18-31.

Whaley, L. F., & Wong, D. L. (1983). *Nursing care of infants and children*(2nd ed.). St. Louis: Mosby, C. V.

Yager, J. (1989). Clinic manifestations of psychiatric disorders. In H. J. Kaplan & B.J. Sadock(Eds.), *Comprehensive text book of psychiatric (5 th ed.)*. Baltimor: William & Wilking.

Yarandi, H. N. & Smyth, K. A. (1996) Using the SAS system to perform discriminant analysis of type A/B behavior. *Journal of Nursing Research, 45*(6), 353-358.

Ziemer, M. M. (1982). Coping behavior: a response to stress. *Topic in Clinic Nursing, 5*(11), 4.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

คณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตุลาคม 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน บิดาและมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาวสุชศรี เลิศอารมย์ นิสิตปริญญาโทสาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ที่จะศึกษากลวิธีการเผชิญปัญหาและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับกลวิธีการเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยงานวิกฤตกุมารเวชกรรม หรือไอ ซี ยู กุมารฯ ของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร โดยคำตอบที่ได้จะนำไปวิเคราะห์โดยรวมในการศึกษา จึงไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและต่อตัวท่านแต่อย่างใด ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและตอบทุกข้อคำถาม โดยผู้ทำวิจัยคาดว่าผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อส่วนรวม นำไปสู่การเสนอแนะในการปรับปรุงการให้บริการของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ในการศึกษาทางจิตวิทยาต่อไป

ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม 3 ชุดและขอขอบคุณที่ได้รับความร่วมมือจากท่านมา ณ ที่นี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุชศรี เลิศอารมย์)



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

การเผชิญปัญหาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมหรือไอ ซี ยู กุมาร

ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจข้อมูลทั่วไปของท่านเอง

โปรดใส่เครื่องหมาย 4 ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความ หรือตัวเลขลงในช่องว่างที่มีอยู่

1. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น () บิดา () มารดา
2. ท่านอายุปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

() ไม่ได้เรียนหนังสือ	() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา	() อนุปริญญา/ ประกาศนียบัตรหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	() ปริญญาโท/ปริญญาเอก
4. อาชีพหลักของท่าน

() ไม่มีอาชีพ	() รับจ้าง
() ค้าขาย/ธุรกิจ	() รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() งานด้านการเกษตร	() พนักงานบริษัทเอกชน
() อื่นๆ โปรดระบุ.....	
5. สถานภาพสมรส

() คู่	() หม้าย
() หย่า	() แยกกันอยู่
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() ต่ำกว่า 5,000 บาท	() 5,000-10,000 บาท
() 10,001-20,000 บาท	() มากกว่า20,000 บาท
7. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

() จ่ายเองทั้งหมด	() เบิกได้ทั้งหมด
() เบิกได้บางส่วน	() สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือ
8. ครอบครัวท่านมีสมาชิกประกอบด้วย

() บิดา มารดา และบุตร	
() บิดา มารดา บุตรและญาติ พี่น้องอื่นๆเช่น ปู่ ย่า	

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต เช่นนี้หรือไม่
 () ไม่เคย () เคย ระบุ
10. บุตรของท่านคนไหนเคยเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (ไอซียู กุมาร) หรือไม่
 () ไม่เคย () เคยครั้ง
11. ท่านมีบุตรทั้งหมดคน บุตรคนนี้เป็นบุตรคนที่.....
12. ท่านคิดว่าบุตรของท่านเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใด
 () รุนแรงมาก () รุนแรงปานกลาง
 () รุนแรงน้อย () ไม่รุนแรง



สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

คำชี้แจงในการตอบ: แบบสอบถามนี้ต้องการทราบพฤติกรรมบางประการของท่าน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิดเพราะแต่ละคนย่อมมีพฤติกรรมที่ต่างกันคำตอบที่ท่านตอบไม่มีผลใดๆต่อตัวท่าน ข้อมูลที่ได้จะทำการวิเคราะห์โดยรวม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมที่แท้จริงของท่าน

เมื่อท่านอ่านแต่ละข้อความแล้วพิจารณากับตัวเองว่า ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเพียงใด จากนั้นทำเครื่องหมายวงกลม μ ทับตัวเลขที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน โปรดทำให้ครบทุกข้อ โดยประเมินตามมาตรวัดต่อไปนี้

- เลข 5 (จริงที่สุด) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
 เลข 4 (ส่วนใหญ่จริง) หมายถึง ข้อความส่วนใหญ่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน
 เลข 3 (ไม่จริงบางส่วนและจริงบางส่วน) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านบางส่วนและไม่จริงบางส่วน
 เลข 2 (ส่วนใหญ่ไม่จริง) หมายถึง ข้อความส่วนใหญ่ไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน
 เลข 1 (ไม่จริงเลย) หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านเลย

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่จริงเลย (1)	ส่วนใหญ่ไม่จริง (2)	ไม่จริงบางส่วนและจริงบางส่วน (3)	ส่วนใหญ่จริง (4)	จริงที่สุด (5)
00.ฉันเป็นคนมีเสน่ห์	1	2	3	4	5

แบบสอบถามพฤติกรรมประจำวัน

ข้อความ	ไม่จริง เลย (1)	ส่วน ใหญ่ ไม่จริง (2)	ไม่จริง บางส่วน และจริง บางส่วน(3)	ส่วน ใหญ่ จริง (4)	จริง ที่สุด (5)
1.ฉันมีความมุ่งมั่นสูงในการทำสิ่งต่างๆ	1	2	3	4	5
2.เพื่อนของฉันมองว่าฉันมีความมุ่งมั่นสูง	1	2	3	4	5
3.ในการทำงานฉันใช้ความพยายามมากกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
4.ฉันมีความรับผิดชอบมากกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
5.ชีวิตประจำวันของฉันเต็มไปด้วยสิ่งที่ ทำ ท่าย	1	2	3	4	5
6.คนอื่นมองว่าฉันคล่องแคล่ว	1	2	3	4	5
7.หลังเลิกงานฉันจะทบทวนงานที่ได้ทำเสมอ	1	2	3	4	5
8.ฉันมักจะกำหนดเวลาของตัวเองที่ต้อง ทำงานให้เสร็จ	1	2	3	4	5
9.ฉันมักทำงานสองอย่างให้คืบหน้าไป ด้วยกัน	1	2	3	4	5
10.ฉันเป็นคนจริงจังกับชีวิตมากกว่าคนอื่น	1	2	3	4	5
11.คนที่รู้จักฉันดีมองว่าฉันเป็นคนคร่ำเคร่ง กับงานมากเกินไป	1	2	3	4	5
12.ฉันมีความพยายามอย่างมากที่จะทำงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้	1	2	3	4	5
13.ฉันทุ่มเทจิตใจอย่างมากในการทำงาน	1	2	3	4	5
14.ฉันใช้เวลาวันละมากกว่า8-10ชั่วโมงใน การทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้	1	2	3	4	5
15.ฉันมักจะเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมต่างๆ	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
39.....	1	2	3	4	5



ภาคผนวก ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามบุคลิกภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นประโยชน์ที่แยกเป็นคู่ซ้ายขวา แต่ละคู่ของประโยคจะแสดงให้เห็นถึงการกระทำที่ตรงข้ามกัน เราทุกคนก็มีการกระทำที่อยู่ระหว่างลักษณะของการกระทำแต่ละคู่เหล่านี้ โปรดใส่เครื่องหมายวงกลม **μ** ทับตัวเลขที่ท่านคิดว่าตรงกับการกระทำของท่านในระดับใดระดับหนึ่ง จากการอ่านประโยคทางซ้ายหรือทางขวา

1. ไม่รู้สึกอะไรที่ปล่อยให้งานค้างค้ำทำไม่เสร็จ	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	เมื่อเริ่มทำงานใดงานหนึ่งงานนั้นจะต้องทำให้เสร็จ
2. เฉื่อยและไม่เร่งรีบกับการนัดหมาย	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	ไม่เคยไปสายเลยสำหรับการนัดหมาย
3. ไม่แข่งขัน	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	แข่งขันสูง
4. เป็นผู้ฟังที่ดีให้ผู้พูดพูดจนจบ	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	พูดสอดแทรกขณะที่ผู้อื่นกำลังพูดอยู่
5. ไม่เคยเร่งรีบ แม้ว่าจะอยู่ในสภาวะกดดัน	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	เร่งรีบตลอดเวลา
6. สามารถรอคอยอย่างสงบ	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	รู้สึกกระวนกระวายเมื่อต้องรอคอย
7. เป็นคนง่ายๆ , ไปเรื่อยๆ	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	เป็นคนที่พัฒนางานที่ทำตลอดเวลา
8. ทำงานไปที่ละอย่าง	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	ทำงานมากกว่าหนึ่งอย่างในเวลาเดียวกันพร้อมทั้งคิดว่าจะทำอะไรต่อไปอีก
9. พูดช้าๆอย่างระมัดระวัง	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	พูดอย่างหนักแน่นและเข้มแข็งพร้อมทั้งแสดงท่าทางประกอบ
10. มุ่งเน้นความพึงพอใจในตนเองจากการทำงาน	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /	ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับว่าตนเองทำงานได้ดี
.....	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /
20.	/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 /

โปรดทำทุกข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมืออย่างดี



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Jalowiec Coping Scale

คำชี้แจง เมื่อคุณเกิดความรู้สึกเครียดจากการที่บุตรเข้ารักษาในไอซียู คุณทำอย่างไรบ้าง เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เครียดนั้น คุณคิดว่าคุณสามารถใช้วิธีการในข้อกระทงต่อไปนี้จัดการกับปัญหาที่ทำให้คุณเกิดความรู้สึกเครียดมากน้อยเพียงใด โปรดใส่เครื่องหมายวงกลม μ ทับตัวเลขซึ่งตรงกับสภาพความเป็นจริงของคุณมากที่สุด โปรดทำทุกข้อ โดยประเมินตามมาตรวัดต่อไปนี้

เลข 1	หมายถึง	คุณไม่เคยใช้วิธีนี้เลย
เลข 2	หมายถึง	คุณใช้วิธีนี้น้อยครั้ง
เลข 3	หมายถึง	คุณใช้วิธีนี้เป็นบางครั้ง
เลข 4	หมายถึง	คุณใช้วิธีนี้บ่อยครั้ง
เลข 5	หมายถึง	คุณใช้วิธีนี้เกือบตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เคยใช้วิธีนี้เลย (1)	ใช้น้อยครั้ง (2)	ใช้วิธีนี้เป็นบางครั้ง (3)	ใช้วิธีนี้บ่อยครั้ง (4)	ใช้วิธีนี้เกือบตลอดเวลา (5)
1.วิตกกังวล	1	2	3	4	5
2.ร้องไห้	1	2	3	4	5
3.ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย	1	2	3	4	5
4.มองโลกในแง่ดีหรือมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี	1	2	3	4	5
5.สร้างอารมณ์ขัน	1	2	3	4	5
6.พิจารณาหาทางแก้ปัญหาด้านอื่น	1	2	3	4	5
7.กินอาหารหรือสูบบุหรี่	1	2	3	4	5
8.ดื่มเหล้า	1	2	3	4	5
9.ใช้สารเสพติด (ยาคลายเครียดหรือยานอนหลับ)	1	2	3	4	5
10.ทิ้งปัญหาไว้ก่อน	1	2	3	4	5
11.ให้คนอื่นแก้ปัญหาแทน	1	2	3	4	5
12.ฝันกลางวัน	1	2	3	4	5
.....	1	2	3	4	5
40.	1	2	3	4	5



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางแสดง ค่าเฉลี่ยการประมาณค่าและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการใช้กลวิธีการเผชิญปัญหาของ
 บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรมจำแนกรายข้อ

ลำดับข้อคำถาม	M	SD
A	3.9900	.9873
A	2.8750	1.2639
A	2.2550	1.1734
A	3.8850	.9625
A	2.5700	1.2217
P	3.6550	1.0055
A	1.5050	.9873
A	1.3400	.7729
A	1.1000	.4370
A	1.6050	.8791
P	1.4450	.6924
A	1.5200	.9402
P	4.1100	.9122
P	4.0550	.8279
A	1.6950	.8751
A	1.8150	.9247
P	3.7450	.9458
P	4.0850	.8727
P	4.010	.9133
P	3.8950	.8351
A	3.6250	.7752
A	1.3900	.9980
A	1.6700	.6768
A	1.3150	.9466
P	3.7200	1.0245
A	1.7750	1.2133
A	2.2650	.8649
A	1.6250	.8649
A	2.2400	1.0382
A	2.3750	.9946
A	3.2900	1.1100
P	3.7050	.8955
P	3.6500	.9497
A	2.2100	1.1368
P	3.0250	1.2777
P	3.5600	1.0449
A	2.2700	1.0596
P	3.4000	1.1028
A	2.2800	1.2845
P	3.5700	1.1231

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว สุขศรี เลิศอารมย์ เกิดเมื่อวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ. 2509 ที่จังหวัด นครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปี การศึกษา 2531 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา พัฒนาการ ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2542 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาล ประจำการหน่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย