

ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทาง
สังคมการเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย



นางรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-3439-5

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN STRESS APPRAISAL, HEALTH-RELATED HARDINESS,
SOCIAL SUPPORT, COPING, AND ADAPTATION OF
MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



Mrs. Rungtip Baotun

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-3439-5

รุ่งทิพย์ เบ้าตุน : ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. (RELATIONSHIPS BETWEEN STRESS APPRAISAL, HEALTH-RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND ADAPTATION OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS)

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา, 164 หน้า. ISBN 947-17-3439-5.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 130 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการประเมินความเครียด แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดและแบบวัดการปรับตัว ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเที่ยงแบบวัดการประเมินความเครียดจำแนกตามรายด้านอันตราย/สูญเสีย คุณค่าและทำหาย เท่ากับ .73, .87, .57 ตามลำดับ แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ .72, .82 ตามลำดับ แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดการปรับตัว เท่ากับ .85, .87, และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า

1. การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับดี ($X=2.16$)
2. การประเมินความเครียดด้านความทำหายและด้านความคุกคามของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับปานกลาง ($X=2.71$ และ 2.24 ตามลำดับ) และการประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียอยู่ในระดับต่ำ ($X=1.83$)
3. ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับสูง ($X=4.94$)
4. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับสูง ($X=5.02$)
5. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับปานกลาง ($X=2.49$ และ 2.38 ตามลำดับ)
6. การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจพยากรณ์ได้ร้อยละ 51.20 และสามารถสร้างสมการในรูปแบบมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย} = & - 0.354 (\text{การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม}) \\ & - 0.234 (\text{การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย}) \\ & + 0.212 (\text{ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ}) \\ & + 0.146 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) \end{aligned}$$

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่อผู้วิจัย

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

4477594736: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ADAPTATION / STRESS APPRAISAL / HEALTH-RELATED HARDINESS / SOCIAL SUPPORT / COPING

RUNGTIP BAOTUN: RELATIONSHIPS BETWEEN STRESS APPRAISAL, HEALTH-RELATED HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, COPING, AND ADAPTATION OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSISTANT PROFESSOR CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 164 pp. ISBN 974-17-3439-5.

This study is correlation research. The purpose of this study was to investigate the relationships between stress appraisal, health-related hardiness, social support, coping and adaptation of myocardial infarction patients. The subjects were 130 myocardial infarction patients in Rajavithi, Police, Ramathibodi, and Pramongkutkiao hospitals selected by a multistage sampling. The instruments used for data collection were the Demographic Data Questionnaire, the Stress Appraisal Scale, the Health-Related Hardiness Scale, the Social Support Questionnaire, the Ways of Coping Questionnaire, and the Adaptation Scale. These instruments were tested for content validity by a panel of experts, and the reliability of harm-loss, threat, and challenge of stress appraisal were .73, .87, and .57, respectively, problem focus and emotional focus of coping were .72 and .82 respectively, the Health-Related Hardiness Scale, the Social Support Questionnaire, and the Adaptation Scale were .85, .87, and .91, respectively. The data were analyzed using Pearson’s Product moment Correlation and Stepwise Multiple Regression.

The results of this study revealed that

1. Adaptation of myocardial infarction patients was at a good level. ($\bar{X}=2.16$)
2. Challenge and threat of stress appraisal of myocardial infarction patients were at a moderate level. ($\bar{X}= 2.71$ and 2.24 , respectively), and harm-loss of stress appraisal were at a low level. ($\bar{X}=1.83$)
3. Health-related hardiness of myocardial infarction patients was at a high level. ($\bar{X}=4.94$)
4. Social support of myocardial infarction patients was at a high level. ($\bar{X}=5.02$)
5. Problem focus and emotional focus of coping of myocardial infarction patients were at a moderate level. ($\bar{X}=2.49$ and 2.38 , respectively)

6. Threat and harm-loss of stress appraisal, health-related hardiness, and social support were variables that statistically significant predicted adaptation of myocardial infarction patients at the level of .05. The predicted power was 51.20% of variance. The equation derived from standardize score was:

$$\begin{aligned} \text{Adaptation of myocardial infarction patients} = & - 0.354 \text{ threat of stress appraisal} \\ & - 0.234 \text{ harm-loss of stress appraisal} \\ & + 0.212 \text{ health-related hardiness} \end{aligned}$$

Field of Study.....Nursing Science..... Student’ s Signature.....
 Academic year.....2003..... Advisor’ s Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และอบรมสั่งสอนด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตั้งรายนามในภาคผนวกทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้บังคับการโรงพยาบาลตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือและประสานงานต่างๆ ของทุกโรงพยาบาล และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกท่าน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ที่ได้ให้ความกรุณาและร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย และทำที่สุดนี้ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่เป็นกำลังใจสำคัญและให้การสนับสนุนทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

นางรุ่งทิพย์ เป้าต๋น

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	12
แนวคิดความเครียด.....	24
แนวคิดการประเมิน.....	32
แนวคิดการเผชิญความเครียด.....	37
แนวคิดการปรับตัว.....	44
การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	55
แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	57
แนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ.....	61
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....	63
ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด กับ การปรับตัว.....	70
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....74
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....76
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....88
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....90
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....92
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
	สรุปผลการวิจัย.....103
	อภิปรายผลการวิจัย.....103
	ข้อเสนอแนะ.....117
	รายการอ้างอิง.....119
	ภาคผนวก
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....134
	ภาคผนวก ข ตัวอย่างจดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมาย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....136
	ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ.....140
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....146
	ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....153
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....164

สารบัญญัตราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา	75
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัยของอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและรายได้ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย.....	76
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการประเมินความเครียด ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้าน.....	93
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	93
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	94
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้าน.....	94
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัว ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม.....	95
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปรับตัว ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ.....	96
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็ง เกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัว ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายในรูปของเมตริกสหสัมพันธ์.....	99
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ในการพยากรณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย.....	100
11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ความเข้มแข็ง เกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสียและ การสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย.....	101
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความเครียด ของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ.....	157

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ.....	159
14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ.....	161
15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ.....	162



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

แผนภาพที่

หน้า

- 1 กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล152
- 2 กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน.....156



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจัดอยู่ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Bramwell and Whall, 1986: 282) และเป็นโรคที่สัมพันธ์กับสาเหตุของความพิการ (morbidity) การไร้ความสามารถ (disability) (Riegel and Gocka, 1995: 457) และเป็นสาเหตุการตายของประชากรโลกที่สำคัญอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (World Health Statistic Annual, 1991 อ้างใน จิตรา ชัยชนะ, 2540: 1) Flaherty (2001:357) กล่าวว่า จากรายงานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention: CDC) ในช่วงปี 1998 พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายสูงถึง 459,841 ราย และ 44% (203,551 คน) ของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สำหรับในประเทศไทย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง จากสถิติอัตราการตายจากโรคหัวใจหลังปี พ. ศ. 2540 พบว่า อยู่ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน, ออนไลน์, 20 พฤษภาคม 2545) และเป็นโรคที่ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูง จากการศึกษาของ สมร จงสมจิตร (2542: 145) พบว่า ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจมากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปถึง 17,376.96 บาท/ปี/ราย หรือ 1,448.08 บาท/เดือน และประมาณความสูญเสียทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหัวใจของประเทศไทยในปี 2541 ได้ 2,310,284,208 บาท

การปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 181-182) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการประเมินและการเผชิญความเครียด และเป็นกระบวนการที่แสดงถึงศักยภาพในการดำรงชีวิตหรือการมีชีวิตรอดของบุคคล ซึ่งรูปแบบผลลัพธ์การปรับตัวจะต้องประกอบด้วยสุขภาพทั้งด้านกาย จิตและสังคม หรือแบ่งเป็นผลลัพธ์พื้นฐาน 3 ชนิด คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ชีวัญและกำลังใจและสุขภาพทางกาย

การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งที่ทำได้ยากมาก (Riegel and Gocka, 1995: 457) จากรายงานวิจัยพบว่า มีผู้ป่วยอย่างน้อย 25% ที่มีปัญหาด้านการปรับตัวในระยะยาว (Gundle et al., 1980, Horgan et al., 1984, Stein et al., 1990 cited in Moser and Dracup,

1995: 273; Magni et al., 1987: 473; Riegel and Dracup, 1992: 273) และ 20-88% ของผู้ป่วย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีความทุกข์ทรมาน (Doehrman, 1977, Gullledge, 1979 cited in Riegel, 1989: 74) นอกจากนี้จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย แม้จะมีการปรับตัวค่อนข้างไปในทางที่ดี โดยมีคะแนนการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพเฉลี่ยมากที่สุด แต่จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า มีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องเปลี่ยนอาชีพการงานหรือละทิ้งกิจการส่วนตัว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกล้ำเนื้อหัวใจตายซ้ำ

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่มีการปรับตัวดี จะยอมรับสภาพหลังการเจ็บป่วยของตน (Lambert and Lambert, 1979) มีพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความมั่นคงทางจิตใจ โดยการแสวงหาแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Guzzetta and Dossey, 1992: 286 อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล: 4) และการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้มีความรุนแรงของโรคมามากขึ้นและอัตราการตายสูงขึ้น จากการศึกษาของ Garrity และ Klien (1975) การตอบสนองด้านอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความเครียดและความโกรธของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย ซึ่งตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การตอบสนองด้านอารมณ์เหล่านี้เป็นพฤติกรรมปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ พบว่า ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่มีการตอบสนองด้านอารมณ์เหล่านี้ในระดับสูง มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นโดยเฉพาะในระยะ 6 เดือนแรกหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย และ Stern, Pascale และ Ackerman (1977) พบว่า ในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย 70% ยังมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้และการทำหน้าที่ทางเพศล้มเหลว ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี และผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูง

การปรับตัวต่อโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ที่มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเข้ามามีอิทธิพลและส่งผลต่อการปรับตัว (Pollock, 1986: 90, 1989: 53; Pollock, Christian and Sands, 1990: 300) ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 302-332) กล่าวไว้ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม ด้านจิตวิทยาและด้านสรีรวิทยา โดยการปรับตัวที่ดีจะอาศัยองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือการประเมินสถานการณ์ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและการใช้กลไกการเผชิญความเครียด (Aguilera and Messick, 1982: 63-64)

โรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลมีการประเมินความเจ็บป่วยของตนเป็นความเครียดได้ จากการศึกษาของ Stewart และคณะ (2000: 1351) พบว่า ผู้ป่วยหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายจะมีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากผลกระทบด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปฏิกิริยาของคู่สมรสหรือผู้ใกล้ชิด

การประเมินความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 32-33) มี 3 แบบ คือ เป็นอันตราย/สูญเสีย ความคุกคามและความทำลาย ซึ่งบุคคลอาจประเมินความเครียดเป็นด้านบวก คือ ความทำลาย หรือด้านลบ คือ เป็นอันตราย/สูญเสียและความคุกคาม หรืออาจประเมินร่วมกันทั้งสองด้านได้ (Lazarus and Folkman, 1984: 33, 53; Folkman, 1984: 842; McCrae, 1984: 920-921; Bjork and Cohen, 1993, Lazarus, 1999 cited in Campbell and Jones, 2002) จากการศึกษาของ Landreville และ Vezina (1994) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเมินความเครียดที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เป็นอันตรายและคุกคามทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง จะมีการปรับตัวที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Folkman และคณะ (1986a) ที่พบว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินความเครียดเป็นความสูญเสียและคุกคาม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคล ที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤต หรือสิ่งทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพให้คงอยู่ในภาวะปกติหรือรักษาภาวะสุขภาพได้ มีผลในการลดความรุนแรงของความเครียด ความกดดันทางจิต และความเจ็บป่วย (Pollock and Duffy, 1990: 218) ซึ่งจะส่งผลในการปรับตัวที่ดีต่อภาวะเจ็บป่วย (Lee, 1983 cited in Pollock and Duffy, 1990) มีงานวิจัยที่พบว่าความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (ศรีธัญญา เบญจกุล, 2538; ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ และคณะ, 2541; Lee, 1983 cited in Pollock and Duffy, 1990: 219; Pollock et al., 1990; Drory and Florian, 1991; Drory and Florian 1997, 1998 cited in Livneh, 1999) และความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ดีที่สุด (Drory and Florian, 1991; Drory and Florian, 1997, 1998 cited in Livneh, 1999)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอก ที่เข้ามามีอิทธิพลหรือช่วยส่งเสริมการปรับตัว (Kennedy, Kiecolt-Glaser and Glaser, 1990 cited in Tardy, 1993 cited in Lakey & Lutz, 1996; Spitzer, Bar-Tal and Golaner, 1995) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัว (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย, 2536; จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536; ศรีธัญญา เบญจกุล, 2538; นิตยา คงชุม, 2539; อ้อมใจ สิทธิจำลอง, 2542; สุณี สวรรณพสุ, 2544; Northouse, 1988; King, Reis, Porter, and Norsen, 1993, Kulik and Mahler, 1993 cited in Taylor, 1995: 278) โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงกว่า จะมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (House et al., 1988 cited in Shaw, 1999: 1251) Kessler และ McLeod (1985 cited in Shaw, 1999: 1251) และ Wethington และ Kessler (1986) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการปรับตัวด้านบวกต่อความเจ็บป่วย

การเผชิญความเครียดเป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ (Barry and Farmer, 2002: 159) ที่เกิดระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม (Lazarus and Folkman, 1984: 141-180) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Johnson and Lauver, 1989: 42; Yuet et al., 2002: 384) Moos, Tsu และ Cohen (1977, 1980 cited in Felton and Revenson, 1984: 344) พบว่า การเผชิญความเครียดด้วยการแสวงหาความรู้หรือข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย นอกจากนี้ Felton และ Revenson (1984: 343) ยังพบว่า ความคิดฟุ้งซ่าน เพื่อฝัน (with-fulfilling fantasy) ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวที่ไม่ดี และมีความสำคัญในการทำนายการปรับตัวด้านลบ (Lambert, 1981 cited in Felton and Revenson, 1984: 344) Folkman และคณะ (1986a) พบว่า การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านสุขภาพทางกาย แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านอาการแสดงทางจิต ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ

Livneh (1999) ทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวทางจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียด 5 แบบ คือ การวางแผนแก้ปัญหา การหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การเผชิญหน้ากับปัญหา การประเมินค่าใหม่ทางบวกและการค้นหาการสนับสนุนทางสังคม โดยการเผชิญความเครียดด้วยการวางแผนแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ แต่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากสภาพปัญหาด้านการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ส่งผลต่อความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จนทำให้อัตราการตายสูงขึ้น รวมทั้งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด ซึ่งความรู้ที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวในการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ทำให้ลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และส่งผลต่อการลดอัตราการตายได้ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด

ปัญหาการวิจัย

1. การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีลักษณะอย่างไร
2. ตัวแปรใดที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย เหตุการณ์ การประเมิน การเผชิญความเครียดและผลลัพธ์การเผชิญความเครียดหรือการปรับตัว โดยการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman จะประกอบด้วยผลลัพธ์พื้นฐาน 3 ชนิด คือการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและสุขภาพทางกาย ร่วมกับแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212; Linsey, 1992:108) ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นปัจจัยที่แนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาข้างต้น กล่าวไว้ว่ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัว รวมทั้งมีผลการวิจัยมาสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนั้นและการปรับตัว โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้

การประเมินความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (Folkman et al., 1986; Regan et al., 1988 cited in Landreville and Vezina, 1994; Landreville and Vezina, 1994) เนื่องจากการประเมินความเครียดเป็นด้านลบ คือ เป็นอันตราย/สูญเสียและคุกคาม เกิดจากบุคคลมีความสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือความปลอดภัยทางอารมณ์ (emotional security)

สูญเสียเอกลักษณ์ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง และแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ที่มีอยู่ หรือสามารถหาได้มีน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีได้

Landreville และ Vezina (1994) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเมินความเครียดซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง เป็นอันตรายและคุกคามทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้างจะมีการปรับตัวที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Folkman และคณะ (1986a, 1986b) ที่พบว่า บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินความเครียดเป็นการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในผลลัพธ์ การเผชิญความเครียด ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี

ความเข้มแข็งเป็นปัจจัยภายในของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984: 159-162) ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมตนเอง หรือเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในอำนาจที่สามารถควบคุมหรือเอาชนะสิ่งแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงหรือความอ่อนแอต่ออันตรายได้ (Lazarus and Folkman, 1984: 65) ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ทำหน้าที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดี (Pollock, 1986: 90, 1989a: 53) และมีผลโดยตรงต่อการปรับตัว (Bigbee, 1985; Pollock, 1986, 1989; Pollock, 1989 cited in Jennings and Staggers, 1994: 278) เนื่องจากความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีผลโดยตรงต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกายที่ดีกว่า (Pollock et al., 1990: 304) รวมทั้งเป็นสิ่งเชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การกระทำของบุคคลเพื่อพัฒนาการอยู่รอด และการปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Bigbee, 1985)

ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม โดยบุคคลที่มีความเข้มแข็งสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวดี (Pollock, 1986; Pollock et al., 1990; Drory and Florian, 1991; Drory and Florian, 1997, 1998 cited in Livneh, 1999) และความเข้มแข็งเป็นตัวทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ดีที่สุด (Drory and Florian, 1991; Drory and Florian, 1997, 1998 cited in Livneh, 1999)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยภายนอก เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด และเป็นตัวสื่อกลางที่นำไปสู่การปรับตัว (Lazarus and Folkman, 1984: 164, 245) ส่งเสริมการตอบสนองด้านการปรับตัว (Spacapan, 1988: 25-26) และมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (Lin et al., 1979; Williams, Ware and Donald, 1981; Kaplan, Robbins and Martin, 1983; Billings and Moos, 1982 cited in Taylor and Dakof, 1988: 101) เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต (Lazarus and Folkman, 1984: 245-246)

การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจ และมีผลโดยตรงต่อการฟื้นตัวหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Conn, Taylor and Abele, 1991) ซึ่งระบบทางสังคมจะเป็นตัวกำหนดความต้องการหรือความคาดหวังเกี่ยวกับพฤติกรรมและเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึกและการกระทำของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นตัวเชื่อมโยงความรู้สึกมีคุณค่าและการควบคุมตนเองหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Ben-Sira and Eliezer cited in Stewart, 2000: 1352) และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้รอดชีวิตหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frontana, 1989 cited in Stewart, 2000: 1352)

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามด้านความคิดหรือวิจารณ์ญาณและพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ในการจัดการกับความต้อการภายในและ/หรือภายนอก (Lazarus and Folkman, 1984: 141) ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย (Yuet, Alexander, and Pak Chun, 2002: 384) เนื่องจากความพยายามในการเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงสภาพความผาสุกทางอารมณ์ (Cohen and Lazarus, 1979, Moos, 1982 cited in Felton and Revenson, 1984: 343) การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการปรับตัวด้านบวก (Lazarus and Folkman, 1984)

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของความเครียดหรือสิ่งคุกคามสำเร็จ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (Ignatavicius and Bayne, 1991, Beare and Myers, 1994 อ้างในปราณี มิ่งขวัญ, 2542: 24) การเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพจะเป็นการทำให้ความเครียดลดลงชั่วคราว และการใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะนี้นานๆ จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดพยาธิสภาพขึ้นหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ (Beare and Myers, 1994 อ้างในปราณี มิ่งขวัญ, 2542: 24-25)

จากแนวคิดและผลกรวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และตั้งสมมติฐานได้ว่า การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 130 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น ได้แก่ การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การประเมินความเครียด (Stress appraisal) หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ในการตีความสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ว่ามีความหมายหรือกระทบต่อตนเองกับบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ ในลักษณะใดตามคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่

1.1 อันตราย/ความสูญเสีย (Harm/loss) หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตีความว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ ได้รับความเสียหายทั้งทางร่างกายและจิตใจในลักษณะต่างๆ เช่น ความมีคุณค่าในตนเอง คุณค่าต่อสังคม และคุณค่าต่อบุคคลอื่นเป็นที่รักหรือบุคคลที่มีความสำคัญ

1.2 ความคุกคาม (Threat) หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตีความว่าความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสถานการณ์ที่จะทำให้เกิดความเสียหายต่อตนเองในอนาคต และมีผลกระทบต่อความผาสุกของตนและบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว

1.3 ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตีความว่าแม้ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเองได้ แต่ก็เป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองได้รับประโยชน์และมีการพัฒนา และคาดว่าตนเองจะสามารถใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น มีความหวัง ความตื่นตัวและกระตือรือร้น

วัดได้โดยแบบวัดการประเมินความเครียด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984)

2. ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related hardiness) หมายถึง คุณลักษณะของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้ตนเองคงอยู่ในภาวะสมดุลได้ ประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่

2.1 ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกในความสามารถของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่จะควบคุมหรือเอาชนะความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ตามความต้องการของตนเอง

2.2 ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง ความสนใจและความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บป่วย หรือกิจกรรมในการดำรงรักษาสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.3 ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related challenge) หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความเชื่อหรือความรู้สึกว่า กิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก และกิจกรรมนั้นจะเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง

ประเมินได้โดยแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของนิตยา คงชุม (2539) ซึ่งศรัณญา เบญจกุล (2538) เป็นผู้แปลมาจากแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Hardiness Scale: HRHS) ของ Pollock และ Duffy (1990) ตามแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989)

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส ลูก ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยความช่วยเหลือ 5 ด้าน ได้แก่

3.1 ความรักใคร่ผูกพัน (Intimacy) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการได้รับความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ความรัก การดูแลเอาใจใส่และความไว้วางใจ จากคู่สมรส ลูก ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ

3.2 ความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ขี้แนะนำ รับฟัง ยอมรับและให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการได้รับช่วยเหลือทางการเงิน หรือสิ่งของจากคู่สมรส ลูก ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงาน หรือบุคลากรด้านสุขภาพ

3.3 การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโอกาสที่จะให้การดูแล ให้การสนับสนุนความสนใจและความสามารถ

และให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข รวมทั้งการรับรู้ว่าตนเองเป็นที่ต้องการและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นได้

3.4 การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการมีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น และได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3.5 การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการได้รับความเคารพ ยกย่อง และชื่นชม เป็นที่ต้องการหรือมีความสำคัญต่อคู่สมรส ลูก ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรด้านสุขภาพ

วัดได้โดยแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981: 277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277) ฉบับแปลโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532)

4. การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแสดงออกในการจัดการความเจ็บป่วยหรือผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

4.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแสดงออก เพื่อพยายามปรับเปลี่ยนและควบคุมความเครียด ที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการเผชิญหน้ากับปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ด้วยการหาวิธีการต่างๆ เพื่อควบคุมปัญหา และอาจใช้วิธีเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

4.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Forms of Coping) หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแสดงออก เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง โดยการประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่างและการหลีกเลี่ยงปัญหาเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น โดยปัญหาหรือสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือยังไม่ได้รับการแก้ไข

วัดได้โดยแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (the Ways of Coping Questionnaire) ของ Lazarus และ Folkman ฉบับแปลโดยศิริลักษณ์ วรธนะพงษ์ (2539)

5. การปรับตัว (Adaptation) หมายถึง การแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใน

การประเมิน การวางแผนหรือหาทางเลือกและพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย แบ่งเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่

5.1 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง การแสดงออกหรือทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดำรงบทบาทด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมตามความพึงพอใจและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

5.2 ขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง การแสดงออกของอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ ความพึงพอใจ ความผาสุกหรือการได้รับความสุข หรืออารมณ์ด้านลบ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจ ความตึงเครียดหรือกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เกิดเนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

5.3 สุขภาพทางกาย (Somatic health) หมายถึง การรับรู้สุขภาพการตอบสนองของร่างกายซึ่งเป็นกลไกการทำงานภายในร่างกาย เพื่อรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรืออาการแสดงต่าง ๆ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ อาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอกหรืออาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

วัดโดยแบบวัดการปรับตัวที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของจันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984)

6. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง บุคคลที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจและขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ จนทำให้เกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและอัตราการตาย

2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล จากการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยหรือทำการวิจัยซ้ำ

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอาการแทรกซ้อน และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดในประเทศอเมริกาและประเทศแถบตะวันตก ส่วนในประเทศไทยพบว่าอัตราการตายจากโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในชุมชนเมืองและในปีหนึ่งๆ มีประชาชนจำนวนไม่น้อยที่ตายอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85)

1.1 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ อันเป็นผลจากการขาดเลือดหรือออกซิเจนไปเลี้ยง (วิเชียร ทองแดง, 2541: 165; Norton, 1995: 567; Hektor Dunphy, 1999: 260) หรือเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอเป็นเวลานานระยะหนึ่ง จนเนื้อเยื่อบริเวณที่ขาดเลือดไปเลี้ยงนั้นตาย (พิกุล ตันติธรรม และ ดารณี จามจรี, 2537: 171) หรือเป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากเนื้อเยื่อของหัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงลดลงเป็นเวลานาน เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ จนเกิดการตายของเนื้อเยื่อนั้นขึ้น (Mavroukakis and Stine, 1998: 579)

1.2 สาเหตุ

สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่พบว่ากว่า 90% เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) (วิเชียร ทองแดง, 2541: 165; Mavroukakis and Stine, 1998: 579) ซึ่งเป็นการอุดตันที่เป็นผลมาจากการแตกของพลา๊ก

(plaque) ร่วมกับการจับกลุ่มเป็นก้อนของเกร็ดเลือด ส่วนอีก 10% เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ น่าจะเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ หลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการหดตัวอย่างรุนแรงอยู่นาน (สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 183) การมีเอมโบลิสมในหลอดเลือดโคโรนารี เยื่อหุ้มหลอดเลือดแดงอักเสบและมีการอักเสบของหลอดเลือดโคโรนารี (Mavroukakis and Stine, 1998: 579; Hektor Dunphy, 1999: 260) หลอดเลือดแดงโคโรนารีถูกตัดขาด ความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดใน หลอดเลือดโคโรนารีมาแต่กำเนิด (Hektor Dunphy, 1999: 260) การขาดออกซิเจน (hypoxia) ซีด ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานานและการใช้โคเคน (Mavroukakis and Stine, 1998: 579) .

1.3 อุบัติการณ์

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55 (Hektor Dunphy, 1999: 260) และพบในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ร้อยละ 45 (Brewer and Boss, 2002: 723) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Hektor Dunphy, 1999: 260) และพบว่าในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี จะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปจะพบในอัตราเท่าๆ กันระหว่าง เพศชายกับเพศหญิง (Norton, 1995: 567) เนื่องจากเพศหญิงที่อายุมากขึ้นจะเป็นวัยที่ หมดประจำเดือน (Hektor Dunphy, 1999: 260)

1.4 พยาธิกำเนิด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี หรือการอุดตัน ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจาก thrombosis โดยการเกิด thrombosis จะเริ่มที่พลาตแตกเป็นแผลแล้วมี เลือดออกและต่อมามีไฟบรินจับจนเกิดเป็น thrombosis อุดกั้นทางไหลของเลือด นอกจากนั้น thrombosis ที่หลังจากเกร็ดเลือดอาจทำให้หลอดเลือดหดตัว เลือดไหลผ่านช้าลง ซึ่งส่งเสริมให้ เกิดการจับกลุ่มของเกร็ดเลือดและเกิด thrombosis (วิเชียร ทองแดง, 2541: 165; Mavroukakis and Stine, 1998: 579)

1.5 พยาธิสรีรวิทยา

พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเริ่มจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น เวลานานตั้งแต่ 20 นาทีขึ้นไป (Norton, 1995: 567) หรือ 35-45 นาที (Christensen and Kockrow, 1999: 264-265) ต่อมาเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมง (Mavroukakis and Stine, 1998: 579) หรือมากกว่า 4-6 ชั่วโมง (Norton, 1995: 567) ทำให้ ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 265) และทำให้เสี่ยง

ต่อการเกิดหัวใจล้มเหลวตามมาได้ (Mavroukakis and Stine, 1998: 580) ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจที่ลดลงนี้จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ขนาดและตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายและการเกิดการไหลเวียนทดแทน ซึ่งเป็นกลไกการปรับตัวทดแทนการไหลเวียนเลือดที่เกิดการอุดตันของหัวใจ (Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 264-265) โดยขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายมี 2 แบบ คือ มีการตายทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ (Transmural MI หรือ Q-MI) และกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการตายที่ส่วนได้เยื่อชั้นใน (Subendocardial infraction หรือ non Q-MI) ส่วนตำแหน่งของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดง ซึ่งแบ่งเป็นกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้า ด้านข้าง และด้านที่ต่ำกว่าด้านหลัง (Mavroukakis and Stine, 1998: 580)

ร่างกายจะตอบสนองต่อการเกิดเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายด้วยกระบวนการอักเสบ โดยพบว่าภายใน 24 ชั่วโมง (Christensen and Kockrow, 1999: 265) หรือในระยะ 1 สัปดาห์หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Mavroukakis and Stine, 1998: 580) จะมีเม็ดโลหิตขาวแทรกซึมเข้าไปในบริเวณที่มีเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้มีการปล่อยเอ็นไซม์ออกมาจากบริเวณที่มีเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรคได้ หลังจากนั้นจะมีการจับกินเนื้อตาย (necrotic) โดย นิวโทรฟิล (Neutrophils) และโมโนไซต์ (Monocytes) และในระยะเวลา 4 สัปดาห์ หรือ 6 สัปดาห์หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเริ่มมีแผลเป็น (scar) ขึ้นแทนที่เนื้อเยื่อที่เป็นเนื้อตายนั้น และกระบวนการนี้จะเสร็จสมบูรณ์ในระยะเวลา 3 เดือน (Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 265)

1.6 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงจะคล้ายกับการเจ็บหน้าอกแบบแองไจนา แต่รุนแรงและนานกว่า โดยผู้ป่วยจะอธิบายถึงอาการเจ็บว่ารู้สึกเหมือนถูกบีบหรือถูกแทง เหมือนมีของหนักมากกดทับตรงกลางด้านหลังของกระดูกหน้าอก จะเจ็บหน้าอกที่ด้านหลังกระดูกหน้าอกและเจ็บบริเวณหัวใจ ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บร้าวไปที่ปลายแขนข้างซ้าย คอ กรามและบริเวณลิ้นปี่ (Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 265) มือ ใหญ่ (Mavroukakis and Stine, 1998: 580) หลัง (Norton, 1995: 567) ฟัน (Christensen and Kockrow, 1999: 265) บางครั้งอาจพบว่ามีอาการเจ็บร้าวไปที่แขนขวา สะบักและไม่เจ็บรุนแรงกว่าการเจ็บหน้าอกแบบแองไจนา (Mavroukakis and Stine, 1998: 580) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจะมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ (วิเชียร ทองแดง, 2541: 168; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ใจสั่น (วิเชียร ทองแดง; Mavroukakis and Stine, 1998: 580) อ่อนเพลีย คลื่นไส้ วิดกกังวล มีความรู้สึกกลัวเคราะห์กรรม (Mavroukakis and Stine, 1998: 580-581; Christensen and Kockrow, 1999: 265) หายใจ

ลำบาก (Norton, 1995: 567; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือใช้เวลาไม่กี่นาที อาจเกิดร่วมกับอารมณ์ที่รุนแรง (intense emotion) (Christensen and Kockrow, 1999: 265) การออกแรงหรืออาจเกิดขณะพัก (Norton, 1995: 567; Christensen and Kockrow, 1999: 265) โดยการเจ็บหน้าอกจะเจ็บนานกว่า 15-30 นาที (Mavroukakis and Stine, 1998: 580) หรือเจ็บนานกว่า 30 นาทีถึงหลายชั่วโมง (วิเชียร ทองแดง, 2541: 167; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ซึ่งจะไม่สามารถลดลงด้วยการเปลี่ยนท่าของร่างกาย (Christensen and Kockrow, 1999: 265) การพักหรือการอมยาขยายหลอดเลือด (วิเชียร ทองแดง, 2541: 167; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184; Norton, 1995: 567; Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ส่วนอาการแสดงมักพบอาการซีด มีการรับรู้หรืออารมณ์ที่ผิดปกติ อาเจียน เหงื่อออกมาก (วิเชียร ทองแดง, 2541: 168; Norton, 1995: 567; Mavroukakis and Stine, 1998: 580; Christensen and Kockrow, 1999: 265) หายใจสั้นและถี่ มีไข้ จังหวะการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิตต่ำและซีด (Christensen and Kockrow, 1999: 265)

บางรายอาจไม่พบอาการผิดปกติ เนื่องจากบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมีขนาดเล็ก (วิเชียร ทองแดง, 2541: 168) แต่ในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตรวจพบความผิดปกติขณะเจ็บหน้าอก ดังนี้

1.6.1 ซีพจร อาจเร็วผิดปกติ (100-120 ครั้ง/นาที) และความดันโลหิตสูงเนื่องจากเจ็บหน้าอกมาก มีความวิตกกังวลและระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น (Mavroukakis and Stine, 1998: 581) หรือมีไข้ (วิเชียร ทองแดง, 2541; Mavroukakis and Stine, 1998: 581) มีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว (วิเชียร ทองแดง, 2541) หรือซีพจรอาจช้ากว่าปกติและความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากระบบประสาทพาราซิมพาเทติกถูกกระตุ้น (Mavroukakis and Stine, 1998: 581) หัวใจเต้นช้า คลื่นไฟฟ้าหัวใจถูกกีดขวางอย่างสมบูรณ์ (Completed heart block) หรืออาจมีการเต้นไม่สม่ำเสมอจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งความดันโลหิตที่ต่ำนี้ อาจต่ำลงชั่วคราวแล้วสูงขึ้นเป็นปกติ แต่บางรายอาจต่ำตลอด หรือบางรายมีความดันโลหิตสูงชั่วคราว (วิเชียร ทองแดง, 2541)

1.6.2 หลอดเลือดดำที่คอ มักไม่สูงเกินปกติ (วิเชียร ทองแดง, 2541) แต่จะสูงได้ถ้ามีหัวใจข้างขวาล้มเหลว (Mavroukakis and Stine, 1998: 581)

1.6.3 หัวใจ การตรวจโดยการคลำอาจปกติ เว้นแต่ถ้ามีเวนทริเคิลซ้ายหดตัวผิดปกติอย่างมากจะคลำได้เสียงที่ 3 และ 4 ส่วนการฟังบ่อยครั้งที่ได้ยินเสียงเมอเมอ และ 10% อาจฟังได้เพอริคาร์เดียลรับ หรือเสียงที่เกิดจากการเสียดสีของเยื่อหุ้มหัวใจ (วิเชียร ทองแดง, 2541) ฟังได้เสียงที่ 4 เมื่อเสียงหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และจะได้ยินเสียงที่ 3 เมื่อมีหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว (Mavroukakis and Stine, 1998: 581)

1.6.4 ปอด อาจปกติหรือผิดปกติ ขึ้นอยู่กับว่ามีเลือดคั่งในปอดหรือไม่ และรุนแรงเพียงใด (วิเชียร ทองแดง, 2541)

1.7 ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการและความผิดปกติทางระบบไหลเวียน แบ่งตามระดับความรุนแรง 4 ระดับ (Killip classification) (ยศวีร์ สุขุมาลัยจันทร์, 2524: 308; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 189) ซึ่งจะช่วยในการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ คือ

ระดับ 1 จะไม่มีอาการของหัวใจล้มเหลว

ระดับ 2 มีอาการหัวใจวายเฉียบพลันเล็กน้อยหรือปานกลางและมีอาการผิดปกติของเวนทริเคิลซ้าย เช่น เสียงควบเวนทริเคิล และเสียงรอลหรือเสียงหายใจที่ผิดปกติที่ปอด

ระดับ 3 จะมีอาการปอดบวมน้ำเฉียบพลัน

ระดับ 4 มีอาการช็อคจากหัวใจ

1.8 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะใช้เกณฑ์สองในสามขององค์การอนามัยโลก (วิเชียร ทองแดง, 2541: 174-175; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184)

1.8.1 อาการตามลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กล่าวมาข้างต้น

1.8.2 การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามลำดับการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ Hektor Dunphy (1999: 261) และ Norton (1995: 568) กล่าวไว้ ได้แก่

1.8.2.1 ระยะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemia) จะพบส่วนเอสที่ต่ำลงมากกว่า 1 มิลลิเมตร และคลื่นที่หัวกลับ

1.8.2.2 ระยะกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (Injury) จะพบส่วนเอสที่ยกสูงขึ้นมากกว่า 1 มิลลิเมตร

1.8.2.3 ระยะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) จะพบคลื่นคิวกว้างมากหรือมากกว่า 1/4 ของความสูงของคิวอาร์เอส และการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ คลื่นที่สูงมาก ส่วนเอสที่ยกสูงขึ้น คลื่นที่หัวกลับ คลื่นอาร์จะเตี้ยลง

เมื่อแบ่งตามขนาดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ พบว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการตายทุกชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ ในระยะ 12-36 ชั่วโมง จะพบคลื่นที่หัวกลับในระยะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เอสที่ยกสูงขึ้นในระยะกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บและคลื่นคิวกว้างมากในระยะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการตายที่ส่วนได้เยื่อชั้นใน จะพบว่าเอสที่อาจสูงขึ้นต่ำลงหรือไม่เปลี่ยนแปลง (Hektor Dunphy, 1999: 261) แต่ส่วนใหญ่จะลดต่ำลง (Mavroukakis

and Stine, 1998: 581) ร่วมกับมีคลื่นที่หัวกลับและไม่มีคลื่นคว (Hektor Dunphy, 1999: 261) หรือไม่มีคลื่นควที่ผิดปกติ (Mavroukakis and Stine, 1998: 581) สำหรับรายที่มีภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้านซ้ายถูกปิดกั้น (Left Bundle Branch Block: LBBB) ร่วมด้วย จะทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก ส่วนผู้ที่มีภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้านขวาถูกปิดกั้น (Right Bundle Branch Block: RBBB) ร่วมด้วย จะมีทั้งคลื่นคว และการเปลี่ยนแปลงของส่วนเอสที-ที (วิเชียร ทองแดง, 2541: 174-175; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184)

เมื่อแบ่งตามตำแหน่งของการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ พบว่า หากมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้า จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ V_1 ถึง V_4 หากมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจด้านข้าง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ V_5 , V_6 , lead I และ AVL และหากมีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ต่ำกว่าด้านหลัง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ lead II, III และ AVF (Mavroukakis and Stine, 1998: 582; Hektor Dunphy, 1999: 262)

1.8.3 การเปลี่ยนแปลงระดับเอนไซม์ พบว่าเมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย เซลล์กล้ามเนื้อจะปล่อยเอนไซม์ออกมา ซึ่งเอนไซม์ที่นิยมตรวจ คือ ครีอะทีน ไคเนส (CK) จะสูงขึ้นตั้งแต่ 6 ชั่วโมง หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูงสุดที่ 24 ชั่วโมง และลดลงที่ 48-72 ชั่วโมง (วิเชียร ทองแดง, 2541: 174-175; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184) หรือเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่ 4-8 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูงสุดที่ 12-24 ชั่วโมง และลดลงเป็นปกติที่ 3-5 วัน (Mavroukakis and Stine, 1998: 582) ซีรัมกลูตาไมค อ็อกซาลาซีตติค ทรานอะมิเนส (SGOT) จะขึ้นที่ 24 ชั่วโมง สูงสุดที่ 48-72 ชั่วโมง และลดลงที่ 3-5 วัน และแลคติกแอซิด ดีไฮโดรจีเนส (LDH) จะสูงขึ้นที่ 48-72 ชั่วโมง และอยู่นาน 10-14 วัน (วิเชียร ทองแดง, 2541: 174-175; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184) หรือเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่ 12-48 ชั่วโมง หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูงสุดที่ 48-72 ชั่วโมง และลดลงเป็นปกติที่ 7 วัน (Mavroukakis and Stine, 1998: 582) นอกจากนี้ยังพบว่าการตรวจนับเม็ดเลือดขาว (WBC) จะสูงขึ้นเป็น 12,000 ถึง 15,000 /mm³ ในช่วงไม่กี่ชั่วโมงแรกๆ หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและลดลงที่ระยะ 3-7 วัน และอีเอสอาร์ (ESR) จะสูงขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและจะคงอยู่หลายสัปดาห์ (Christensen and Kockrow, 1999: 266) แต่ เอนไซม์เหล่านี้มีระดับสูงขึ้นได้ไม่จำเพาะ ดังนั้นในการวินิจฉัยควรพิจารณาร่วมกับอาการและการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และถ้าต้องการให้ผลมีความจำเพาะสูงขึ้นควรตรวจ ครีอะทีนไคเนสเอ็มบี (CK-MB) ซึ่งมีอยู่เฉพาะในกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อผู้ป่วยมาภายใน 24 ชั่วโมง (วิเชียร ทองแดง, 2541: 174-175; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 184) ซึ่งครีอะทีนไคเนสเอ็มบี จะเริ่มสูงขึ้นที่ 2-4 ชั่วโมงหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูงสุดที่ 12-24 ชั่วโมง และลดลงเป็นปกติที่ 72 ชั่วโมง (Mavroukakis and Stine, 1998: 582)

1.9 การรักษา

เป้าหมายหลักของการรักษาคือ ให้ผู้ป่วยรอดชีวิต รองมาคือลดอาการไม่สบายต่างๆ และจำกัดความเสียหายที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2542: 133) หรือการจำกัดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย และการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีกในอนาคต (Christensen and Kockrow, 1999: 266) รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Mavroukakis and Stine, 1998: 581) หรือกล่าวได้ว่าเป้าหมายในระยะเร่งด่วน คือ การลดความเจ็บปวดและภาวะขาดออกซิเจน และเป้าหมายโดยรวม คือ การจำกัดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ (Hektor Dunphy, 1999: 262) โดยมีหลักการรักษาตามที่วิเชียร ทองแดง (2541: 175) กล่าวไว้ ดังนี้

1.9.1 วินิจฉัยแยกโรคให้เร็วที่สุด และรับผู้ป่วยไว้ในสภาพที่ปลอดภัยที่สุด

1.9.2 รักษาด้วยยาที่เหมาะสมเพื่อลดขนาดของบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตาย และรักษากล้ามเนื้อที่ขาดเลือดไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อตาย

1.9.3 วินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนให้เร็วที่สุด

1.9.4ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้แข็งแรงจนกลับไปทำงานได้ ตรวจสอบความเสี่ยงที่จะทำให้มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดซ้ำอีก พร้อมทั้งให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

โดยสุรพันธ์ สุทธิสุข (2541: 184-185) แบ่งการรักษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ก. ระยะก่อนเข้าโรงพยาบาล (Pre-hospital phase) เป็นระยะที่ต้องการลดอัตราการตายที่เป็นการตายเฉียบพลันจากการเต้นผิดปกติของหัวใจอย่างรุนแรง ซึ่งแก้ไขได้โดยการมีทีมฉุกเฉินที่สามารถทำการช่วยฟื้นคืนชีพได้ แต่ในเมืองไทยขณะนี้ยังไม่มีทีมฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

ข. ระยะอยู่ในโรงพยาบาล (Hospital phase) เป็นระยะที่รักษาอาการให้หาย โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอก จำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตาย ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการทำให้เกิดความสมดุลของความต้องการและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

ค. ระยะออกจากโรงพยาบาล (Post-hospital phase) เป็นระยะที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการฟื้นฟูสภาพหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานและเข้าสู่สังคมได้โดยเร็ว ลดอัตราการตายภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาโดยทั่วไป ได้แก่ การรับผู้ป่วยไว้ดูแลในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยหัวใจหรือห้องแยกที่ปราศจากสิ่งรบกวน ติดตามการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจตลอด 24-48 ชั่วโมงแรก ให้ยารักษาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ไนเตรท หรือถ้ารุนแรงอาจใช้มอร์ฟีน ให้ออกซิเจนและยานอนหลับชนิดออกฤทธิ์ปานกลางเพื่อลดความต้องการออกซิเจน ให้สารน้ำเพื่อใหยาในกรณีที่มีความจำเป็น ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย ถ้าอุจจาระแข็งควรให้ยาระบาย (วิเชียร ทองแดง, 2541: 175-177; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 185) ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การทำงานของหัวใจล้มเหลว ปริมาณเลือดส่งออกจากหัวใจน้อย หรือช็อคจากสาเหตุอื่นที่ไม่มีภาวะเลือดคั่งในปอด ภาวะแทรกซ้อนเชิงกล เช่น กล้ามเนื้อแพ็ลลารีทำงานผิดปกติหรือฉีกขาด ผันกั้นระหว่างเวนตริเคิลทะเลลุ นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ คือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบระยะแรก และกลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็ให้รักษาภาวะแทรกซ้อน (วิเชียร ทองแดง, 2541: 184)

1.10 การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย สรุปได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่

1.10.1 การพยาบาลในระยะเร่งด่วน หรือระยะอยู่ในโรงพยาบาลหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย

1.10.1.1 การประเมิน ได้แก่ การซักประวัติ ทั้งลักษณะ ตำแหน่ง ระยะเวลา และความรุนแรงของการเจ็บหน้าอก (Norton, 1995: 569; Mavroukakis and Stine, 1998: 585; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด การได้รับบาดเจ็บ การใช้ยาและการแพ้ยา (Mavroukakis and Stine, 1998: 585-586) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การประเมินความดันโลหิต ชีพจร เสียงจังหวะและการเต้นของหัวใจ การหายใจ เสียงหายใจและอุณหภูมि นอกจากนี้ยังมีการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย เพื่อสังเกตภาวะปริมาณเลือดออกจากหัวใจที่ลดลงหรือภาวะช็อคจากหัวใจและภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การสังเกตภาวะซีด เหงื่อออกมากหรือความเย็นชื้นของผิวหนัง (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 586; Christensen and Kockrow, 1999: 265) ปริมาณปัสสาวะหรือความถี่จำเพาะของปัสสาวะ อาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย การสังเกตภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ การมีเลือดออกในตำแหน่งที่มีการเจาะหรือสอดใส่อุปกรณ์ต่างๆ มีเม็ดเลือดแดงในอุจจาระหรืออาเจียน หรือปัสสาวะเป็นเลือด การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ เอนไซม์จากหัวใจ อิเล็กโทรไลต์ ออกซิเจนในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด การแข็งตัวของเลือด การตรวจทางเคมีคลินิก ไลปิดและระดับยา และการประเมินการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง (Mavroukakis and Stine, 1998: 586) และการประเมินด้านจิตใจ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล (Norton, 1995: 570)

1.10.1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล หลังจากการประเมินจะทำให้ได้ข้อมูลในการวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ ความเจ็บปวดที่เกิดจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความวิตกกังวลจากความเจ็บปวด กลัวความตายและสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 586; Christensen and Kockrow, 1999: 270-271) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาและการดูแลตนเองหรือ

การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 586) การถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากการมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อยลง และปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำ เนื่องจากการมีเลือดออกจากการได้รับยาต้านการรวมตัวของเกร็ดเลือด หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Mavroukakis and Stine, 1998: 586)

1.10.1.3 การวางแผนการพยาบาลและผลที่คาดว่าจะได้รับ ควรวางแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ การลดและการป้องกันการเจ็บหน้าอก ความคงที่หรือความสมดุลของการไหลเวียนเลือด ความสุขสบายทางใจและการดูแลตนเองได้ โดยมีผลที่คาดว่าจะได้รับ ได้แก่ ไม่มีภาวะเจ็บปวดหรือความเจ็บปวดได้รับการบรรเทา ผู้ป่วยได้พูดคุย ชักถามหรือระบายเกี่ยวกับความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจที่เพียงพอ ซึ่งประเมินได้จากไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ เสียงหายใจปกติ ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ผิวหนังแห้งและอุ่น ชีพจรปกติ จังหวะและการเต้นของหัวใจปกติเมื่อเทียบกับข้อมูลพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยและไม่มีภาวะผิดปกติของอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีผลที่คาดว่าจะได้รับอื่นๆ อีก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถบอกถึงกระบวนการและการรักษาของโรคได้และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยล้า (Mavroukakis and Stine, 1998: 588)

1.10.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล โดยปฏิบัติตามลำดับความสำคัญของการวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ก. การลดและการป้องกันการเจ็บหน้าอก และมีความคงที่หรือความสมดุลของการไหลเวียนเลือด โดยเริ่มจากระยะแรกรับเข้าโรงพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา ติดตั้งเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำเพื่อเปิดเส้นเลือดสำหรับให้ยา ให้ยาตามแผนการรักษา แนะนำผู้ป่วยให้รายงานอาการต่อพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจลำบาก และการติดตามประเมินระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภาวะเลือดออกหลังการให้ยาและอาการเจ็บปวด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พัก (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 588; Christensen and Kockrow, 1999: 270-271) นอกจากนี้ในช่วงแรกควรงดอาหารไว้ก่อนจนกว่าอาการของผู้ป่วยจะคงที่ เพราะอาจมีความจำเป็นในการฉีดสีเพื่อดูการอุดตันหรือการทำทางเบี่ยงของหลอดเลือด หลังจากนั้นจึงดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ย่อยง่าย ไขมันต่ำ เค็มน้อย (Christensen and Kockrow, 1999: 270) ควรจำกัดเกลือ 2-4 กรัม/วันหรือดเกลือ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ได้แก่ ชา กาแฟและน้ำอัดลม เนื่องจากคาเฟอีนจะเพิ่มการทำงานของหัวใจ ถ้าผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียนควรจัดเป็นอาหารเหลวให้ (Mavroukakis and Stine, 1998: 588)

ข. ความสุขสบายทางใจ เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความวิตกกังวลจากหลายสาเหตุ ที่อาจเกิดได้จากความเจ็บปวด การเข้านอนโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือภาพลักษณ์ของตนเอง การเปลี่ยนรูปแบบการทำงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน และความวิตกกังวลด้านการเงิน ดังนั้นพยาบาลควรให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ซักถามหรือระบายเกี่ยวกับความรู้สึกและความวิตกกังวล (Mavroukakis and Stine, 1998: 588) มีการให้ข้อมูลง่ายๆ ด้านกระบวนการหรือเหตุผลทำให้การพยาบาล การใช้อุปกรณ์ต่างๆ กับผู้ป่วย (Norton, 1995: 570) และสร้างความมั่นใจรวมทั้งการให้ข้อมูลซ้ำบ่อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ นอกจากนี้พยาบาลควรยอมรับการตอบสนองทางอารมณ์ด้านลบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ การปฏิเสธ โกรธและความซึมเศร้า โดยการฟัง การสะท้อนความคิดและการให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม (Mavroukakis and Stine, 1998: 588; Christensen and Kockrow, 1999: 270) ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และอาจใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจ ดนตรีบำบัด การใช้จินตนาการ (Christensen and Kockrow, 1999: 270)

ค. การฟื้นฟูหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อการเพิ่มสมรรถนะของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยกิจกรรมในระยะ 24 ชั่วโมงแรก จะจำกัดกิจกรรม จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการคงที่ แล้วเริ่มฝึกการหายใจโดยการหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ ทางจมูกและหายใจออกทางปาก 5 ครั้ง โดยทำได้ทุกชั่วโมง (Norton, 1995: 570) หลังจากนั้นจะเริ่มให้มีการรับประทานอาหารเองบนเตียง และการขีดตัวเองบางส่วน แต่ไม่ให้มีการทำกิจกรรมที่ต้องใช้การออกแรงมากเกินไป ระวังไม่ให้อุจจาระแข็งเพื่อป้องกันการออกแรงเบ่ง (Mavroukakis and Stine, 1998: 588) แนะนำให้มีการเคลื่อนไหวของข้อเข่าและขา (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 588) เช่น การเกร็งหรือกางนิ้วเท้า การกระดกข้อเท้าเข้าออกและการงอเข่า เพื่อให้มีการไหลเวียนในหลอดเลือดดำดี และป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ในวันที่ 2-3 ให้ผู้ป่วยเริ่มลุกนั่งข้างเตียง และเดินรอบเตียง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลต้องเป็นผู้เสริมแรงทางบวกให้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมในระดับของการทำกิจกรรมแต่ละระยะ โดยพยาบาลจะต้องประเมินปริมาณพลังงานที่ผู้ป่วยใช้ในการทำกิจกรรมและความสมดุลของการเผาผลาญ (Metabolic equivalents) หรือประเมินได้จากการตอบสนองของร่างกายในการทนต่อกิจกรรม โดยมีเกณฑ์ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวไม่ลดลง ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบากหรือเหนื่อยล้ามาก และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ นอกจากนี้พยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการตอบสนองของร่างกายใน

การทนต่อกิจกรรม หากเกิดอาการผิดปกติขึ้นต้องหยุดการทำกิจกรรมทันที (Mavroukakis and Stine, 1998: 588-594)

ง. การให้ความรู้และการดูแลตนเอง โดยในระยะเฉียบพลันพยาบาลควรให้คำอธิบายง่าย ๆ หลังจากนั้นควรเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการจำหน่าย ทั้งการให้ความรู้แบบสอนหรือการให้คู่มือ ซึ่งข้อมูลที่ควรให้ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงหรือการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การควบคุมโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจำกัดอาหาร (Hektor Dunphy, 1999: 263) โดยควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายโคเรสเตอรอลต่ำ (น้อยกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน) ไขมันต่ำ (น้อยกว่า 30% ของพลังงานทั้งหมด) จำกัดเกลือ (2-4 กรัม/วัน) หรือดเกลือ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ได้แก่ ชา กาแฟและน้ำอัดลม (Norton, 1995: 570; Mavroukakis and Stine, 1998: 588; Christensen and Kockrow, 1999: 270) 2) การใช้ยาตามการรักษาของแพทย์ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และ 3) อาการที่ผู้ป่วยควรรับมาโรงพยาบาลทันทีหรือปัญหาที่ควรบอกแก่แพทย์ ได้แก่ เจ็บหน้าอกนานมากกว่า 15 นาทีและเมื่ออมยาขยายหลอดเลือดก็ไม่ดีขึ้น หายใจสั้นและถี่ เหนื่อยหรือข้อเท้าบวม น้ำหนักเพิ่มขึ้นเกิน 2-4 ปอนด์ หรือ 1-1.8 กิโลกรัม/วัน เหนื่อยล้าผิดปกติ เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่นหรือหัวใจเต้นช้าหรือเร็วเกินไปและมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยในขณะการให้ความรู้ พยาบาลควรกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามด้วย (Mavroukakis and Stine, 1998: 594)

1.10.1.5 การประเมินผล ผลการพยาบาลประเมินได้จากความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหน้าอกลดลง มีความคงที่หรือความสมดุลของการไหลเวียนเลือด เพื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วที่สุด และมีความวิตกกังวลลดลง โดยอาการเจ็บหน้าอกและความสมดุลของการไหลเวียนเลือดประเมินได้จาก ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือไม่ เจ็บหน้าอก สัญญาณชีพและจังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ความก้าวหน้าด้านกิจกรรมประเมินได้จากที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว เดินขึ้นลงบันไดได้ และความสุขสบายทางใจประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยได้พูดคุย ซักถามหรือระบายเกี่ยวกับความกลัวและความวิตกกังวล (Norton, 1995: 571; Mavroukakis and Stine, 1998: 594-595)

1.10.2 การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเป็นกิจกรรมที่ทำซ้ำหรือต่อเนื่องมาจากการพยาบาลในระยะอยู่ในโรงพยาบาล หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วย โดยใช้การฟื้นฟูหัวใจซึ่งอาจเป็นการให้ผู้ป่วยมาเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูในโรงพยาบาลหรือการฟื้นฟูด้วยตนเองที่บ้านโดยมีเจ้าหน้าที่ติดตามไปเยี่ยมและให้คำแนะนำที่บ้าน

มีเป้าหมายที่การลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มสมรรถนะของระบบหัวใจและหลอดเลือด และความผาสุกทางใจ โดยมีองค์ประกอบการฟื้นฟู ตามที่ Mavroukakis และ Stine (1998: 594) กล่าวไว้ดังนี้

1.10.2.1 การให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ทั้งด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และความรู้เกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การควบคุมอาหาร การงดสูบบุหรี่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียด มีเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีหลักเกณฑ์ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพและเพื่อจัดการกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งความรู้ที่ได้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยต้องเตรียมความรู้ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต้องติดตามโดยการให้คู่มือการติดตามทางโทรศัพท์ หรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังกลุ่มกิจกรรมหรือองค์กรต่างๆ เช่น ศูนย์สุขภาพสมาคมโรคหัวใจ เป็นต้น และควรมีการแนะนำให้ผู้ป่วยใช้การจดบันทึกคำถามหรือข้อสงสัยไว้เพื่อจะได้ไม่ลืมเมื่อไปตรวจตามนัด

1.10.2.2 การให้คำปรึกษา เนื่องจากผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยทั่วไปจะมีความซึมเศร้าหรือวิตกกังวล ที่เกิดจากความเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ ความหนักใจหรือกลัวใจ ข้อจำกัดที่เกิดจากโรค และมีความเครียดที่เกิดจากความคับข้องใจ ความกลัวและรู้สึกผิด การใช้กิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความผาสุกทางใจได้ โดยต้องมีการจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้สึก ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุน ให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และไม่ปกป้อง (Overprotection) ผู้ป่วยมากเกินไป เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยอาบน้ำหรือรับประทานอาหารเอง แม้ว่าจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยหอบแล้ว

1.10.2.3 ความก้าวหน้าในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยต้องเริ่มทำกิจกรรม และมีการออกกำลังกายหลังจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยล้าแล้ว แต่ต้องไม่ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การยกของ การดึงหรือลากของ เพราะจะทำให้เพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อและเพิ่มแรงดันในหลอดเลือด ส่งผลต่อความตึงเครียดของหัวใจหรือหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น โดยจัดให้ ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มสมรรถนะของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งต้องมีการให้ผู้ป่วยวิ่งสายพานก่อนเพื่อตรวจสอบการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย ร่วมกับการพิจารณาจากการมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งหากหัวใจห้องล่างซ้ายทำหน้าที่ได้ไม่ดีหรือผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็จะสามารถออกกำลังกายแบบเบาๆ ได้เท่านั้นและต้องอยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยมีหัวใจห้องล่างซ้ายทำหน้าที่ได้ดีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็ออกกำลังกายได้เอง โดยเริ่มจากการออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดินในสปีดาร์แรกของการเริ่มออกกำลังกาย และเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อยๆ เช่น เดินเร็ว ขี่จักรยาน วิ่ง จนถึงสปีดาร์ที่ 6 ให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้

โดยมีเกณฑ์ในการออกกำลังกาย คือ ต้องออกกำลังกายติดต่อกันนานอย่างน้อย 30 นาที จำนวน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ และต้องมีการสังเกตอาการผิดปกติที่ทำให้ต้องหยุดออกกำลังกายทันที ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยหอบ

1.10.2.4 กิจกรรมทางเพศ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก ทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสเกิดความกลัวและไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศ ดังนั้นการให้คำแนะนำด้านกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยจะมีเพศสัมพันธ์ได้ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.10.2.5 การเข้ายามีส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจและการป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ดังนั้นจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้ายาด้านการออกฤทธิ์ ขนาด วิธีใช้ การเก็บรักษาและอาการข้างเคียงจากการเข้ายา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ายาได้อย่างถูกต้องและสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการเข้ายาได้

2. แนวคิดความเครียด

ความเครียดเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากหลายสาขาอาชีพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการศึกษา เศรษฐกิจ การเมืองและสุขภาพ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าน่าจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาชนเกิดความเป็นกังวลเกี่ยวกับการดำรงชีวิตให้อยู่รอดและการมี คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด (Lazarus and Folkman, 1984: 1)

2.1 ความหมาย

Miller (1953 cited in Lazarus and Folkman, 1984: 15) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากการกระตุ้นจากภาวะคุกคามที่รุนแรงหนักหน่วงหรือผิดปกติ

Selye (1956: 12 cited in Lyon, 2001: 5, 1976: 55 cited in Pryor, 2002: 163) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง การตอบสนองที่ไม่เฉพาะเจาะจงของร่างกาย ต่อความต้องการหรือสิ่งกระตุ้นที่เป็นพิษหรือเป็นอันตราย หรือเป็นกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General adaptation syndrome)

Lazarus และ Folkman (1984: 12-21) กล่าวว่า ความหมายของความเครียดสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. ความหมายด้านการตอบสนองและการกระตุ้น (Stimulus and response definition) ซึ่งความหมายด้านการกระตุ้นเป็นการให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นเหตุการณ์หรือเป็นตัวก่อความเครียด และความหมายด้านการตอบสนองเป็นการให้ความหมายของ

ความเครียดว่าเป็นการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือคุกคาม หรือเป็นตัวรบกวน ความสมดุล หรือกล่าวได้ว่าความเครียดชนิดนี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการกระตุ้นหรือมีตัวก่อ ความเครียด ได้แก่ ความต้องการ อันตราย ภาวะคุกคามหรือภาวะเกิดขึ้นมาก่อน ถ้าพบว่ามีภาวะ ไม่สมดุลเกิดขึ้นแสดงถึงมีการตอบสนองของความเครียดเกิดขึ้น ซึ่งจะพบความเครียดชนิดนี้ได้มากใน ทางการแพทย์และชีววิทยา แต่หากบุคคลเกิดการตอบสนองหรือตอบโต้ขึ้นโดยไม่มีตัวก่อ ความเครียดมาก่อน แสดงถึงภาวะความเครียดทางจิตวิทยา (Psychological stress)

2. ความหมายด้านความสัมพันธ์ (Relational definition) ซึ่งเป็นการให้ความหมาย ของความเครียดว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อ บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณณการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ หรือรับรู้ว่าคุณณการณ์มีศักยภาพน้อยกว่า และคาดว่าอันตรายหรือความสูญเสียจะเกิดขึ้นต่อตนเอง

Belmont (2000: 379) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึง เหตุการณ์หรือสภาพที่คุกคาม ความผาสุกของบุคคลและทำให้บุคคลมีการใช้ความสามารถในการจัดการอย่างเต็มที่

กล่าวโดยสรุป ความเครียด หมายถึง การตอบโต้ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาทำอันตรายหรือ คุกคาม หรือเป็นเหตุการณ์ ตัวก่อความเครียด ตัวรบกวนความสมดุล หรือเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณณการณ์นั้นทำให้เกิดความต้องการมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่

2.2 ประเภทของความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984: 12-21) แบ่งความเครียดเป็น 3 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนจำนวนมาก และอยู่นอกเหนืออำนาจ การควบคุมของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น สงคราม แผ่นดินไหว พายุ อุทกภัย

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลกระทบต่อคนบางส่วน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของ ชีวิตที่สำคัญ เช่น การถูกออกจากงาน ความเจ็บป่วย การหย่าร้าง การคลอดบุตร การตายของ บุคคลใกล้ชิด ซึ่งความเครียดชนิดนี้อาจก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ

3. ความยุ่งยากประจำวัน (Daily hassle) เป็นเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลง เล็กๆ น้อยๆ ของชีวิต ซึ่งเป็นตัวก่อความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การจราจร ติดขัดทำให้ไปทำงานสาย การโต้เถียงกับคู่สมรส เป็นความเครียดที่เป็นเรื่องเล็กน้อย แต่สามารถ รบกวนหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ได้

Sheridan และ Radmacher (1992: 149-150) แบ่งความเครียดเป็น 3 ประเภท เหมือนกับ Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งไว้ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ (Cataclysmic stressor) เป็น เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนจำนวนมากหรือชุมชนทั้งหมดในเวลาเดียวกัน ไม่สามารถทำนายได้ ทำให้

เกิดผลกระทบที่อานุภาพหรือมีอำนาจมากและต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เช่น ภัยธรรมชาติ สงคราม การถูกให้ออกจากงานพร้อมกันจำนวนมาก ซึ่งการช่วยเหลือของรัฐบาล ประชาคมหรือชุมชนจะทำให้การจัดการความเครียดชนิดนี้มีผลดีได้

2. ความเครียดส่วนบุคคล (Personal stressor) เป็นความเครียดที่มีผลกระทบต่อเฉพาะบุคคล อาจไม่สามารถทำนายได้ หรือทำนายได้แต่ทำให้เกิดผลกระทบที่อานุภาพมาก และต้องการการจัดการที่มีคุณภาพ เป็นความเครียดที่จัดการได้ยากกว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ เพราะขาดการสนับสนุน

3. พื้นฐานของความเครียด (Background stressor) เป็นความยุ่งยากที่เกิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นได้บ่อย หรือเป็นปัญหาที่รบกวนและทำให้ความลำบากหรือทำให้บุคคลเกิดความทุกข์

Belmont (2000: 379) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความคับข้องใจหรือไม่สมหวัง (Frustration) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการได้ หรือเป้าหมายของบุคคลถูกทำลายหรือถูกขัดขวาง

2. ความขัดแย้ง (Conflict) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับตัวกระตุ้นหรือพฤติกรรมที่ไปด้วยกันไม่ได้หรือไม่ลงรอยกันตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งความเครียดประเภทนี้อาจทำให้บุคคลต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ดึงดูดใจหรือต้องการ 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกลงบาสเก็ตบอลหรือวอลเลย์บอล ซึ่งเป็นกีฬาที่ชอบทั้ง 2 ชนิด หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ไม่ดึงดูดใจหรือไม่ต้องการทั้ง 2 เป้าหมาย เช่น ต้องเลือกรับประทานกล้วยเตี๋ยวหรือต้มยำ ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ชอบ หรือต้องเลือกระหว่างเป้าหมายที่ต้องการและไม่ต้องการร่วมกัน เช่น ต้องเลือกระหว่างการได้รับเงินเดือนเพิ่มขึ้นแต่ต้องย้ายสาขาไปทำงานไกลกว่าเดิม

3. การเปลี่ยนแปลง (Change) เป็นความผันแปรที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในสภาพแวดล้อมของการดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องการการปรับตัว เช่น การเริ่มเข้าเรียนหรือย้ายโรงเรียนใหม่ การตายของคู่สมรส การแต่งงาน

4. ความกดดัน (Pressure) เป็นความคาดหวังหรือความต้องการที่ต้องทำให้สำเร็จ เช่น พนักงานขายเกิดความกดดันเนื่องจากต้องพยายามเพิ่มยอดการขายสินค้า

Elliott และ Eisdorfer (1982 cited in cited in Pryor, 2002: 163) แบ่งความเครียดเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ความเครียดแบบเฉียบพลัน (Acute stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะเวลาที่จำกัดเป็นเวลาสั้นๆ เช่น การรอผลการตรวจโรค การรอการผ่าตัด

2. ลำดับความเครียด (Stressor sequenes) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นแต่เกิดขึ้นซ้ำได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้ตนเองเกิดความปลอดภัยต่อความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การเกิดการเจ็บป่วยซ้ำจากภาวะอัมพาตครึ่งซีก

3. ความเครียดแบบเรื้อรังชั่วคราว (Chronic intermittent stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานแต่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือเกิดขึ้นเป็นช่วงในเวลานั้นๆ เช่น การล้างไตของผู้ป่วยไตวายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยอื่น

4. ความเครียดแบบเรื้อรัง (Chronic stressor) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ ต่อเนื่องและไม่สิ้นสุด หรือเกิดเป็นเวลานานอย่างถาวร เช่น ความเครียดของพ่อแม่เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรค spina bifida และรูปแบบของความเครียดประเภทนี้ ได้แก่ ภาวะคุกคาม ความต้องการ ความซับซ้อน ความไม่แน่นอน ความขัดแย้ง มีทางเลือกน้อย ค่าตอบแทนน้อย ถูกตัดหรือไม่ได้รับแหล่งสนับสนุน

2.3 การตอบสนองต่อความเครียด

Lazarus and Folkman (1984: 99-101) กล่าวว่า ความเครียดทำให้เกิดการตอบสนองที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) ซึ่งจะสะท้อนระยะเวลาของการตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมี 3 ชั้น ได้แก่

1. สัญญาณเตือน (The initial alarm reaction) เป็นขั้นที่ประกอบด้วย 1) ระยะเวลาช็อค (Shock phase) ซึ่งแสดงถึงผลขั้นแรกและผลที่เกิดโดยตรงทันทีภายหลังจากเกิดอันตรายต่อบุคคล และ 2) ระยะเวลาโต้ตอบหรือการต้านภาวะช็อค (Countershock phase) ซึ่งแสดงถึงผลของกลไกการป้องกันที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. ขัดขวางหรือต่อสู้ (Resistance) เป็นขั้นที่มีการเพิ่มความต้านทานต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดและลดความต้านทานต่อตัวกระตุ้นอื่นๆ

3. ความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง (Exhaustion) เป็นขั้นที่มีการเผชิญต่อความเครียดที่รุนแรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง มีผลต่อการเกิดโรคที่เรียกว่า (Diseases of adaptation) ซึ่งในที่สุดจะทำให้เสียชีวิตได้ในระยะต่อมา

Sheridan และ Radmacher (1992: 153-156) แบ่งการตอบสนองต่อความเครียดเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ปฏิกริยาระยะสั้น (Short-term reaction) เป็นการตอบสนองเพียงชั่วคราวต่อความต้องการหรือข้อเรียกร้องของความเครียด พบได้มากในความเครียดประเภทการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่หรือความหายนะ เป็นความเครียดที่ไม่ได้ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความเสียหายตลอดไป แต่ถ้าหากมีแหล่งประโยชน์ในการจัดการไม่เพียงพอก็จะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานได้

ประกอบด้วย สัญญาณเตือน การขัดขวางหรือต่อสู้ และความอ่อนเพลียหรือหมดกำลัง ซึ่งเป็น การตอบสนองของกลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ตามแนวคิดความเครียดของ Selye

2. ผลกระทบระยะยาว (Long-term impact) ได้แก่

ก. เกิดผลดี (Eustress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านบวก เช่น การอ่านหนังสือทำให้เกิดความเครียด แต่เมื่อมีทักษะการอ่านที่ดีจะทำให้บุคคลได้รับประสบการณ์ จากการอ่าน ซึ่งเป็นผลกระทบด้านบวก

ข. เกิดความทุกข์ทรมาน (Distress) เป็นการตอบสนองที่ทำให้เกิดผลกระทบ ด้านลบ ซึ่งการมีความทุกข์ทรมานเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางกายและใจ

ค. เป็นกลาง (Neutral effect) เป็นการตอบสนองที่ไม่ทำให้เกิดผลกระทบ ใดๆ ต่อบุคคล เนื่องจากข้อเรียกร้องหรือความต้องการของตัวก่อความเครียดมีน้อย หรือมีแหล่ง ประโยชน์เพียงพอ

Belmont (2000:383-390) กล่าวว่า การตอบสนองต่อความเครียดเป็นกระบวนการที่ ซับซ้อนและหลายมิติ ประกอบด้วย

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เป็นการตอบสนองที่พบ มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพอใจ และรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่ พบมากที่สุด ได้แก่

ก. ความรำคาญ โกรธและเดือดดาล (Annoyance, anger, and rage) เป็น การตอบสนองด้านความโกรธที่เริ่มจากน้อยไปหามากจนไม่สามารถควบคุมได้ และพบว่า ความเครียดประเภทความคับข้องใจหรือไม่สมหวังจะทำให้เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้ง่าย

ข. ความหวาดหวั่น วิตกกังวลและกลัว (Apprehension, anxiety, and fear) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่พบมากที่สุด และพบว่าความเครียดประเภทความขัดแย้งจะทำให้ เกิดการตอบสนองด้านนี้ได้มาก

ค. การละทิ้ง เศร้าและสลดใจ (Dejection, sadness, and grief)

2. การตอบสนองด้านร่างกาย (Physical response) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้าน สรีรวิทยาภายหลังการเกิดความเครียด แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

ก. กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป ซึ่งอธิบายตามแนวคิด Selye (1936, 1956, 1982 cited in Belmont, 2000: 385-386) มี 3 ระยะ คือ

(1) สัญญาณเตือน จะเกิดขึ้นเมื่ออวัยวะต่างๆ เริ่มได้รับสิ่งคุกคาม ทำให้ ร่างกายมีการรวบรวมแหล่งประโยชน์เพื่อต่อสู้กับสิ่งคุกคามนั้น

(2) ขัดขวางหรือต่อสู้ เป็นความต้านทานที่จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเคียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นภาวะต่ำหรือสูงกว่าปกติ

(3) ซ่อนเพี้ยหรือหมดกำลัง จะเกิดเมื่อร่างกายเกิดความเครียดอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ร่างกายไม่สามารถต้านทานได้ เนื่องจากร่างกายไม่มีแหล่งประโยชน์ การกระตุ้นด้านสรีรวิทยาและความต้านลดลง อวัยวะเกิดการทรุดตัวหรือล้มเจ็บ เรียกว่า โรคของการปรับตัว

ข. สมอกับร่างกาย (Brain-body pathways) โดยเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นต่อมใต้สมอง (Hypothalamus) ซึ่งอยู่ในระบบประสาทอัตโนมัติ จะส่งสัญญาณไปที่ระบบต่อมไร้ท่อ คือ ต่อมแอดรีนอลส่วนกลาง (Adrenal medulla) ทำให้มีการหลั่งแคทีโคลามีนเข้าไปในกระแสเลือด ส่งผลต่อการเพิ่มการตอบสนองด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด การหายใจ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ นอกจากนี้ต่อมใต้สมองยังส่งสัญญาณไปที่ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเอซีทีเอช (ACTH) ไปกระตุ้นต่อมแอดรีนอลส่วนนอก (Adrenal cortex) ให้มีการหลั่งคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ส่งผลต่อการเพิ่มการรวมตัวของโปรตีนและไขมัน การเก็บสะสมพลังงานและลดการอักเสบ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral response) เป็นการตอบสนองต่อความเครียดด้านการกระทำ ได้แก่

ก. อาละวาดใส่คนอื่น (Striking out at others) เป็นพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงที่บุคคลกระทำต่อคนอื่น ซึ่งอาจจะด้วยวาจาหรือทำร้ายร่างกาย

ข. ยอมแพ้หรือปล่อยตัว (Giving up) เป็นการตอบสนองที่มักเกิดจากการตอบสนองทางอารมณ์แบบการละทิ้ง เศร้าและสลดใจ ซึ่ง Seligman ได้พัฒนาโมเดลกลุ่มอาการยอมแพ้หรือปล่อยตัว จากความรู้สึกหมดหนทางหรือหมดความช่วยเหลือ (Helplessness) พบว่าคนจะมีความรู้สึกหมดหนทางเมื่อมีการประเมินและเชื่อว่าเหตุการณ์นั้นยากที่จะควบคุมได้

ค. ทำตามใจตนเอง (Indulging oneself) เป็นการแสดงออกแบบการปรับทดแทนเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกว่าการณ์นั้นจะทำให้เกิดความเลวร้ายต่อชีวิตตนเอง ด้วยการแสดงพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดี เช่น การกิน การดื่ม การสูบบุหรี่ การใช้จ่าย การใช้จ่ายเงินอย่างฟุ่มเฟือย เป็นต้น

ง. การเผชิญความเครียดด้วยการป้องกันตัว (Defensive coping) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเพื่อป้องกันตนเองจากอารมณ์ด้านลบ ซึ่งการใช้กลไกการป้องกันตัวอาจช่วยส่งเสริมการปรับตัวได้เล็กน้อยหรือทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ไม่ดี เช่น การระงับความรู้สึก การคิดเพ้อฝัน ฟุ้งซ่านหรือปฏิเสธ เพราะจะทำให้บุคคลไม่ได้แก้ปัญหาที่แท้จริง แต่บางชนิดเป็นการปรับตัวที่ดีหรือมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลจัดการกับความยุ่งยากในชีวิตได้

จ. การเผชิญความเครียดในเชิงก่อ (Constructive coping) เป็นสิ่งที่บุคคลทำเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วยสาระ (Theme) ที่สำคัญ คือ

- (1) การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นการกระทำหรือความพยายามที่จะแก้ปัญหา
- (2) เป็นการกระทำที่ต้องใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการประเมินความเครียดและแหล่งประโยชน์ การเผชิญความเครียด
- (3) เป็นการกระทำในการเรียนรู้และจดจำ และบางครั้งเป็นการยับยั้งปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบ
- (4) เป็นความพยายามที่จะประกันหรือทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองจะไม่เกิดอันตรายหรือถูกทำลายจากผลของความเครียด

2.4 แหล่งประโยชน์ในการต้านความเครียด

Sheridan และ Radmacher (1992: 151-153) แบ่งแหล่งประโยชน์ในการต้านความเครียด ไว้ดังนี้

1. แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ (Material resource) ได้แก่ เงิน และทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถซื้อได้ เช่น อาหาร เสื้อผ้า เครื่องใช้ไฟฟ้า เป็นต้น
2. แหล่งประโยชน์ด้านสรีระ (Physical resource) ต้องเป็นคุณลักษณะด้านบวกของบุคคล ได้แก่ ความมีอำนาจ ความมั่นคง ความแข็งแรง สุขภาพและความตั้งใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายหรือทำให้มีสุขภาพที่ดี ช่วยให้สามารถใช้การจัดการกับความเครียดที่เป็นประโยชน์ และทำให้บุคคลสามารถสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมได้
3. แหล่งประโยชน์ภายในบุคคล (Intrapersonal resource) เป็นความแข็งแรงหรืออำนาจภายใน ที่ช่วยให้บุคคลจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตได้ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถต่อสู้หรือเอาชนะสิ่งคุกคามได้
4. แหล่งประโยชน์ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Informational and educational resource) เนื่องจากความรู้เป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้บุคคลเข้าใจกระบวนการต่างๆ รวมทั้งเป็นแหล่งที่ช่วยให้รายได้ของบุคคลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุเพิ่มขึ้น
5. แหล่งประโยชน์ด้านวัฒนธรรม (Cultural resource) เช่น ความมีอำนาจในตน ซึ่ง Antonovsky (1987 cited in Sheridan and Radmacher, 1992: 152) เชื่อว่ามีบทบาทสำคัญในการทำให้บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้

2.5 เครื่องมือประเมินความเครียด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่าเครื่องมือประเมินความเครียด มีดังนี้

2.5.1 แบบวัดการประมาณค่าการปรับตัวทางสังคม (The Social Readjustment Rating Scale: SRRS) ที่ Holmes และ Rahe (1967 cited in Sheridan and Radmacher, 1992: 149, Taylor, 1995: 237, Belmont, 2000: 382-383) เป็นแบบวัดรูปแบบ (Form) ความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลักของชีวิต จำนวน 43 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบตรวจสอบรายการ หรือให้เลือกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งส่วนใหญ่จะถามในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยมีการกำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงแต่ละชนิดไว้ตามความสำคัญ แปลผลจากคะแนนรวมทั้งหมด เป็นดัชนีบ่งชี้ความเครียดที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลง คะแนนที่มากหมายถึงมีความเครียดระดับสูง มีนักวิจัยนำเครื่องมือนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางทั่วโลก แต่ยังมีผู้ให้ความเห็นว่าข้อคำถามการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านลบ รวมทั้งไม่มีการประเมินแหล่งประโยชน์ในด้านทานหรือต่อสู้กับความเครียดร่วมด้วย ไม่มีการประเมินความต้องการที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคคล เพราะบางคนอาจเลือกที่จะให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น เช่น การแต่งงาน และข้อคำถามหรือการเปลี่ยนแปลงบางอย่างมีความรุนแรงของความเครียดมากน้อยต่างกัน เช่น การบาดเจ็บหรือความเจ็บป่วย เพราะบางคนอาจเจ็บป่วยรุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะที่บางคนอาจเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น เป็นหวัด หรือบุคคลอาจประเมินความเครียดแตกต่างกัน เช่น บางคนประเมินเป็นสิ่งที่ไม่เกิดผลดีต่อตนเองมากกว่า ขณะที่บางคนอาจประเมินเป็นทำลาย

2.5.2 แบบประเมินความกดดัน (The Pressure Inventory) พัฒนาโดย Weiten และ Dixon (1984, 1988 cited in Belmont, 2000: 383) ใช้วัดความกดดันจากการทำงานและโรงเรียน ความกดดันจากความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติและความสัมพันธ์ในทางคู่สาว มีจำนวน 48 ข้อ และจากการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ พบว่า ความกดดันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางใจมากกว่า แบบวัดการประมาณค่าการปรับตัวทางสังคม

2.5.3 แบบวัดความยุ่งยากประจำวัน (The Hassle Scale) ซึ่งเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค. ศ. 1977 โดย Lazarus และคณะ (1977, 1980, 1981 cited in Taylor, 1995: 241-246) ใช้วัดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ให้ประเมินระดับความรุนแรงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า จากก่อให้เกิดความรำคาญ ให้ 1 คะแนน ไปจนถึงก่อให้เกิดความกดดันหรือเป็นปัญหายุ่งยากอย่างมาก ให้ 3 คะแนน ซึ่งหากมีคะแนนความยุ่งยากสูงแสดงถึงการมีความเครียดในระดับสูง

3. แนวคิดการประเมิน

การประเมินเป็นแนวคิดที่มีความจำเป็นในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984: 22) เนื่องจากแม้บุคคลจะมีความต้องการและความกดดันซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเหมือนกัน แต่ชนิดและระดับของปฏิกิริยาการตอบสนองจะแตกต่างกันตามการตีความของแต่ละบุคคล

3.1 ความหมาย

การประเมิน (Appraisal) ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา (cognitive process) ที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่ามีอะไรเกิดขึ้นต่อความผาสุกของตน ซึ่งมีความสำคัญในกระบวนการความเครียดและการเผชิญความเครียด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล โดยบุคคลต้องแยกแยะสถานการณ์ที่ดีและสถานการณ์ที่เป็นอันตรายได้ และการประเมินจะมีต่อผลการจัดการปัญหา

3.2 ประเภทของการประเมิน

Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งการประเมินเป็น 3 ประเภท ดังนี้

3.2.1 การประเมินปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเกิดอะไรขึ้น และเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญและความรุนแรงต่อความผาสุกของตนอย่างไร ซึ่งจะประเมินได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

3.2.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าตนเองไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น หรือเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับความผาสุกของตน

3.2.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (Benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางดีต่อความผาสุกของตนเอง เกิดขวัญและกำลังใจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต และไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์ หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

3.2.1.3 เกิดความเครียด (Stress) คือ การที่บุคคลพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินความเครียดสามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

ก. อันตรายหรือสูญเสีย (Harm or loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดความเสียหายขึ้นจริงแล้วกับตนเอง และตนไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้

ข. ความคุกคาม (Threat) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่เป็นสิ่งที่รบกวนความคิดของตนเองตลอดเวลา เนื่องจากคาดว่าความเสียหายจะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต แต่ยังไม่ได้เกิดขึ้นจริง และตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้น้อย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านลบได้

ค. ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่นั้น จะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์หรือมีการพัฒนา (gain or growth) และคาดว่าตนเองต้องเอาชนะสถานการณ์นั้นได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ด้านบวกได้

3.2.2 การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อน เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และวิธีการเผชิญความเครียดที่เคยทำมาแล้ว

3.2.3 การประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล ที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลใหม่หรือได้ข้อมูลเพิ่มเติม โดยอาจจะให้ความหมายเหตุการณ์ใหม่หรือการติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว เพื่อลดความเครียดลง

3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประเมิน

Lazarus และ Folkman (1984: 53-116) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินไว้ดังนี้

3.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

3.3.1.1 ความยึดมั่นผูกพัน (Commitments) คือ การมีความหมายหรือความสำคัญของเหตุการณ์ต่อบุคคล ซึ่งถ้าเหตุการณ์นั้นมีความสำคัญต่อบุคคลมาก จะทำให้ประเมินว่าเป็นความเครียดได้

3.3.1.2 ความเชื่อ (Beliefs) คือ ความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ซึ่งถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ ก็จะทำให้บุคคลประเมินความเครียดนั้นว่าเป็นความท้าทายได้

3.3.2 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situation factors) ได้แก่

3.3.2.1 ความแปลกใหม่ (Novelty) คือ เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นเคยพบหรือไม่เคยพบมาก่อน ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยหรือเคยพบมาก่อน ก็จะทำให้บุคคลเกิดความเคยชินหรือรู้สึกคุ้นเคย หรือถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลเคยประเมินว่าเป็นอันตราย หรือคุกคามมาก่อน ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามได้ และ

ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลเคยประเมินว่าตนสามารถควบคุมได้ ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นความท้าทายได้

3.3.2.2 การทำนายได้ (Predictability) คือ ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นสามารถคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือการดำเนินของเหตุการณ์ได้ หรือเป็นสัญญาณเตือนว่าอันตรายจะเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งจะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นความท้าทายได้

3.3.2.3 ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ (Event uncertainty) คือ ถ้าเหตุการณ์มีความไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆ ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและความคุกคามได้

3.3.2.4 ความคลุมเครือ (Ambiguity) คือ ถ้าเป็นสถานการณ์ที่ไม่ชัดเจนและไม่ทราบสาเหตุ เนื่องจากขาดประสบการณ์และข้อมูลที่เหมาะสม ก็จะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียและความคุกคามได้

3.3.2.5 ปัจจัยเกี่ยวกับเวลา (Temporal factors) ได้แก่

ก. ระยะเวลาก่อนที่เหตุการณ์จะเกิดขึ้น (Imminence) คือ บุคคลจะมีการประเมินว่าตนเองมีเวลาที่เพียงพอในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้และคำแนะนำอย่างรอบคอบก่อนที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งการมีเวลาที่เพียงพอก็จะส่งผลต่อการประเมินตัดสินใจที่ดี

ข. ระยะเวลาระหว่างที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น (Duration) คือ ถ้าเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดที่เรื้อรังหรือเกิดขึ้นเป็นเวลานานและคงอยู่ตลอด ก็จะทำให้มีผลกระทบต่อความผาสุกทั้งทางกายและทางใจที่ลดลง

ค. ความไม่แน่นอนของเวลา (Temporal uncertainty) คือ การที่บุคคลไม่สามารถรู้ได้แน่นอนว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อไร

3.4 เครื่องมือประเมินการประเมิน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีดังนี้

3.4.1 แบบวัดการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต ของสุนิสา มหาสิทธิวัฒน์ (2538) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคไต ประกอบด้วยการประเมินตัดสินใจ 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม ทำหาย และเป็นผลดี และนำมาแบ่งการประเมินตัดสินใจเป็น 2 หมวด คือ การประเมินว่าเป็นสิ่งที่ทำหายหรือให้ผลในทางที่ดี และการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม มีจำนวน 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิ์ท์ 5 ระดับ จากไม่ตรงกับความรู้สึกนั้นเลย ให้ 0 คะแนน ไปจนถึง ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด ให้ 4 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนของแต่ละหมวด

มาเปรียบเทียบกัน หากหมวดใดมากหมายถึงมีการประเมินเป็นด้านนั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman และผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไต และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคไต จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .89 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริงร่วมกับกลุ่มที่ทดลองใช้เครื่องมือ รวมจำนวน 45 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

3.4.2 แบบวัดการประเมินค่าทางปัญญาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของ สุขุมาล ด้อยแก้ว (2540) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยการประเมินค่าทางปัญญา 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุณคาม ทำหาย และเกิดผลดีต่อตนเอง มีจำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน คะแนนการประเมินค่าทางปัญญาลักษณะใดมาก แสดงว่ามีการประเมินค่าทางปัญญาเป็นลักษณะนั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .81

3.4.3 แบบสอบถามการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง ของสมจิตร สุทชนะ (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุณคาม ทำหาย และเกิดผลดี มีจำนวน 18 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเนียร์ อะนาล็อกสเกล (Linear Analog Scale) มีความยาว 100 มิลลิเมตร มีค่าตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ไปจนถึง 100 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยลักษณะใดสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการประเมินค่าสถานการณ์ในลักษณะนั้น ซึ่งคะแนนสูงสุดจะมีได้เพียงลักษณะเดียวเท่านั้น และจะแบ่งคนที่มีการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูงออกเป็น 4 กลุ่มตามลักษณะการประเมิน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ตามลักษณะการประเมินค่าภาวะความดันโลหิตสูง 4 ลักษณะ คือ อันตราย/สูญเสีย คุณคาม ทำหาย และเกิดผลดี ได้เท่ากับ .80, .81, .77 และ .72 ตามลำดับ

3.4.4 แบบวัดการประเมินความเครียด (The Stress Appraisal Measure) ของ Peacock และ Wong (1990 cited in Stewart et al., 1997: 154) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ประกอบด้วยการประเมินปฐมภูมิและการประเมินเหตุยภูมิ โดย

การประเมินปฏิสัมพันธ์เป็นการประเมินความสำคัญของสถานการณ์ต่อความผาสุกของบุคคล ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ คุกคาม ทำทนายและปานกลาง/สำคัญ (centrality/importance) และการประเมินพฤติกรรมเป็นการประเมินค่ากลยุทธ์ที่จะใช้จัดการกับสถานการณ์นั้น หรือประเมินความสามารถในการควบคุมสถานการณ์นั้น ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ควบคุมได้ด้วยตนเอง ควบคุมได้โดยคนอื่น และควบคุมไม่ได้ มีจำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 6 คะแนน แปลผลคะแนนแยกเป็นรายด้าน Peacock และ Wong ทำการทดสอบตรงด้วยการหาค่าความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ (Criterion-related validity) ทั้งความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) และความตรงเชิงพยากรณ์ (Predictive validity) หาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis method) และทดสอบความเที่ยงด้วยการหาความคงที่ภายใน (Internal consistency method) ได้ค่าอัลฟาของแต่ละข้อคำถามอยู่ในช่วง .51-.90 Stewart และคณะได้นำมาเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

3.4.5 ดัชนีการประเมินความเครียด (The Stress Appraisal Index) ของ Moore (1991 cited in Tipaporn Wonghongkul et al., 1999: 205) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุกคามและทำทนาย เป็นมาตรวัดลักษณะแบบเส้นตรง (Visual analog scale: VAS) มีความยาว 100 มิลลิเมตร ให้ประเมินระดับการประเมินความเครียด และมีคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการประเมินทั้ง 3 ด้าน Tipaporn Wonghongkul และคณะนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

3.4.6 แบบสอบถามการประเมินปฏิสัมพันธ์ ของ Folkman และคณะ (1986a: 994, 1986b: 574) ที่นำมาจากส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความเครียด (Stress Questionnaire) ซึ่ง Lazarus และ Folkman สร้างขึ้นเมื่อ ปี ค. ศ. 1980 จากการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดและการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็นการประเมิน 2 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย และคุกคามทั้งต่อตนเองและบุคคลใกล้ชิด มีจำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ผ่านการทดสอบความตรงด้วยการหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ และทดสอบความเที่ยงในกลุ่มคนที่อยู่ในสถานภาพสมรสและมีบุตรอย่างน้อย 1 คน จำนวน 150 คน 5 ครั้ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเฉลี่ยแต่ละด้าน เท่ากับ .78 และ .76 ตามลำดับ หลังจากนั้น Landreville และ Vezina (1994) นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .65 และ .78 ตามลำดับ

3.4.7 แบบสัมภาษณ์การประเมินค่าทางปัญญาที่มาของความเครียด (Cognitively appraise sources of stress) ของ Campbell และ Jones (2002) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman แบ่งเป็นการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อันตราย/สูญเสีย คุณค่า และทำลาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ให้ประเมินระดับการประเมินความเครียด 3 ด้าน ความสามารถในการควบคุม ความรุนแรง และความถี่ของการเกิดความเครียดนั้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้กับนักกีฬาบาสเกตบอลคนพิการเพศชายที่ใช้เก้าอี้รถเข็น แต่ไม่ได้รายงานค่าความตรงและความเที่ยงไว้

ในการวิจัยนี้ ใช้แบบวัดการประเมินความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เนื่องจากในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่า เครื่องมือวัดการประเมินความเครียดที่มีอยู่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ และเป็นเครื่องมือที่ไม่ตรงกับโครงสร้าง (construct) การประเมินความเครียดในงานวิจัยนี้

4. แนวคิดการเผชิญความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984: 117) กล่าวว่า แนวคิดการเผชิญความเครียดมีความสำคัญต่อศาสตร์ด้านจิตวิทยาามาตั้งแต่ประมาณปี ค. ศ. 1940 และปัจจุบันจะสนใจการสร้างโปรแกรมการศึกษาและการบำบัดทางจิต ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด แต่พบว่าความเข้าใจ งานวิจัยและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดยังมีน้อยมาก รวมทั้งยังมีความสับสนว่าการเผชิญความเครียดเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัวอย่างไร

4.1 ความหมาย

การเผชิญความเครียด (Coping) หมายถึง ความพยายามด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive) และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความเครียดหรือความต้องการหรือข้อเรียกร้องภายในและภายนอกที่มีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Lazarus and Folman, 1984: 141)

4.2 ประเภทของการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท และโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล โดยการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภท ได้แก่

4.2.1 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่า สามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ โดยการมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญาเพื่อพัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ โดยการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

4.2.1.1 การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมโดยตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นใจทางจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการในที่สุด

4.2.1.2 การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดยพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ต่างๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างมีขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

4.2.2 การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Forms of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งออกได้ 6 ชนิด ได้แก่

4.2.2.1 การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในการที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญความเครียดในทางที่พัฒนามากว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

4.2.2.2 การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุด รวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

4.2.2.3 การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอของอารมณ์หรือเป็นการฟังตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าคุณสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

4.2.2.4 การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุหรือด้านจิตใจ

4.2.2.5 การถอยห่างหรือการเว้นระยะ (Distancing) เป็นความพยายามทางความคิดที่ให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

4.2.2.6 การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วขณะ เช่น การพักผ่อน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

4.3 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

Lazarus และ Folkman (1984: 157-164) กล่าวว่า แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่

4.3.1 สุขภาพและพลังงาน (Health and energy) โดยผู้ที่มีความผาสุกทางกาย หรือมีสุขภาพดีและมีพลังงานมากจะสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่อ่อนแอ เจ็บป่วย เหนื่อยล้าหรืออื่นๆ ที่ทำให้บุคคลมีพลังงานน้อย

4.3.2 ความเชื่อด้านบวก (Positive beliefs) เป็นความหวังว่าจะสามารถควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์ได้ ซึ่งอาจเกิดจากอำนาจที่มีผลต่อผลลัพธ์ เช่น บุคคล หรือเป็นความเชื่อด้านบวกเกี่ยวกับความถูกต้องเหมาะสม ความสมัครใจและพระเจ้า

4.3.3 ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) เป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยมีจุดประสงค์ในการระบุปัญหา เพื่อที่จะทำให้เกิดทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกของการกระทำ พิจารณาทางเลือกที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหมายหรือต้องการ และการเลือกรวมทั้งการดำเนินการวางแผนการกระทำที่เหมาะสม

4.3.4 ทักษะทางสังคม (Social skills) เป็นความสามารถในการประพัตตัวและการสื่อสารกับบุคคลอื่นด้วยวิธีที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้

4.3.5 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและ/หรือวัตถุสิ่งของ จากบุคคลอื่น

4.3.6 ทรัพยากรวัตถุ (Material resources) หมายถึง เงินหรือสิ่งของและบริการที่สามารถซื้อหาได้ด้วยเงิน

4.4 เครื่องมือประเมินวิธีการเผชิญความเครียด

มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิธีการเผชิญความเครียดไว้มากมาย ดังนี้

4.4.1 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของ Lazarus และ Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค. ศ. 1976-1977 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่างและ 6) การเลียงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลย ให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำ ให้ 3 คะแนน มีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง .3-.7 โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .3 อยู่ 2 ข้อ (.25 และ .28) และค่าสูงกว่า .7 อยู่ 4 ข้อ (.71-.79) (Folkman, et al., 1986b: 994-996) และผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธี เท่ากับ .70, .68, .79, .66, .70, .76, .61 และ .72 ตามลำดับ (Folkman, et al., 1986a: 574, 1986b: 994-996) และในปี ค. ศ. 1988 Lazarus และ Folkman ปรับแบบสอบถามให้เหลือเพียง 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อคำถามจากแบบสอบถามฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัย แล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญความเครียด 8 วิธีอยู่ในช่วง .47-.74 (Lazarus and Folkman, 1988: 468)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณระพงษ์ (2539) นำมาแปลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี จำนวน 1 ท่าน แปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และได้ทดสอบความเที่ยง โดยการนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 หลังจากนั้นปองลดาทพรหมจันทร์ (2542) นำมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90

4.4.2 แบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (Jalowiec coping scales) ซึ่ง Jalowiec, Murphy และ Powers (1984) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อ ค. ศ. 1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Launier เพื่อวัดวิธีการเผชิญ

ความเครียดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง Jalowiec และ Powers นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค. ศ. 1981 แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด ต่อมาในปี ค. ศ. 1984 Jalowiec, Murphy และ Powers พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ยังไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง และในปี ค. ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยการเลือกรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลงเหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ส่วน 4 ข้อที่ตัดออก เนื่องจากไม่จัดอยู่ใน การเผชิญความเครียดแบบใด

เครื่องมือนี้ผ่านการทดสอบความตรงด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา ก่อนปี ค. ศ. 1979 ด้วยวิธีระบบการพัฒนาเครื่องมือ โดยการเลือกข้อคำถามที่ส่วนใหญ่มีคนนำไปใช้มากและพฤติกรรม การเผชิญความเครียดที่แตกต่างหรือตรงข้ามกับที่มีอยู่ในข้อคำถามเดิม นอกจากนี้ยังมีการหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า 80% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 56% อยู่ในปัจจัยที่ 2 มี ข้อที่ซ้ำซ้อนอยู่ทั้ง 2 ปัจจัย 1 ข้อ และ ไม่ได้อยู่ใน 2 ปัจจัยนี้ 5 ข้อ แสดงให้เห็นว่าการเผชิญความเครียดมีองค์ประกอบรายด้านมากกว่า 2 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Lazarus Folkman ที่ทำการวิเคราะห์ปัจจัยกับแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า 78% อยู่ในปัจจัยที่ 1 และ 68% อยู่ในปัจจัยที่ 2 ทำให้ Jalowiec พัฒนาเครื่องมือจนมีการแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 แบบดังกล่าวข้างต้น

ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบความคงที่ (stability) โดย Jalowiec, Murphy และ Powers (1984: 158) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 28 ราย วัดห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman-rank correlation) โดยรวม .79 รายด้านการเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา .85 และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ .86 การหาความคงที่ภายในกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน และประชาชนทั่วไป จำนวน 141 ราย โดย Jalowiec และ Powers ในปี ค. ศ. 1981 หาความคงที่ภายในกับผู้ป่วยล้างไต โดย Baldree, Murphy, Powers และ Swanson ในปี ค. ศ. 1982 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .86 และในปี ค. ศ. 1982 Murphy หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคซ้ำในผู้ป่วยล้างไต 150 ราย ได้ .85 และพบว่าค่าความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับการเผชิญ

ความเครียดโดยรวม เท่ากับ .83 ส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์กับการเผชิญความเครียดโดยรวม เท่ากับ .86 สอดคล้องกับ Baldree และคณะที่พบว่าค่าความสัมพันธ์รายด้านกับโดยรวม ได้ .77 และ .82 ตามลำดับ และจากการหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่กล่าวมาข้างต้น Jalowiec, Murphy และ Powers (1984: 158-159) พบว่า ค่าความเที่ยงมาตรฐาน (Reliability standard) ที่ได้ไม่ต่ำกว่า .70

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowiec มาแปลและนำมาใช้หลายคน เช่น หทัยรัตน์ จรัสอุไรสิน (2538) ที่นำมาแปลและดัดแปลง หลังจากนั้น สุขุมาล ต้อยแก้ว (2540) นำมาปรับข้อความเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น มีข้อความจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ไปจนถึงบ่อยที่สุด ให้ 5 คะแนน ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .72 นอกจากนี้ปราณี มิ่งขวัญ (2542) นำมาแปลโดยวิธีการแปลภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยแล้วแปลภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน แต่ไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความเที่ยง ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .86

4.4.3 แบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด (Coping Strategies Questionnaire: CSQ) สร้างขึ้นโดย Rosenstiel และ Keefe (1983 cited in Wegmann, 1992: 128; Thompson, 1992: 436) ในปี ค. ศ. 1983 ใช้วัดกลไกการเผชิญความเจ็บปวดของผู้ปวดหลัง แบ่งเป็นกลยุทธ์การเผชิญความเครียดทางปัญญาและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านพฤติกรรม เมื่อ ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ไปจนถึง 6 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบ่อยที่สุด Rosenstiel และ Keefe ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อความ (Items intercorrelation) .71 เครื่องมือนี้นิยมใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง และมีการปรับใช้ในผู้ป่วยโรคเลือดชนิด sickle cell โดย Gil และคณะ (1989 cited in Thompson, 1992: 436) ซึ่งเพิ่มการเผชิญความเครียดอีกด้านหนึ่ง คือ กลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านสรีรวิทยา Gil และคณะทดสอบความเที่ยง พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .69 - .91 และได้ทำการทดสอบตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ทำให้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้านคือ ความพยายามในการขจัดความเครียด (Coping Attempts) และการใช้ความคิดในทางลบหรือการจัดการกับความเครียดทางอ้อมหรือการนิ่งเฉย (Negative Thinking/ Passive

Adherence) และทดสอบความตรงรวมเข้า (Convergent Validity) กับแบบสอบถามกลยุทธ์การเผชิญความเครียด ของ Rosenstiel และ Keefe พบว่ามีความสัมพันธ์กัน

4.4.4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของ McNett (the McNett Coping Effectiveness Questionnaire: MCEQ) ซึ่ง McNett (1986: 100) กล่าวว่าแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นในปี ค. ศ. 1984 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคุณลักษณะของประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียด 14 ข้อ เช่น รู้สึกมีความสุข นอนหลับสนิทในเวลากลางคืน ให้ประเมินระดับของความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้น ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ นักศึกษาปริญญาตรี จำนวน 52 ราย และผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อเข็น จำนวน 50 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .89 และ .82 ตามลำดับ ซึ่งหลังจากการศึกษานำร่องนี้ McNett ได้พิจารณาตัดข้อคำถามออก 5 ข้อ และนำมาใช้กับผู้ทุพพลภาพที่ใช้เก้าอี้มีล้อเข็นอีก ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .90 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการทดสอบความตรงรวมเข้ากับคำถามที่ใช้ประเมินระดับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .68

นอกจากนี้ Wegmann (1992) ยังได้รวบรวมเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดไว้ อีก ดังแสดงต่อไปนี้

ชื่อเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด	การทดสอบความเที่ยง	การทดสอบความตรง	ประชากร
1. Two-part Coping Assessment Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
2. Parental Coping Scale	มี	มี	พ่อแม่
3. FILE	มี	มี	พ่อแม่
4. A-FILE	มี	มี	วัยรุ่นและพ่อแม่
5. F-COPES	มี	มี	ผู้ใหญ่
6. Richmond/Hopkins Family Coping Index	มี	ไม่มี	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
7. CPI	ไม่มี	ไม่มี	พ่อแม่
8. Health Attitude Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
9. Parent Attitudes of Chronic Illness	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
10. Chronicity Impact and Coping Instrument	มี	ไม่มี	พ่อแม่

ชื่อเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด	การทดสอบ ความเที่ยง	การทดสอบ ความตรง	ประชากร
11. Golstein Coper-Avoider Sentence Completion Test	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
12. Preoperative Coping Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
13. Coping Inventory	มี	ไม่มี	เด็กพิการ
14. Respiratory Illness Opinion Survey	มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่
15. Response to Illness Questionnaire	มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่ล่างไตรระยะยาว
16. Bedsworth and Molen Semistructured Interview	ไม่มี	ไม่มี	คู่สมรสของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย
17. Coping Strategy Scale	ไม่มี	ไม่มี	ผู้ใหญ่โรคเรื้อรัง
18. Cancer Inventory of Problem Situations	ไม่มี	มี	ผู้ใหญ่

ในการวิจัยนี้ ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ของ Lazarus และ Folkman ฉบับแปลโดย สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้ รวมทั้งสิริลักษณ์ได้ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา โดยให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยแปลฉบับภาษาไทย กลับเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามนี้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

5. แนวคิดการปรับตัว

Lazarus (1969 อ้างใน นิภา นิธยานน, 2530: 7-8) กล่าวว่า การปรับตัวมีกำเนิดมาจากวิชาชีววิทยา ตามทฤษฎีวิวัฒนาการของ Charles Darwin ซึ่งเชื่อว่า สิ่งมีชีวิตต้องอาศัยการปรับตัว อยู่ตลอดเวลาจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คนเราจึงต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอ และต้องหาทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและสังคมตลอดเวลา แต่บางครั้งมีอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้จึงเกิดความเครียด เป็นเหตุให้บุคคลพยายามหาวิธีการต่างๆ ในการจัดการความเครียดให้หมดไปด้วยการปรับตัว (กันยา สุวรรณแสง, 2533: 57) ต่อมา

นักจิตวิทยาได้ให้ความสนใจการปรับตัว โดยเน้นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์เกี่ยวกับการปรับตัว ให้เป็นไปตามแรงผลักดัน 2 อย่าง ได้แก่ แรงผลักดันภายนอก คือ ข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมและสังคม และแรงผลักดันภายใน คือ แรงกระตุ้นที่เกิดจากสภาพทางสรีระภายในร่างกาย และจากประสบการณ์ทางสังคมที่ได้เรียนรู้ในอดีต และในปัจจุบันการปรับตัวของศาสตร์ด้านจิตวิทยายังขยายขอบเขตไปถึงปัญหาความผิดปกติทางจิตใจ สภาวะทางกายและทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการปรับตัว รวมทั้งอิทธิพลของสภาวะทางกาย จิตและสังคมที่มีต่อกระบวนการปรับตัวของบุคคล (นิภา นิธยานน, 2530: 8-9)

5.1 ความหมาย

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและจากสิ่งที่เกิดขึ้น

5.2 ประเภทของการปรับตัว

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวประกอบด้วยผลลัพธ์พื้นฐาน 3 ชนิด ได้แก่

5.2.1 การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีหรือแบบในการดำรงบทบาทในสังคมตามความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่ ประวัติส่วนบุคคล ความเป็นอิสระ ความไว้วางใจ ความสนิทสนมหรือความรักใคร่ผูกพัน และคุณค่าทางวัฒนธรรม โดยการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคล ส่วนใหญ่มักจะกำหนดตัดสินใจได้ด้วยประสิทธิภาพในการประเมินและการจัดการหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล

5.2.2 ขวัญและกำลังใจ (Morale) หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่เกิดเนื่องจากการรับรู้หรือความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ของชีวิตในด้านการได้รับความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งอารมณ์ที่แสดงออกจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ โดยขวัญและกำลังใจจะประเมินได้จากอารมณ์ด้านบวกหรือด้านลบ ซึ่งหากบุคคลมีความสุข ความพึงพอใจ ความผาสุกและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ก็เกิดอารมณ์ด้านบวกได้ และขวัญและกำลังใจจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพในการเผชิญความเครียด ซึ่งแบ่งเป็น

5.2.2.1 ความผาสุกในระยะสั้น เป็นอารมณ์และความรู้สึกผาสุกชั่วขณะของบุคคลในการเผชิญสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยจะสะท้อนให้เห็นว่าบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายและมีความพึงพอใจในการกระทำของตนเองอย่างไร

5.2.2.2 ขวัญและกำลังใจในระยะยาว เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ขึ้นอยู่กับแนวโน้มในการประเมินสถานการณ์เป็นความท้าทาย การเผชิญกับผลลัพธ์ด้านลบโดยการกระทำทางบวก และการจัดการกับความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.3 สุขภาพทางกาย (Somatic health) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาหรือด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับความเครียด และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ประสานงานและควบคุมการทำงานของร่างกาย โดยแบ่งเป็น 1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (the General Adaptation Syndrome) ตามแนวคิดของ Selye ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เป็นกลไกการป้องกันที่เหมือนกันของบุคคล ด้วยการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ ในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความไวหรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้ และ 2) การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค โดยปัจจัยสำคัญของแนวคิดนี้ถูกค้นพบในศตวรรษที่ 19 เกี่ยวกับแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดนี้เชื่อว่าโรคไม่ได้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดีเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับข้อจำกัดหรือสภาพของคุณคน เช่น การยับยั้งหรือการต้านทานโฮสต์ แหล่งประโยชน์ในการต้านทานพฤติกรรมเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกระบวนการและสภาพที่ซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบทางอารมณ์ที่แตกต่างและการเผชิญความเครียดของบุคคลที่เฉพาะในสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะ เช่น อารมณ์ที่เฉพาะ ได้แก่ ความโกรธ ซึ่งเชื่อว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ดังนี้

วิลด์ลักซ์ม์ จันท์พวง (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษาฐานะทางเศรษฐกิจและระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม การรักษาที่ได้รับเพิ่มในปัจจุบันมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสและการรักษาที่ได้รับเพิ่มในปัจจุบัน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 65.10

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.26

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ศรัณญา เบญจกุล (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต และการสนับสนุนทางสังคมกับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยปลูกถ่ายไต ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี ได้ร้อยละ 21

นิตยา คงชุม (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และพบว่าความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 19 และร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวทาง จิตสังคมได้ร้อยละ 22

สุนทรี ภิญญมิตร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พนิดา วารานนท์ (2541) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสกับรายได้เฉลี่ยของครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดาได้ร้อยละ 37.35

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ และคณะ (2541) ทดสอบแบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา เพศ ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการรับรู้ที่เป็นตราบาป ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์โดยตรงทางบวกกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ร้อยละ 38

อ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

สุณี สวรรณพสุ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ได้ร้อยละ 52.20

Felton และ Revenson (1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์และมะเร็งในระบบโลหิต ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการค้นหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ข่าวสารหรือความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการคิดเพื่อฝัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Folkman และคณะ (1986a) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การประเมินปฏิกิริยา การประเมินเหตุยภูมิ การเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพทางกายกับอาการแสดงทางจิตวิทยาของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ พบว่า การประเมินปฏิกิริยามีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยาและภาวะสุขภาพทางกาย การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การควบคุมตนเอง การถอยห่าง การประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบ

ต่อปัญหา การหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงปัญหา และการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยา ส่วนการวางแผนแก้ไขปัญหาไม่มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางจิตวิทยา การเผชิญหน้ากับปัญหา การถอยห่าง การควบคุมตนเอง การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาและการหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางกาย ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อำนาจในการควบคุมและความไว้วางใจ การประเมินปฐมภูมิและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์อาการแสดงทางจิตวิทยาได้ร้อยละ 43 โดยมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 17 และ 9 ตามลำดับ แต่ไม่สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะสุขภาพทางกายได้

Folkman และคณะ (1986b) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน การเผชิญความเครียดกับผลลัพธ์การเผชิญ ผลการศึกษาพบว่า บุคคลในวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินความเครียดเป็นการสูญเสียมีความสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในผลลัพธ์การเผชิญความเครียด ซึ่งเป็นการปรับตัวที่ไม่ดี

Pollock (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพกับการปรับตัวด้านสรีระและการปรับตัวด้านจิตสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและข้ออักเสบรูห์มาติก ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านสรีระในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Christman และคณะ (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ความทุกข์ทรมานเป็นการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจด้านลบ ผลการศึกษาพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมาน และการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ลบกับความทุกข์ทรมานในระยะ 1 และ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาทางอ้อมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ด้านร่างกายหรือการทำกิจกรรม ในระยะ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การทำหน้าที่ด้านร่างกายหรือการทำกิจกรรมเป็นการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและสุขภาพทางกาย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกระยะ และเมื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ในแต่ละระยะ พบว่า ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 21 ในระยะ 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับวิธีการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

ร้อยละ 55 และในระยะ 4 สัปดาห์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถพยากรณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 40

Northouse (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยและสามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยและสามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด ในระยะ 3 วัน และ 30 วันหลังผ่าตัด การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 26 และสามารถพยากรณ์การปรับตัวของสามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 17 ในระยะ 30 วันหลังผ่าตัด

Pollock และ คณะ (1990) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาติกและมัลติเพิลสเคลอโรสิส (Multiple sclerosis) ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านสรีระของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การปรับตัวด้านจิตสังคมไม่แตกต่างกัน การปรับตัวด้านสรีระและการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กัน ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านสรีระและการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่ม เนื่องจากความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีผลโดยตรงต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

Drory และ Florian (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง บุคลิกภาพแบบ เอ ความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว ความร่วมมือของครอบครัวกับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ อาชีพการงาน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคมและความทุกข์ทรมานทางใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Riegel และ Dracup (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในระยะ 1-4 เดือน หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากครอบครัว/เพื่อน จะมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดี คือ มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ ความสับสนลดลง แต่มีความมีคุณค่าในตนเองและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น

Landreville และ Vezina (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมิน การเผชิญ ความเครียดและอาการแสดงด้านความซึมเศร้า ซึ่งความซึมเศร้า ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเมินความเครียดที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเองเป็นภาวะอันตรายและคุกคามทั้ง

ต่อตนเองและบุคคลรอบข้างจะมีอาการแสดงด้านความซึมเศร้า ซึ่งเป็นการปรับตัวที่ไม่ดี และผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบการเลี่ยงหนีจะมีอาการแสดงด้านความซึมเศร้าสูง

Anderson (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการมองโลกในแง่ดี สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การประเมีนและผลลัพธ์การปรับตัว ได้แก่ การทำหน้าที่หรือกิจกรรม ความผาสุกและความผิดปกติของอารมณ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงและชาย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman ผลการศึกษาพบว่า การประเมีนความเจ็บป่วยเป็นภาวะคุกคาม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อผลลัพธ์การปรับตัวของผู้ป่วยทั้งหญิงและชายที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและความไม่สงบของอารมณ์สูง ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง ไม่มีตัวแปรใดสามารถพยากรณ์การทำหน้าที่หรือกิจกรรมได้ แต่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมและการประเมีนภาวะคุกคาม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความผาสุกและความผิดปกติของอารมณ์ได้ร้อยละ 72 ส่วนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและการประเมีนภาวะคุกคาม สามารถร่วมกันพยากรณ์การทำหน้าที่หรือกิจกรรมได้ร้อยละ 40

Moser และ Dracup (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจในการควบคุมกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้อำนาจในการควบคุม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Holahan (1997) ทดสอบตัวแบบการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวทางจิตสังคม ซึ่งในการศึกษานี้วัดความซึมเศร้าเป็นการปรับตัวทางจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านการปรับตัว (Adaptive coping strategies) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมได้โดยตรง และพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมโดยอ้อมผ่านกลยุทธ์การเผชิญความเครียด

Yuet และคณะ (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยถุงลมโป่งพองชาวจีน ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคม การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวโดยรวม และการเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมได้

จากงานวิจัยดังกล่าวพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากคู่สมรส ความเข้มแข็งและความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ เพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระยะเวลาหลังการผ่าตัด การรักษา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ระดับความรุนแรงของอาการและอาการแสดงของโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การรับรู้ที่เป็นตราบาป การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ การประเมินประมุขอำนาจในการควบคุม ความไว้วางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี การประเมินภาวะคุกคาม ส่วนปัจจัยที่ยังมีความขัดแย้งของผลการศึกษาอยู่บ้าง ได้แก่ การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การปรับตัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนจากคู่สมรส ความเข้มแข็งและความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรักษา เพศ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การประเมินประมุขอำนาจในการควบคุม ความไว้วางใจ การมองโลกในแง่ดี การประเมินภาวะคุกคาม การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

และจากผลการศึกษาข้างต้นสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผู้นำมาศึกษานี้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวไว้ดังนี้

1. ด้านสังคม (Social) ได้แก่ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม ระบบสถาบัน โครงสร้างของกลุ่ม เครือข่ายทางสังคม

2. ด้านจิตวิทยา (Psychological) ได้แก่

ก. ตัวแปรด้านบุคคล (Person variables) ได้แก่ ความมุ่งมั่น ความเชื่อ เช่น อำนาจในการควบคุม ความเข้มแข็ง/ความอ่อนแอ เป็นต้น การประเมิน แบบการเผชิญความเครียด (coping styles) ได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

ข. ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental variables) ได้แก่ ตัวแปรด้านสถานการณ์ คือ ความต้องการของสถานการณ์ (situation demand) หรือเหตุการณ์ความเครียดของชีวิต ระยะเวลาก่อนเหตุการณ์จะเกิด (imminence) ระยะเวลาการดำเนินของเหตุการณ์ (timing/duration) ความคลุมเครือของเหตุการณ์ แหล่งประโยชน์ด้านสังคมและวัตถุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ วัตถุประสงค์ของและข้อมูลข่าวสาร

3. ด้านกายภาพ (Physiological) ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม คือ แหล่งประโยชน์ด้านภูมิคุ้มกัน ลักษณะการตอบสนองด้านสรีรวิทยาของบุคคลและปัจจัยเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่

5.4 เครื่องมือประเมินการปรับตัว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับตัวมี ดังนี้

5.4.1 แบบวัดการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของกุลธิดา พานิชกุล (2536) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ปี ค. ศ. 1991 แบ่งเป็นการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวตามความต้องการด้านของร่างกาย การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มีจำนวน 54 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อคำถามด้านบวกจากไม่เลยหรือเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง มากที่สุด ให้ 4 คะแนน และข้อคำถามด้านลบจะกลับค่าคะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยง โดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .89 และเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .92

5.4.2 แบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) ของ Derogatis และคณะ ปี ค. ศ. 1986 ร่วมกับการสร้างขึ้นเองบางส่วน แบ่งเป็นการปรับตัว 3 ด้าน ตามแนวคิดผลลัพธ์การปรับตัวของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้แก่ การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและกำลังใจและด้านภาวะสุขภาพกาย มีจำนวน 33 ข้อ ลักษณะ คำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีคะแนนเรียงลำดับจาก 0 คะแนน ถึง 3 คะแนน และกลับค่าคะแนนในข้อคำถามด้านลบ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 15 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .89 และเมื่อนำไปใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย แต่มีผู้ป่วยเพียง 80 รายที่ตอบแบบวัดครบทุกด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .87

5.4.3 แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ปี ค. ศ. 1991 ประเมินการปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น มี 54 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามด้านบวกจากไม่เลย ให้ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบให้กลับค่าคะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไป

ทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .82

5.4.4 แบบสอบถามการปรับตัวของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 181-225) แบ่งเป็นการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านกรทำหน้าที่ทางสังคม และด้านขวัญและกำลังใจ ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วย ของ Derogatis และคณะ ปี ค. ศ. 1986 และการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพดัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (The Arthritis Impact Measurement Scale) ของ Meenan ปี ค. ศ. 1982 มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยคำถามด้านบวกจากจริงเล็กน้อย ให้ 1 คะแนน ไปจนถึง จริงมาก ให้ 3 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้กลับค่าคะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ .91

5.4.5 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis (1975 cited in Helgeson, 1992: 695) ประกอบด้วยการปรับตัว 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมในด้านอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคมและความทุกข์ทรมานทางใจ เป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนที่สูงแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี Helgeson (1992) นำเครื่องมือนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกด้วยโรคหัวใจ ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .91

แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย ฉบับรายงานตนเอง (Psychosocial Adjustment to Illness Scale, Self-Report Version: PAIS-SR) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis และ Lopez (1983 cited in Drory and Florian, 1991: 327-328) ประกอบด้วยการปรับตัว 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ สภาพแวดล้อมในด้านอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคมและความทุกข์ทรมานทางใจ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เป็นปัญหา ให้ 0 คะแนน ไปจนถึง เป็นปัญหามากที่สุด ให้ 3 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี Derogatis และ Lopez นำแบบวัดนี้ไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้านการดูแลสุขภาพและสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ .62 และ .47 ตามลำดับ ส่วนอีก 5 ด้านมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ในช่วง .76-.85 ส่วน Drory และ Florian (1991: 327-328) นำ

แบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของด้านการดูแลสุขภาพ และสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ .56 และ .52 ตามลำดับ ส่วนอีก 5 ด้านที่เหลือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ในช่วง .67-.84

5.4.6 แบบวัดการรับรู้การปรับตัวด้านบทบาท (The Perceived Role Adaptation Scale: PRAS) และแบบวัดการรับรู้การปรับตัวทางเพศ (Perceived Sexual Adjustment Scale: PSAS) ของ Varvaro (2000) ซึ่งแบบวัดการรับรู้การปรับตัวด้านบทบาท ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้การปรับตัวด้านบทบาทของ Varvaro ปี ค. ศ. 1991 สร้างขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวของ Roy เป็นแบบวัดเกี่ยวกับบทบาทด้านครอบครัว และอาชีพการงาน จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่เป็นปัญหา ให้ 0 คะแนน ไปจนถึง เป็นปัญหามากที่สุด ให้ 4 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี ผ่านการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้านครอบครัวเท่ากับ .78 และด้านอาชีพการงาน .93 และแบบวัดการรับรู้การปรับตัวทางเพศ สร้างโดย Varvaro ในปี ค. ศ. 1993 แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านการมีเพศสัมพันธ์ อาการแสดงเมื่อมีกิจกรรมทางเพศ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผ่านการทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาในแต่ละด้าน เท่ากับ .80, .80 และ .93 ตามลำดับ

ในการวิจัยนี้ ใช้แบบวัดการปรับตัวที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของจันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างมาจากแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ และใช้ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

6. การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัยได้รวบรวมปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามแนวคิดการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน ของ Lazarus และ Folkman (1984) ไว้ดังนี้

6.1 ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ได้แก่

6.1.1 ด้านอาชีพการงาน พบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการประกอบอาชีพการงาน จากการเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่ เปลี่ยนอาชีพ ถูกให้ออกจากงาน หรือยังต้องทำงานหนัก รวมทั้งการกลับไปทำงานได้ช้าและมีความเครียดจากการทำงาน ซึ่งจากการศึกษาของดาร์ณี สุภาพ (2526: 65) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับผลกระทบด้านอาชีพการงาน 63% Riegel และ Gocka (1995: 475) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะกลับไปทำงานได้หลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4 เดือน และ Shanfield (1990: 109-110) พบว่า อัตราการกลับไปทำงานของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อยู่ในช่วง 62-92% แต่มีเพียง 70% เท่านั้นที่ทำงานครบ 1 ปี โดย Stern, Pascale และ Ackerman (1977: 1681-1682) พบว่า 19% ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความรู้สึกกดดันและทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นในการกลับไปทำงาน

6.1.2 ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยโดยทั่วไปอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดที่ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ (อำภพร พัววิไล, 2545: 107) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นการเจ็บป่วยที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งของบทบาทในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นผลมาจากผลกระทบด้านหน้าที่การงาน ซึ่งทำให้รายได้ลดลง บางครั้งภรรยาต้องออกไปทำงานแทนผู้ป่วยชาย ทำให้ผู้ป่วยชายรู้สึกขัดแย้งในบทบาท หรือการเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากการเป็นผู้ดูแลมาเป็นผู้ที่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือหรือพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ทำให้มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองแตกต่างหรือต่ำต้อยกว่าบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง (Riegel, 1989: 75-76) จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม และมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงได้

6.1.3 ด้านสัมพันธภาพทางเพศ คือ อาจทำให้มีการขัดแย้งของคู่ครองได้ จากการที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะเริ่มมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่ครองอย่างที่เคยปฏิบัติ เนื่องจากไม่สามารถคงสภาพหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ได้ (Okoniewski, 1979: 1, Sikorski, 1985: 74 อ้างใน ปิยนุช รักพานิชย์, 2542: 80; Stern et al., 1977: 1680) หรือปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากกลัวจะเป็นอันตราย จึงไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ตามปกติ (ศิริอร สินธุ, 2526: 5; ปิยนุช รักพานิชย์, 2542: 80)

6.2 ด้านขวัญและกำลังใจ คือ ผู้ป่วยจะขาดขวัญและกำลังใจ เนื่องจากจะรู้สึกว่าตนเองมีอนาคตไม่แน่นอน กลัวว่าชีวิตจะไม่ยืนยาว บางครั้งรู้สึกกลัวตายขึ้นมาอย่างฉับพลัน (จินทนา เตชคฤห, 2540: 12; Webster and Christman, 1988: 385; Riegel, 1989: 75) รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง (Riegel, 1989: 75-76) ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด (กุลธิดา พานิชกุล, 2536: 21; Riegel and Gocka, 1995: 457) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความคาดหวังว่าโรคจะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ถ้ามีอาการของโรคกำเริบก็จะทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ หหมดกำลังใจได้ (พิกุล บุญช่วง อ้างใน วนิดา หาญคุณากุล, 2539: 23) หรืออาจมีความรู้สึกผิดทำให้โกรธตนเอง จึงอาจแสดงอารมณ์ในรูปของการโกรธตนเอง ครอบครัว หรือไม่พอใจการดูแลของพยาบาลและแพทย์หรือกฎเกณฑ์ข้อจำกัดต่าง ๆ (Guzzetta and Dossey, 1992: 286 อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536: 28)

6.3 ด้านสุขภาพทางกาย ซึ่งเป็นกลไกภายในที่ร่างกายพยายามรักษาสุขภาพสมดุลให้อยู่ในระดับสูงสุด แต่จากพยาธิสภาพและอาการแสดงของโรคตามที่วิเชียร ทองแดง (2541: 166-174) กล่าวไว้ คือ เริ่มจากการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ การทำงานของหัวใจทั้งช่วงบีบตัวและ

คลายตัวลดลงและเสื่อมลง เนื่องจากกล้ามเนื้อที่ตีเหลือน้อยและมีความยืดหยุ่นลดลง เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน การทำงานของต่อมไร้ท่อที่อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การหลั่งแคทีโคลามีนมากเกินไป และมีกรดอิสระเพิ่มสูงขึ้น การทำงานของระบบประสาท ที่สำคัญคือระบบซิมพาเทติกจะออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว และความดันเลือดต่ำลง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอกหรืออาการเหนื่อยง่าย มีภาวะการทำงานของหัวใจล้มเหลว หรืออาจมีหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค และต้องเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือต้องจำกัดบทบาทของตนเองให้สอดคล้องกับสภาวะของโรค (Riegel, 1989: 74)

7. แนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากสภาพปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายดังกล่าวมาข้างต้น จึงพบว่าการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่ากิจกรรมการฟื้นฟูหัวใจ (Cardiac rehabilitation) เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับ การปรับตัวตามแนวคิดการปรับตัว ของ Lazarus และ Folkman (1984) มากที่สุด เพราะจากคำนิยามการฟื้นฟูหัวใจขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ทำให้ร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจดีที่สุด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด (สุวรรณจิตรอารี, 2540: 211) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ของ Brewer, Phillips และ Boss (2002: 724) พบว่า การฟื้นฟูหัวใจมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ช่วยลดความซึมเศร้า เพิ่มระดับพลังงาน ศักยภาพในการออกกำลังกายและการทำหน้าที่ รวมทั้งส่งเสริมการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม

การฟื้นฟูหัวใจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยได้ทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนหรือที่บ้าน (Self-directed home program) ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary) และทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการผู้ป่วย (Case manager) นักกายภาพบำบัด แพทย์ นักอาชีพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ ที่ต้องประสานงานและตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยทีมผู้ให้การฟื้นฟูเหล่านี้ต้องมีความรู้ด้านการปฏิบัติขั้นสูง (Advance practice) ได้แก่ ความรู้ด้านโรคหัวใจ กลยุทธ์การทำกิจกรรมที่ทันสมัย เครื่องมือ วิธีการ และเป้าหมายด้านการให้ความรู้ สุขภาพจิต โภชนาการ สรีรวิทยาด้านการออกกำลังกาย การจัดการในกรณีฉุกเฉิน การฟื้นฟูและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (Brewer, Phillips and Boss, 2002:

725-726) และต้องให้ความสำคัญในการตรวจประเมินอัตราชีพจร ความดันโลหิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การฟังเสียงหัวใจ อาการและอาการแสดง (สุวรรณณี จรุงจิตราอารี, 2540: 235) ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมตามที่ และ Brewer, Phillips และ Boss (2002: 731-745) กล่าวไว้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะเกิดอาการด้านหัวใจเฉียบพลันหรือระยะอยู่ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้ และการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วหรือการออกกำลังกาย ตามรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยง เป็นการประเมินสรรพภาพของหัวใจ ด้วยการทดสอบการออกกำลังกายบนสายพาน (Treadmill exercise test) ซึ่งจะแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงตามศักยภาพการทำหน้าที่ การทำงานของหัวใจห้องล่าง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

2. การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการประเมินความเครียด ความสามารถในการเผชิญความเครียด เพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และการประเมินร่างกายผู้ป่วย ได้แก่ ความทนต่อการทำกิจกรรม ภาวะเลือดออกจากหัวใจลดลงและการเปลี่ยนแปลงของการแลกเปลี่ยนก๊าซ เพื่อจัดให้มีกิจกรรมและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

3. การให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค การรักษา อาหาร กิจกรรมและการออกกำลังกาย การพักผ่อน การใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมทางเพศ การเปลี่ยนแปลงหรือการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การงดสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด

4. การเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วหรือการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการทำหน้าที่ โดยการลดความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก หรืออาการเจ็บหน้าอก ด้วยการฝึกความแข็งแรง เพราะไม่ได้ทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น และจะช่วยให้กล้ามเนื้อกระชับ เพิ่มอัตราการเผาผลาญ ช่วยลดความอ้วน และเพิ่มการความไวของอินซูลินในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและโคเรสเตอรอล ร่วมกับการกระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การลุกนั่งข้างเตียง การเดินในระยะสั้น การอาบน้ำด้วยตนเอง การออกกำลังกายข้อต่างๆ ภายใน 1-2 วันแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบและการเกิดฟองอากาศในปอด (Pulmonary emboli) และการออกกำลังกายด้วยความแรงต่ำ 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลา 30 นาที โดยต้องมีการอุ่นเครื่องก่อนออกกำลังกายและ การผ่อนคลายหลังออกกำลังกาย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผาสุก ลดความล้าและความซึมเศร้า

ระยะที่ 2 เป็นระยะติดตามในช่วง 2-3 เดือนแรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีประสบการณ์ในการปรับตัวมากที่สุด และอาจมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับชนิดและปริมาณในการทำกิจกรรม ความกลัว ความซึมเศร้า การเผชิญกับปัญหาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต

หรือการจัดการความเครียด ดังนั้นกิจกรรมในระยะนี้จึงมีทั้งการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาหรือการบำบัดทางใจ เพื่อเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางใจ ด้วยการจัดกลุ่มให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจำแนกและควบคุมความเสี่ยง โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การแนะแนวทางส่งเสริมการทำบเทาและส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ การทำงานของหลอดเลือดหัวใจ และควบคุมน้ำหนัก โดยมีรายละเอียดการออกกำลังกายตามที่ สุวรรณิ จรุงจิตตธำริ (2540: 225-230) และ Brewer, Phillips และ Boss (2002: 739-740) กล่าวไว้ ดังนี้

1. การอุ่นเครื่อง (Warm-up) จะทำให้อุณหภูมิของกล้ามเนื้อสูงขึ้น เริ่มมีการใช้ออกซิเจน ใช้เวลาทำประมาณ 5-10 หรือ 15 นาที โดยการกระตุ้นกล้ามเนื้อและข้อต่อเบาๆ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ ไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด หลีกเลี่ยงการกลั้นหายใจ (Valsalva-maneuver) ที่จะทำให้ความดันโลหิตสูง

2. การออกกำลังกาย (Exercise or activity) จะทำให้เพิ่มการใช้พลังงาน ช่วยลดน้ำหนัก และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งต้องอาศัยหลักในการออกกำลังกาย ดังนี้

2.1 ความแรง (Intensity) โดยวัดด้วยอัตราการเต้นของหัวใจ ที่เหมาะสมกับภาวะของโรคและวัย คือชีพจรประมาณ 130-150 ครั้ง/นาที หรือประมาณ 65-80% ของชีพจรสูงสุด

2.2 ความถี่ (Frequency) ควรออกกำลังกายให้ได้ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมสมรรถภาพหัวใจและหลอดเลือด แต่ถ้าออกกำลังกาย 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ จะเป็นการรักษาหรือการคงสภาพ (maintenance) ระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.3 ระยะเวลา (Duration) ควรออกกำลังกายอย่างน้อยที่สุด 20-30 นาที จึงจะเป็นประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ในช่วงแรกของโปรแกรมอาจใช้เวลาเพียง 5-10 นาที และค่อยๆ เพิ่มจนถึง 20-30 นาที หรือพิจารณาจากความแรงของการออกกำลังกาย โดยถ้าความแรงต่ำควรมีระยะเวลานาน และถ้าความแรงสูงควรมีระยะเวลาด้าน

2.4 วิธีการ (Mode) โปรแกรมที่เลือกใช้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ ถ้าต้องการให้ร่างกายแข็งแรงให้เลือกการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ทำต่อเนื่องเป็นจังหวะสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มระบบการขนส่งออกซิเจน เช่น การเดิน วิ่งเหยาะหรือว่ายน้ำ

2.5 อัตราความก้าวหน้า (Rate of progression) ขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์ของร่างกาย ประวัติการออกกำลังกาย อายุและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ โดยในระยะเริ่มต้นควรเพิ่มระยะเวลาในการออกกำลังกายมากกว่าความแข็งแรงและความถี่ในการออกกำลังกาย ซึ่งอัตราความก้าวหน้า จะแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่

2.5.1 ช่วงเริ่มต้น ในสัปดาห์แรกจะเริ่มออกกำลังกายน้อยๆ แบบความแรงต่ำ และระยะเวลาไม่นาน โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที นาน 4-6 สัปดาห์

2.5.2 ช่วงความก้าวหน้า ให้ออกกำลังแบบแอโรบิค 20-30 นาที/ครั้ง และเพิ่มความแรงทุก 2-3 สัปดาห์ และควรเพิ่มระยะเวลาก่อนที่จะเพิ่มความแรง

3. การผ่อนคลาย (Cool down) ด้วยการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องเบาๆ เป็นเวลา 5-10 นาที เช่น การเดินช้าๆ เพื่อป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือเป็นลม เนื่องจากการไหลเวียนเลือดและออกซิเจนไปยังหัวใจและสมองไม่เพียงพอ เนื่องจากระหว่างการออกกำลังกาย จะมีหลอดเลือดหดตัวและขยายตัวในกล้ามเนื้อที่ทำงาน เพื่อเพิ่มปริมาตรของเลือดตามความต้องการของเมตาบอลิซึม ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมากขึ้น ถ้าหยุดออกกำลังกายทันทีการไหลเวียนเลือดยังคงมีอยู่แต่กล้ามเนื้อไม่ได้ทำงานแล้ว จะมีการทดแทนโดยการมีการปรับความต้านทานส่วนปลาย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจค่อยๆ ลดลง เลือดไปคั่งที่ขามาก มีการลดลงของปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ

ระยะที่ 3 เป็นระยะติดตามอย่างต่อเนื่องในช่วงหลัง 2-3 เดือนแรก ของจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการจัดกิจกรรมระบบสนับสนุนหรือเครือข่ายการให้บริการแก่ผู้ป่วย ที่จะช่วยประสานงานหรือร่วมมือกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความสนใจหรือเอาใจใส่การฟื้นฟูหัวใจ กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนและการสนับสนุนทางอารมณ์ ที่อาจเป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือกลุ่มที่จัดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาและกิจกรรมการลดความวิตกกังวล

ระยะที่ 4 เป็นระยะรักษาสภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปประกอบอาชีพหรือทำงานได้ตามปกติ ดำรงชีวิตตามการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตลอดไป ด้วยการจัดกิจกรรมต่อเนื่องจากระยะที่ 3 คือ ระบบสนับสนุนการสนับสนุนจากครอบครัว และเพิ่มกิจกรรมการปฏิบัติบทบาทหรือโปรแกรมการทำงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกการทำงานที่ผู้ป่วยต้องการทำหรือเป็นอาชีพของตนเอง โดยเริ่มจากวันละ 2 ชั่วโมง และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงวันละ 8 ชั่วโมง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการออกแรงมากเกินไป ความตึงเครียดหรือการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน และเทคนิคการจัดการความเครียดที่เกิดจากการทำงาน โดยพยาบาลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดระบบงาน คือ หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด งานที่ต้องใช้แรงงานหรือความตั้งใจสูง และทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน หรืองานที่ถูกละหุ กเร่งรีบ เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับบทบาทในตำแหน่งหน้าที่การงานหรืออาชีพใหม่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องทำงานหนักอยู่ให้รู้จักการแบ่งเวลาทำงานสลับกับการพักผ่อนเป็นระยะ หรือจัดหาเครื่องช่วยในการผ่อนแรงให้มากที่สุด และการพึ่งพาผู้อื่นในขอบเขตที่ตนเองและสังคมยอมรับได้

8. แนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ

แนวคิดความเข้มแข็งถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกในวงการเกษตร ซึ่งหมายถึงลักษณะของข้าวโพดที่สามารถทนทานต่อสภาพอากาศที่เป็นอันตรายต่อคุณภาพของข้าวโพด (Lee, 1983 อ้างใน สมพร กิ่งแก้ว, 2543: 6) ต่อมาแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในทางสุขภาพโดยนักจิตวิทยากลุ่มทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม (Existentialism) โดย Kobasa (1979 cited in Pollock and Duffy, 1990: 218) เป็นผู้นำเสนอเป็นคนแรกว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นโครงสร้างส่วนบุคคลที่ช่วยลดความรุนแรงของความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความเจ็บป่วย

8.1 ความหมาย

Kobasa (1979 cited in Pollock and Duffy, 1990: 218-219) ให้ความหมายของความเข้มแข็งว่า เป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่สามารถช่วยให้บุคคลยังดำรงภาวะสุขภาพไว้ได้แม้เมื่อเผชิญกับความเครียดในระดับสูง โดยลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งจะประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่น หมายถึง ความสามารถรู้สึกถึงความเกี่ยวพันในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิต 2) ความมีอำนาจควบคุม หมายถึง ความเชื่อในความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ที่ประสบ และ 3) ความท้าทาย หมายถึง การคาดหมายการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นและก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

ความเข้มแข็งตามแนวคิดของ Kobasa เป็นความเข้มแข็งในสถานการณ์ต่างๆ ไปในชีวิตและสังคม ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Pollock and Duffy, 1990) ดังนั้น Pollock (1984 cited in Pollock, 1986) จึงได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ (health-related hardiness) ขึ้นมาจากการผสมผสานระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยม แนวคิดการเผชิญความเครียด แนวคิดการปรับตัวและกิจกรรมเกี่ยวกับพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่

Pollock (1984 cited in Pollock, 1986) ให้ความหมายของความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคลที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์วิกฤตหรือสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพให้คงอยู่ในภาวะปกติหรือรักษาภาวะสุขภาพได้

8.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ

Pollock (1984 cited in Pollock, 1986) แบ่งความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็น 3 ด้าน ดังนี้

8.2.1 ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง ความรู้สึกของการควบคุมหรือเอาชนะเหตุการณ์ที่ประสบ หรือความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลที่ จำเป็นต่อการประเมินและการตีความหมาย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดด้านสุขภาพหรือผลกระทบ ด้านสุขภาพที่เหมาะสม

8.2.2 ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง สมรรถนะการกระตุ้นและการให้แรงบันดาลใจของบุคคล ในการประเมินและการเผชิญกับสิ่งทำให้เกิด ผลกระทบด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะนำไปสู่การทำกิจกรรมที่เหมาะสมต่อสุขภาพ เพื่อจัดการหรือควบคุมสิ่งทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ

8.2.3 ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related challenge) หมายถึง การที่ บุคคลประเมินสิ่งทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพซ้ำเหมือนสิ่งกระตุ้นและมีประโยชน์แฝงอยู่ และเป็นโอกาสในการพัฒนาตนเองต่อไปในอนาคต

8.3 เครื่องมือประเมินความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ

Jennings และ Stagers (1994) กล่าวว่า เนื่องจาก Pollock มีความสนใจเกี่ยวกับ ความเข้มแข็งที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง Pollock จึงได้ พัฒนาเครื่องมือเป็นแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างจากเครื่องมือวัด ความเข้มแข็งของ Kobasa เนื่องจากเครื่องมือของ Kobasa ใช้เฉพาะดั่งบ่งชี้ด้านลบ เพื่อวัดแนวคิด ความเข้มแข็งในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปในชีวิตและสังคมเท่านั้น รวมทั้งเป็นความเข้มแข็งในกลุ่มผู้ที่มี สุขภาพดีเท่านั้น (Pollock, 1986: 92; Pollock and Duffy, 1990)

Pollock เริ่มสร้างแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพในปี ค. ศ. 1986 ด้วยการเลือก ข้อคำถามจากเครื่องมือ 2 ชิ้น คือ the Alienation test ของ Maddi และคณะ ที่สร้างไว้เมื่อปี ค. ศ. 1979 และ the Multidimensional Health Locus of Control ของ Wallson Maids และ Wallston ที่สร้างไว้เมื่อปี ค. ศ. 1978 มีจำนวน 48 ข้อ แบ่งเป็น ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้ มาจาก the Multidimensional Health Locus of Control 18 ข้อ ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้ มาจาก the Alienation test 15 ข้อ และความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ 15 ข้อ ซึ่งเป็นการวัดที่ใช้ ตัวบ่งชี้ด้านลบ

ต่อมา Pollock ได้ปรับปรุงเครื่องมืออีกหลายครั้ง โดยในปี ค. ศ. 1989 ได้เปลี่ยนไปใช้ ตัวบ่งชี้ด้านบวก ปี ค. ศ. 1990 Pollock และ Duffy ใช้ตัวบ่งชี้ทั้งด้านบวกและด้านลบร่วมกัน จาก การปรับปรุงทำให้ได้จำนวนข้อคำถามลดลง รวมทั้งได้รับการทดสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง จากการศึกษาทดสอบความเที่ยง พบว่าได้ค่าความคงที่ภายในอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยค่าอัลฟาโดยรวม อยู่ในช่วง .80-.91 และค่าอัลฟารายด้านอยู่ในช่วง .70-.87 (Jennings และ Stagers, 1994)

เครื่องมือฉบับปรับปรุงล่าสุดเป็นเครื่องมือที่ Pollock และ Duffy ปรับปรุงไว้ในปี ค. ศ. 1990 ข้อคำถามมีจำนวน 34 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ ซึ่งจากการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ พบว่า มีการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย แต่ละข้อคำถามอยู่ในช่วง .41-.68 มีการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าอัลฟาโดยรวม .91 และค่าอัลฟารายด้านแต่ละด้านมีค่าเท่ากับ .87 และทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกัน 6 เดือน ได้ค่าอัลฟาโดยรวม .76 และ ค่าอัลฟารายด้านอยู่ในช่วง .74-.78 (Pollock & Duffy, 1990)

สำหรับในเมืองไทยศรัณญา เบญจกุล (2538) เป็นผู้นำแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock มาแปลและนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 จากนั้นนิตยา คงชุม (2539) นำไปใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 ชญานิศ ลีวานิช (2540) ใช้ในญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ จำนวน 110 ราย แต่ไม่ได้รายงานค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคไว้ วัลลภา ครุฑแก้ว (2540) นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และมณีนุช ธรรมวัฒน์ (2542) นำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

ในงานวิจัยนี้ นำแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของนิตยา คงชุม (2539) ฉบับแปลโดยศรัณญา เบญจกุล (2538) จาก the Health-Related Hardiness Scale: HRHS ของ Pollock และ Duffy (1990) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่ครอบคลุมแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989) และผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงมาแล้ว

9. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสุขภาพ ที่มีการนำมาศึกษาอย่างกว้างขวางตั้งแต่ช่วงกลางปี 1970 เป็นต้นมา (Lakey and Lutz, 1996) ซึ่งผู้ศึกษาและผู้วิจัยเหล่านั้นเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมน่าจะส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ดังที่ Kennedy, Kiecolt-Glaser และ Glaser (1990 cited in Tardy, 1993) กล่าวว่า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะมีผลต่อความไวต่อโรค ความเจ็บป่วยและสุขภาพ Cobb (1976 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกลางในการลดความเครียด ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคม

9.1 ความหมาย

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมตาม The Oxford English Dictionary (1989) มีดังนี้

1. การกระทำหรือการปฏิบัติ เพื่อปกป้อง หรือป้องกันบุคคลจากการยอมแพ้ ท้อถอยหรือความทุกข์ การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ อนุเคราะห์หรือการสนับสนุน การอุดหนุน การหนุนหลัง หรือการช่วยเหลือด้านจิตใจหรือจิตวิญญาณ ความสุขสบายทางจิตใจ ความร่วมมือ โดยการใช้ถ้อยคำ
2. การกระทำในการปกป้องคุ้มครองบุคคลจากความล้มเหลวหรือไม่สมหวัง อ่อนเพลีย หมดกำลัง หรือความสูญเสีย และการให้สิ่งของเพื่อการดำรงชีวิต
3. บุคคลหรือสิ่งของที่ส่งเสริมหรือสนับสนุน
4. สิ่งสนับสนุนชีวิตหรือการส่งเสริมสิ่งที่เป็น สนับสนุนวิถีทางหรือรายได้ของ อาชีพหรือการทำมาหากิน หรือการยังชีพหรือความเป็นอยู่

Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ ที่เกิดจากความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรักใคร่ผูกพัน ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ วัตถุประสงค์หรืออารมณ์ ให้ความมั่นใจในความมี คุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและโอกาสในการแลกเปลี่ยน ประโยชน์ซึ่งกันและกัน

Caplan (1976 cited in Linsey, 1992: 108) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็น แหล่งประโยชน์ หรือแหล่งด้านทานความเครียดด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริม ให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

Cobb (1976 cited in Linsey, 1992:108) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ ข้อมูลข่าวสารแก่บุคคลที่ต้องการการดูแล ความรัก ความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณค่าต่อผู้อื่น และเป็นสมาชิกของเครือข่ายในชุมชนและความผูกพันซึ่งกันและกัน

Hupcey (1998) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำด้วยเจตนาดี เป็นการให้ด้วยความตั้งใจแก่บุคคลซึ่งมีความสัมพันธ์ส่วนบุคคล และก่อให้เกิดการตอบสนอง ทางบวกแก่ผู้รับ

Ell (1984 cited in Hurdle, 2001) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุน ด้านอารมณ์หรือความรู้สึก การให้คำแนะนำ เครื่องนำทาง และการประเมินค่า รวมทั้งการช่วยเหลือ ด้านวัตถุและการบริการ

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมว่า การกระทำที่เกิดจากความตั้งใจและมีเจตนาดี เพื่อให้ความช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น วัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้าน อารมณ์หรือจิตใจแก่บุคคลอื่น และก่อให้เกิดผลด้านบวกหรือดีต่อผู้รับทุกมิติ คือ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

9.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Kahn (1979 cited in Linsey, 1992:108-109, น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543: 24) แบ่ง การสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) หมายถึง การแสดง อารมณ์ด้านบวกของบุคคล ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความรัก ความผูกพัน การเคารพและ การยอมรับ
2. ความเห็นพ้องและยืนยันพฤติกรรมของบุคคล (Affirmation) หมายถึง การ แสดงออกถึงการเห็นพ้อง ยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำ และความคิด ของบุคคล
3. การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Aid) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ได้แก่ ความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสารหรือแรงงานต่าง ๆ

Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212; Linsey, 1992:108) แบ่งการสนับสนุน ทางสังคมไว้ดังนี้

1. ความรักใคร่ผูกพัน (Intimacy) โดยจะช่วยเพิ่มความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย และไว้วางใจที่สร้างโดยความสัมพันธ์ปฐมภูมิกับญาติพี่น้องซึ่งเป็นผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือ ได้ตลอดไป
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ (Assistance) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหา การเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน จากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึก ท้อแท้หรือผิดหวัง
3. การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน (Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้ มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย เป็นที่

ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึก
ว่าชีวิตไร้ค่า

4. การรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) หมายถึง การมี
โอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดเห็น
และได้รับการยอมรับว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

5. การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง
และชื่นชม ที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม
ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีคุณค่า

Bloom (1982 cited in Linsey, 1992:109) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ชนิด ดังนี้

1. การให้ข้อมูลย้อนกลับต่อบุคคลอื่น (Identified)
2. การแสดงการยอมรับและการแสดงออกถึงภาวะอารมณ์ในด้านบวก
(Acceptance and affection)
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของที่มีตัวตนหรือจับต้องได้ (Tangible material
support)
4. การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support)
5. การยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นสมาชิกในสังคม (Affiliative aspects)

House (1981 cited in Linsey 1992:108, Miller, 1995: 223-224) จัดประเภท
การสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ประกอบด้วย การให้ความรัก
และความห่วงใย อาจเป็นข้อความที่เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองแก่คนอื่นหรือข้อความที่บ่งชี้
ถึงการให้ความเคารพนับถือ เอาใจใส่ โดยปราศจากเงื่อนไขใด ๆ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้ข้อเท็จจริง
และคำแนะนำเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้
3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ (Instrumental support) ประกอบด้วย
การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและวัตถุ และการช่วยเหลือด้านเครื่องมือเครื่องใช้
4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการสื่อข้อมูลเพื่อ
การประเมินตนเอง

Hinson Langford และคณะ (1997:96-97) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด
ของ House, Berrera, Tilden และ Weinert ไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบด้วย การให้ความดูแล ความรัก ความเห็นอก
เห็นใจ และความไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านเครื่องมือหรืออุปกรณ์ หมายถึง การให้สิ่งของและบริการหรือความช่วยเหลือต่างๆ เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การมอบหมายให้ทำงานร่วมกับคนอื่น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารในช่วงที่มีความเครียด เป็นสิ่งที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา หรือใช้ในระหว่างกระบวนการแก้ปัญหา

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การสื่อสารโดยนำข้อมูล เพื่อช่วยในการประเมินตนเองมากกว่าให้ข้อมูลในการแก้ปัญหา เป็นการยืนยันการสนับสนุน รวมทั้งการแสดงที่ยืนยันความเหมาะสมของการกระทำ หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับโดยบุคคลอื่น

9.3 แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมมักจะเป็นสิ่งที่แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ หรือบทบาทและความรักความผูกพันมากกว่าสิ่งที่ให้ในการช่วยเหลือ หรือประเภทหรือชนิดของการสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าและรวบรวมแหล่งการสนับสนุนตามแนวคิดทฤษฎีไว้ ดังนี้

จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2540:28) และอารีย์ พองเพชร (2540:60-61) กล่าวถึงแนวคิดของ Pender ซึ่งแบ่งบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด และสำคัญมากที่สุด เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2. การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support systems) เป็นการสนับสนุนที่ได้รับจากบุคคลผู้มีประสบการณ์หรือความชำนาญ และสามารถติดต่อชักจูงบุคคลได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา (Religious organization or deomination) ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งจะเป็นแหล่งที่ช่วยให้บุคคลได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณี

4. ระบบการสนับสนุนจากวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากองค์กรที่ควบคุมโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized directed by health professional) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

อารีย์ พองเพชร (2540:60) ได้อ้างถึงแนวคิดของอุบล นิวัติชัย ที่ยึดหลักแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่ง คือ ครอบครัวใกล้ชิด (kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงาน ชมรมหรือสมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู

9.4 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Dean และ Lin (1977 cited in Linsey, 1992: 111-116) ได้รวบรวมเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นที่รู้จักและยอมรับทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

9.4.1 Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brandt และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น และ 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Weiss มี 25 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ โดยข้อความด้านบวกจากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 7 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบต้องกลับค่าคะแนน โดยคะแนนที่ได้จะอยู่ในช่วง 25-175 คะแนน คะแนนรวมที่สูงแสดงถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่ง Brandt และ Weinert ได้ทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำห่างกันเป็นระยะ 4-6 สัปดาห์ ในปี ค. ศ. 1987 ได้ค่าอัลฟา 0.72 และการหาความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาอยู่ในช่วง 0.85-0.93 ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนได้อยู่ในช่วง 43.4% ถึง 48.9% รวมทั้งทดสอบความตรงจำแนกกับเครื่องมือ the Profile of Mood State (POMS) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในช่วง -.28 ถึง -.48 (Han, Kim, and Weinert, 2002: 310)

9.4.2 Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลในปี ค. ศ. 1981 ตามแนวคิดของ Kahn เพื่อวัดความหลากหลายมิติของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวหรือการจัดการตนเองแบบสั้น ๆ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินหน้าที่หรือการทำหน้าที่ (Function aspects) คือ ประเมินการได้รับการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด ความเห็นพ้องยืนยัน

พฤติกรรมของบุคคลและการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ 2) การสูญเสียเครือข่าย (Network Loss) คือ ประเมินสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ได้ค่าอัลฟา .85-.92 หาค่าความคงที่ภายในได้ค่าอัลฟาไม่ต่ำกว่า .89 และทดสอบความตรงโดยการหาความตรงตามเกณฑ์สัมพัทธ์ ด้วยการหาค่าความตรงตามสภาพพร้อมกับ Social Support Questionnaire ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .31-.56

9.4.3 Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาและทดสอบโดย Sarason และคณะ ในปี ค. ศ. 1983 ใช้วัดจำนวนของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่มีหรือหามาได้ ซึ่งประกอบด้วยความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การปรับตัวหรือการจัดการ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มี 27 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วยบุคคลที่สามารถพึ่งพา และความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ โดยคำตอบจะเป็นมีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น เป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพามาก ถึง 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพามาก ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ .94 และการวัดซ้ำห่างกัน 4 สัปดาห์ได้ค่าอัลฟา .83-.90 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับโดยรวม (Item-total correlation) อยู่ในช่วง .48-.72 และมีค่าความคงที่ภายในสูง

9.4.4 Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค. ศ. 1981 เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจาก ผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก และครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย มี 40 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ในการประเมินความถี่ในเหตุการณ์ระหว่างหนึ่งเดือนที่ผ่านมา จาก 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้รับ ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง ได้รับทุกวัน ทดสอบความเที่ยงโดยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .93 และ .94 และการวัดซ้ำได้ค่าอัลฟา .88 และคะแนนของ ISSB มีความสัมพันธ์กับขนาดของเครือข่ายและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว

9.4.5 Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) พัฒนาโดย Barrera และคณะ ในปี ค. ศ. 1981 ใช้ในการประเมินขนาดของเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนจริง ในระยะ 30 วันที่ผ่านมา มี 6 ข้อคำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 6 ด้าน คือ การช่วยเหลือด้านวัตถุ การช่วยเหลือด้านร่างกาย ปฏิริยาความใกล้ชิดสนิทสนม การชี้แนะ การให้ข้อมูลป้อนกลับ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านบวก ถ้าใช้ ISSB วัดความถี่ของปฏิริยาการสนับสนุนทางสังคมแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดตัวเลขหรือจำนวนเครือข่ายที่วัด โดย ASSIS

9.4.6 Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Schaefer และคณะ ในปี ค. ศ. 1981 มี 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ 9 สถานการณ์ เพื่อการวัดการสนับสนุนด้านวัตถุ 2) จำนวนเครือข่ายที่เฉพาะ เช่น คู่สมรส เพื่อน ความสัมพันธ์ในโรงเรียนหรือที่ทำงาน โดยมี 1 คำถามที่ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอีก 4 คำถาม เกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผ่านการหาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำห่างกันที่ระยะมากกว่า 9 เดือนได้ค่าอัลฟาของการสนับสนุนด้านวัตถุ .56 การสนับสนุนด้านอารมณ์ .68 หาค่าความคงที่ภายในของการสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารได้ค่าอัลฟา .81 และการสนับสนุนด้านวัตถุได้ .31

9.4.7 Perceived Social Support From Friends (PSS-Fr) and from Family (PSS Fa) พัฒนาโดย Procidano และ Heller ในปี ค. ศ. 1983 เพื่อวัดการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนและจากครอบครัว ซึ่งทำให้มีผลในการแยกโครงสร้างออกจากเครือข่ายอย่างชัดเจน มี 20 ข้อคำถาม ให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่รู้ ผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของ PSS-Fr 0.88 และ PSS Fa ได้ .90

ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของจิริกา หงษ์ตระกูล (2532) ที่แปลมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981: 277-280) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277) เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และเป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือเพราะผ่านการทดสอบความตรงและความเที่ยงหลายวิธี และพบว่าค่าความตรงกับค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

10. ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดกับการปรับตัว

การปรับตัวต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ที่มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกเข้ามามีอิทธิพลและส่งผลต่อการปรับตัว (Pollock, 1986: 90, 1989a: 53; Pollock et al., 1990: 300) ซึ่งปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาในงานวิจัยนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวตามกรอบทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) แนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212; Linsey, 1992:108) รวมทั้งมีผลการวิจัยมาสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและการปรับตัว โดยกลไกที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและการปรับตัว มีดังนี้

การประเมินความเครียดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (Folkman et al., 1986a; Regan et al., 1988 cited in Landreville and Vezina, 1994; Landreville and Vezina, 1994) เนื่องจากการประเมินความเครียดเป็นด้านลบ คือ เป็นอันตราย/สูญเสียและคุกคาม เกิดจากบุคคลมีความสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือความปลอดภัยทางอารมณ์ (emotional security) สูญเสียเอกลักษณ์ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำและความไม่สงบของอารมณ์สูง (Anderson, 1995) หรือเกิดจากบุคคลมีการประเมินว่าทรัพยากรที่เป็นประโยชน์มีน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีได้ (Landreville และ Vezina, 1994)

ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็นทรัพยากรส่วนบุคคล ที่ทำหน้าที่เสมือนแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดี (Pollock, 1986: 90, 1989a: 53) เป็นสิ่งเชื่อมโยงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ การกระทำของบุคคลเพื่อการพัฒนาการอยู่รอด และการปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Bigbee, 1985) รวมทั้งเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการปรับตัว (Bigbee, 1985; Pollock, 1986, 1989a; Pollock, 1989b cited in Jennings and Staggers, 1994: 278) โดยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม เนื่องจากความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีผลโดยตรงต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pollock, 1986; Pollock et al., 1990)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (Lin et al., 1979; Williams et al., 1981; Kaplan et al., 1983; Billings and Moos, 1982 cited in Taylor and Dakof, 1988: 101) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต (Lazarus and Folkman, 1984: 245-246) ช่วยส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกโดยตรง (House & Kahn, 1985 cited in Meiqiong, 1997:14)

Gottlieb (1983: 24-25) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีอิทธิพลต่อสิ่งทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นสิ่งที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพ 2 แบบ ได้แก่ 1) ผลโดยตรง คือ มีผลในการป้องกันบุคคลออกจากสิ่งทำให้เกิดความเครียด ทำให้บุคคลมีการประเมินภาวะคุกคามว่ามีผลในทางดีหรือเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และมีผลในการส่งเสริมขวัญและกำลังใจและความรู้สึกผาสุก และ 2) การเป็นกันชน คือ ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการควบคุมเมื่อเผชิญกับความเครียดต่างๆ รวมทั้งมีผลในการป้องกันผลกระทบที่จะเกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีปฏิกิริยาทางความเครียดเกิดขึ้น

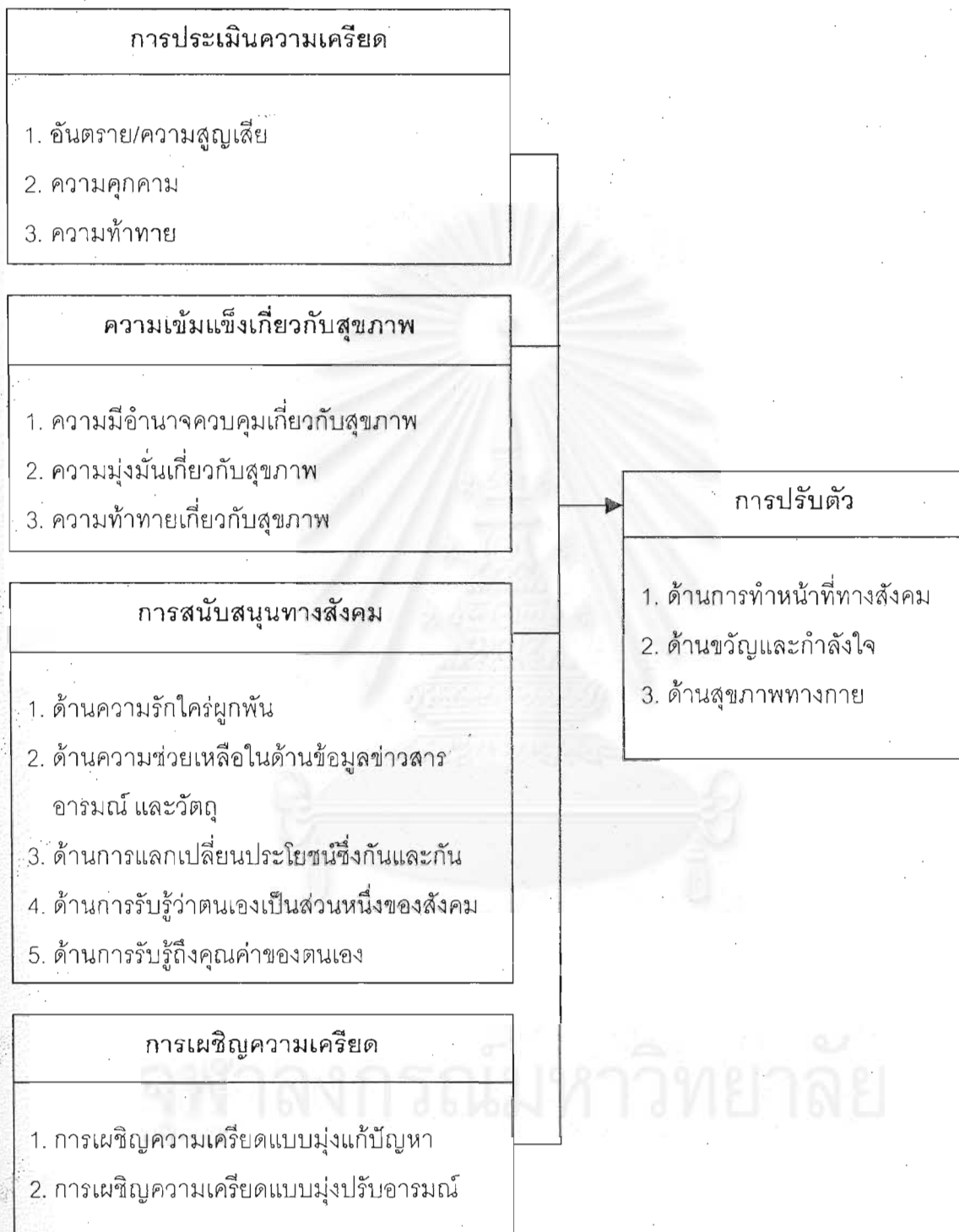
การเผชิญความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย (Yuet et al., 2002: 384) เนื่องจากความพยายามในการเผชิญความเครียดของบุคคลเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยดำรงความผาสุกทางอารมณ์ (Cohen and Lazarus, 1979, Moos, 1982 cited in Felton and Revenson, 1984: 343) การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวด้านบวก (Lazarus and Folkman, 1984)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยดังกล่าว จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของ Lazarus และ Folkman (1984) ร่วมกับแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277; Tilden, 1985: 201; Weinert, 1985: 273; Tilden and Weinert, 1990: 212; Linsey, 1992:108) ซึ่งเมื่อบุคคลมีความเครียดเกิดขึ้น ก็ต้องมีการปรับตัว โดยมีปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกเข้ามามีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยบุคคลที่จะปรับตัวได้ดีต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534: 115) และการปรับตัวที่ดีจะต้องอาศัยองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือการประเมินสถานการณ์ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Aguilera and Messick, 1982: 63-64)

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีความเครียดเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยประเมินความเครียดที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัว โดยการประเมินความเครียดว่าเป็นอันตราย/สูญเสียและคุกคาม จะทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี เนื่องจากบุคคลมีความสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือความปลอดภัยทางอารมณ์ สูญเสียเอกลักษณ์และความมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งมีแหล่งทรัพยากรน้อย ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตและสังคม เนื่องจากความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีผลโดยตรงต่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านร่างกายที่ดีกว่า (Pollock et al., 1990) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด และมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต และการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญต่อการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวด้านบวก (Lazarus and Folkman, 1984) เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยดำรงความผาสุกทางอารมณ์ได้ (Cohen and Lazarus, 1979, Moos, 1982 cited in Felton and Revenson, 1984)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็น การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาล ตำรวจและโรงพยาบาลรามาริบดี เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978: 184) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 130 ราย
2. สุ่มโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 4 แห่ง จาก 10 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่
3. กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 3.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 3.2 อายุไม่เกิน 60 ปี
 - 3.3 ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้หรืออาการทางจิตประสาท
 - 3.4 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย
4. กำหนดเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม น้ำเย็บปล้นหรือมีอาการช็อค จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ในขณะที่ติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

5. ทำการสุ่มแบบระบบ (Systematic Sampling) โดยใช้การจัดลำดับของการรอรับการตรวจในวันและเวลาที่คลินิกเปิดให้บริการ และเป็นวันที่ได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ในแต่ละโรงพยาบาล จากการศึกษาเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่มารอรับการตรวจในคลินิกหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้หน่วยตัวอย่างประชากรในแต่ละวัน จึงจับฉลากเพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้นของการสุ่มและกำหนดช่วงที่ใช้ในการสุ่ม ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 2-3 คน/แห่ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2546 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คน

ผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและรายได้ แสดงในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา (n=130)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	28	21.5
ชาย	102	78.5
สถานภาพสมรส		
โสด	9	6.9
คู่	106	81.5
ม้าย	8	6.2
หย่า	4	3.1
แยกกันอยู่	3	2.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	40	30.8
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	47	36.2
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	6	4.6
ปริญญาตรี	34	26.2
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และพิสัยของอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและรายได้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ข้อมูลทั่วไป	\bar{X}	SD	Min	Max	Range
อายุ (ปี)	53.37	6.53	36.00	60.00	24.00
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (ปี)	4.74	4.97	0.02	27.00	26.98
รายได้ (บาท)	21609.18	65412.53	0.00	720,000.00	720,000.00

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยลักษณะของแบบสอบถามด้านอายุ รายได้และระยะเวลาของการเจ็บป่วยจะเป็นแบบปลายเปิด ส่วนเพศ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาเป็นแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก

ส่วนที่ 2 แบบวัดการประเมินความเครียด มีจำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินความเครียด 3 แบบ ได้แก่

- 1) อันตรราย/ความสูญเสีย จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-9
- 2) ความคุกคาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 10-15
- 3) ความท้าทาย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 16-21

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง
2	ข้อความนั้นเป็นจริงเล็กน้อย
3	ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
4	ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

แปลความหมายคะแนนการประเมินความเครียดแยกเป็นรายด้าน โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการประเมินความเครียดแต่ละด้านตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ด้วยการนำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดของข้อคำถาม จากนั้นนำมาหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการแบ่ง จะทำให้ได้ช่วงคะแนนที่ใช้ในการแบ่งระดับ ซึ่งใน

การวิจัยนี้แบ่งการประเมินความเครียดแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ดังนั้นการหาช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการประเมินความเครียดแต่ละด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินความเครียด มีช่วงคะแนนในการแบ่งระดับเป็น $\frac{4-1}{3} = 1$

แบ่งระดับการประเมินความเครียดแต่ละด้าน ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.00	การประเมินความเครียดอยู่ในระดับต่ำ
2.01 – 3.00	การประเมินความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 – 4.00	การประเมินความเครียดอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการประเมินความเครียด
แบบวัดการประเมินความเครียด มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. สร้างแบบวัดการประเมินความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) โดยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถามการประเมินความเครียดของ Folkman และ คณะ (1986b: 994) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่แบ่งการประเมินความเครียดไว้เพียง 2 ด้าน ได้แก่ อันตรราย/สูญเสียและคุกคาม จำนวน 13 ข้อ ให้ง่ายแก่ความเข้าใจและเหมาะกับวัฒนธรรมไทย ส่วนข้อคำถามด้านทำทนายได้สร้างขึ้นเอง รวมได้ข้อคำถามการประเมินความเครียดทั้งหมด จำนวน 21 ข้อ

2. นำแบบวัดการประเมินความเครียดไปทดสอบคุณภาพ ดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) โดยการนำแบบวัดการประเมินความเครียดที่สร้างขึ้น ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปรผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 1 คน
- 5) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 6) อาจารย์พยาบาลด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

จำนวน 2 คน

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) และใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.80 (Polit and Hungler, 1999: 419) โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยาม ซึ่งกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 1 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม

สูตรในการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คือ

$$\text{ดัชนีความตรงตามเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้พิจารณาปรับข้อคำถามบางข้อให้ชัดเจนและเหมาะสม ภายหลังการปรับปรุงยังมีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อเท่าเดิม และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการประเมินความเครียดเท่ากับ .81

2.2 การหาความเที่ยง (Reliability) จากการนำแบบวัดการประเมินความเครียดที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แยกเป็นรายด้าน และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้

การประเมินความเครียด	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=130)
ด้านอันตราย/ความสูญเสีย	.73	.77
ด้านความทุกข์	.87	.83
ด้านความท้าทาย	.57	.57

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปรับตัว จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาชีพ การงาน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 สภาพแวดล้อมในสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12 และ สัมพันธภาพทางเพศ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-18

2) ด้านขวัญและกำลังใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-24

3) ด้านสุขภาพทางกาย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 25-30

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 7-12, 17, 25-27 และ 29-30 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 13-16, 18-24 และ 28 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	ความหมาย
1 คะแนน	4 คะแนน	ข้อความนั้นไม่เป็นจริง
2 คะแนน	3 คะแนน	ข้อความนั้นเป็นจริงเล็กน้อย
3 คะแนน	2 คะแนน	ข้อความนั้นเป็นจริงปานกลาง
4 คะแนน	1 คะแนน	ข้อความนั้นเป็นจริงมาก

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับ การปรับตัวตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนน ในการแบ่งระดับการปรับตัวเป็น $\frac{4-1}{3} = 1$

แบ่งระดับการปรับตัว ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.00	การปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี
2.01 - 3.00	การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	การปรับตัวอยู่ในระดับดี

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดการปรับตัว

แบบวัดการปรับตัวมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ดัดแปลงแบบวัดการปรับตัวจากแบบวัดการปรับตัวของจันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่งจันทร์ทิพย์สร้างขึ้นเองบางส่วน ร่วมกับการดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของ Derogatis และ คณะ (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) และจันทร์ทิพย์ได้ทดสอบคุณภาพด้วยการ หาความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .89 และ

ค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง คือ ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 80 ราย พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .87

ดัดแปลงเครื่องมือนี้ในส่วนของมาตรวัด เนื่องจากลักษณะมาตรวัดเดิมเป็นแบบให้เลือกตอบแต่ละข้อที่มี 4 ตัวเลือก (Multiple choice) ทำให้คำตอบที่กำหนดให้มีความหลากหลาย เช่น ไม่เกิดปัญหาไปจนถึงทำให้เกิดปัญหาอย่างมาก ไม่มีปัญหาเช่นนี้เลยไปจนถึงเกิดขึ้นเป็นประจำ แยกที่สุดไปจนถึงดีกว่าปกติ และไม่เคยรู้สึกเลยไปจนถึงรู้สึกอย่างมาก เป็นต้น ซึ่งลักษณะคำตอบที่แตกต่างและหลากหลายอาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและยุ่งยากในการตอบ รวมทั้งอาจทำให้เสียเวลาในการพิจารณาลักษณะคำตอบมากเกินไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงดัดแปลงลักษณะข้อคำถามให้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

2. นำแบบวัดการปรับตัวไปทดสอบคุณภาพ ดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบวัดการปรับตัวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปรผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งขอเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 5) อาจารย์พยาบาลทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด จำนวน

1 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อน ได้แก่ ข้อ 23, 28 และ 32 ออก ดังนั้นภายหลังการดัดแปลงและปรับปรุงแบบวัดการปรับตัว จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ จากเดิมมีจำนวน 33 ข้อ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบวัดการปรับตัวเท่ากับ .96

2.2 การหาความเที่ยง โดยการนำแบบวัดการปรับตัวที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคทั้งโดยรวมและรายด้าน และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

ทดลองใช้ (n=30) ใช้จริง (n=130)

การปรับตัวโดยรวม	.91	.91
การทำหน้าที่ทางสังคม	.87	.89
ขวัญและกำลังใจ	.75	.82
สุขภาพทางกาย	.63	.58

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 50 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด 2 ด้าน ได้แก่

1) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นการเผชิญความเครียด 2 วิธี คือ ก. การเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 13, 21, 26 และ ข้อ 37 และ ข. การวางแผนแก้ไขปัญหา จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 20, 30, 39, 40 และ ข้อ 43

2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็นการเผชิญความเครียด 6 วิธี คือ ก. การประเมินค่าใหม่ทางบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 18, 23, 28, 29, 45 และ ข้อ 48 ข. การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 19, 22 และ ข้อ 42 ค. การควบคุมตนเอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 10, 27, 34, 44, 49 และ ข้อ 50 ง. การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 14, 17, 24, 33 และ ข้อ 36 จ. การถอยห่างหรือการเมินเฉย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11, 16, 32 และ ข้อ 35 และ ฉ. การเลียงหนีปัญหา จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7, 12, 25, 31, 38, 41, 46 และ ข้อ 47

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1	ไม่เคยใช้เลย
2	เคยใช้บางครั้ง
3	เคยใช้บ่อยครั้ง
4	เคยใช้ประจำ

แปลความหมายคะแนนแยกเป็นรายด้าน โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการเผชิญความเครียดแต่ละด้านตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการเผชิญความเครียดเป็น $\frac{4-1}{3} = 1$

แบ่งระดับการเผชิญความเครียด ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.00	ใช้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับต่ำ
2.01 - 3.00	ใช้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
3.01 - 4.00	ใช้การเผชิญความเครียดอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ดัดแปลงแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดจาก the Ways of Coping Questionnaire ของ Lazarus และ Folkman ฉบับแปลโดยสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เพราะเป็นเครื่องมือฉบับแปลจากแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป (general scale) และเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ และสิริลักษณ์ได้ทดสอบคุณภาพด้วยการหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81

ดัดแปลงแบบสอบถามนี้ในส่วนของข้อคำถาม ให้เป็นข้อคำถามที่ง่ายแก่ความเข้าใจมากขึ้นแต่ยังคงความหมายตรงกับต้นฉบับ เพราะคำถามบางข้อยากแก่ความเข้าใจ

2. นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดไปทดสอบคุณภาพ ดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

จำนวน 2 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ตัดข้อคำถามที่ไม่นำมาคิดคะแนนออก เพราะจากเดิมข้อคำถามทั้งหมดของต้นฉบับมีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนในการแปลผลจำนวน 50 ข้อ ส่วนอีก 16 ข้อ เพิ่มเข้ามาเพื่อความเป็นธรรมชาติของแบบสอบถามเหลือข้อ

คำถามจำนวน 50 ข้อ นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิยังเสนอแนะให้พิจารณาแปลแบบสอบถามนี้ใหม่ เพราะข้อคำถามบางข้อยากแก่ความเข้าใจ จึงส่งไปแปลที่ศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นแต่ยังคงความหมายตรงกับต้นฉบับ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .80

2.2 การหาความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดที่ผ่านการปรับปรุงและการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาครายด้าน และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้

	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=130)
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.72	.73
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.82	.82

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความรักใคร่ผูกพัน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 10, 11, 19 และ ข้อ 20
- 2) ด้านความช่วยเหลือในข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์และด้านวัตถุ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 14, 15, 22 และ ข้อ 25
- 3) ด้านการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,12,17,21 และ ข้อ 24
- 4) ด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6,8,9,16 และ ข้อ 18
- 5) ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 13 และ ข้อ 23

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 และ ข้อ 25 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 10, 16 และ ข้อ 24 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ	ความหมาย
1 คะแนน	6 คะแนน	ไม่เห็นด้วยมาก
2 คะแนน	5 คะแนน	ไม่เห็นด้วยปานกลาง
3 คะแนน	4 คะแนน	ไม่เห็นด้วยน้อย
4 คะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วยน้อย
5 คะแนน	2 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง
6 คะแนน	1 คะแนน	เห็นด้วยมาก

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น $\frac{6-1}{3} = 1.66$

แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 2.66	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ
2.67 – 4.33	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
4.34 - 6.00	การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมาจากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire Part 2: PRQ Part 2) ของ Brandt และ Weinert (1981: 277-280) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974 cited in Brandt and Weinert, 1981: 277) ฉบับแปลโดยจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ซึ่งลักษณะแบบสอบถามจะเป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss จากแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ โดยจิรภาได้ทดสอบคุณภาพด้วยการหาความเที่ยงจากค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .85 และการวัดซ้ำห่างกัน 2 สัปดาห์ พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .62, p = .03$) และค่าความเที่ยงเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 ต่อจากนั้นได้มีผู้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อีกหลายครั้ง และมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง .77-.92

ดัดแปลงเครื่องมือนี้ในส่วนของมาตรวัดจากเดิมเป็นแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ ให้เป็นแบบลิเคิร์ท 6 ระดับ เนื่องจากมาตรวัดเดิมมีลักษณะคำตอบที่มีค่ากลางซึ่งอาจทำให้ผู้ตอบมีแนวโน้มที่จะตอบคำถามเป็นค่ากลางมาก ซึ่งทำให้การกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติได้ สอดคล้องกับ Burns and Grove (2001: 431) กล่าวไว้ว่า มาตรวัดที่มีลักษณะคำตอบของค่ากลางหรือไม่แน่ใจ จะทำให้ผู้ตอบมีแนวโน้มที่จะตอบคำตอบของค่ากลางมาก ซึ่งทำให้การกระจายของข้อมูลน้อย

2. นำแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมไปทดสอบคุณภาพ ดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมที่ดัดแปลงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปรผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

จำนวน 1 คน

- 5) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับข้อคำถามบางข้อให้เหมาะสมและชัดเจน ได้แก่ 5, 8, 12, 18 และ 21 จึงพิจารณาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม 5 ข้อนี้ให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หลังการปรับปรุงแบบสอบถามมีจำนวน 25 ข้อเท่ากับต้นฉบับ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88

2.2 การหาความเที่ยง โดยการนำแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับการปรับปรุงและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ทั้งโดยรวมและรายด้าน และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกครั้งเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้

	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=130)
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.87	.88
ความรักใคร่ผูกพัน	.62	.62
ความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์และวัตถุ	.46	.63
การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน	.51	.55
การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.62	.58
การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	.86	.76

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่

1) ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 18, 20, 22, 26, 31 และ ข้อ 33

2) ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 7, 23, 25, 28 และ ข้อ 30

3) ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 8, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 24, 27, 29 และ ข้อ 32 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 6 ระดับ

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมี จำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6-8, 12, 14, 18, 20 และ 26-32 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3-5, 9-11, 13, 15-17, 19, 21-25 และ ข้อ 33 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก ข้อคำถามทางลบ ความหมาย

1 คะแนน	6 คะแนน	ไม่เห็นด้วยมาก
2 คะแนน	5 คะแนน	ไม่เห็นด้วยปานกลาง
3 คะแนน	4 คะแนน	ไม่เห็นด้วยน้อย
4 คะแนน	3 คะแนน	เห็นด้วยน้อย
5 คะแนน	2 คะแนน	เห็นด้วยปานกลาง
6 คะแนน	1 คะแนน	เห็นด้วยมาก

แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็น $\frac{6-1}{3} = 1.66$

แบ่งระดับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.66	ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
2.67 - 4.33	ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
4.34 - 6.00	ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ
แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ

ดังนี้

1. ดัดแปลงแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ นิตยา คงชุม (2539) ซึ่ง ศรัณญา เบญจกุล (2538) เป็นผู้แปลมาจาก the Health-Related Hardiness Scale: HRHS ของ Pollock และ Duffy (1990) ตามแนวคิดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock (1986, 1989a) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดของ Selye (1956 cited in Pollock, 1989a: 54) แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus (1966 cited in Pollock, 1989a: 54) และแนวคิดการปรับตัวของ Helson และ Roy (1964, 1966 cited in Pollock, 1989a: 54) เพราะเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจาก Pollock และ Duffy (1990) ได้ทดสอบคุณภาพหลายครั้ง ด้วยการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย แต่ละข้อคำถามอยู่ในช่วง .41-.68 มีการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายใน ได้ค่าอัลฟาโดยรวม .91 และค่าอัลฟารายด้านแต่ละด้านมีค่าเท่ากับ .87 และทดสอบความเที่ยงด้วยการวัดซ้ำ ห่างกัน 6 เดือน ได้ค่าอัลฟาโดยรวม .76 และ ค่าอัลฟารายด้านอยู่ในช่วง .74-.78 ส่วนเครื่องมือฉบับแปล ศรัณญาได้ทดสอบคุณภาพโดยการหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทดสอบความเที่ยงด้วยการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .79 และเมื่อนำไปใช้จริงในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต จำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .82 และนิตยา คงชุม ได้นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .75 และเมื่อนำไปใช้จริงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81

2. นำแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ไปทดสอบคุณภาพ ดังนี้

2.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยการนำแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ดัดแปลงแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา

ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปรผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 7 คน ดังนี้

- 1) อาจารย์พยาบาลด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
- 2) อาจารย์พยาบาลด้านจิตวิทยา จำนวน 1 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข จำนวน 1 คน
- 4) อาจารย์พยาบาลด้านทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด

จำนวน 2 คน

- 5) อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ จำนวน 2 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ตัดข้อคำถามที่ 26 ออก เพราะเป็นข้อคำถามที่ไม่ชัดเจนและไม่มีคำตอบคล้องกับคำนิยาม ดังนั้นข้อคำถามในงานวิจัยนี้จึงมีจำนวน 33 ข้อ จากเดิม 34 ข้อ และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82

2.2 การหาความเที่ยง โดยการนำแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ได้รับการปรับปรุงและการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค์ทั้งโดยรวมและรายด้าน และหาค่าความเที่ยงซ้ำอีกเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ได้ผลดังนี้

	ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค์	
	ทดลองใช้ (n=30)	ใช้จริง (n=130)
ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวม	.85	.85
ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ	.79	.77
ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ	.74	.57
ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ	.46	.63

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลตามวันและเวลา ดังนี้

โรงพยาบาลราชวิถี	วันจันทร์	เวลา 13.00-16.00 น.
	วันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	วันจันทร์ ถึงวันศุกร์	เวลา 08.00-12.00 น.
โรงพยาบาลตำรวจ	วันพุธ	เวลา 13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลรามาริบัติ	วันอังคาร	เวลา 13.00-16.00 น.

2. เข้าพบหัวหน้าแผนกและเจ้าหน้าที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. สํารวจแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง ล่วงหน้าก่อนที่จะเป็นวันที่ได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบระบบ

4. แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจ ชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พัททษสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเป็นการตอบแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยประเมินการปรับตัว การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียด พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจ จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้วและมารอรับยาที่ห้องจ่ายยา

7. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและซักถามเพิ่มเติม

8. ดำเนินการตามข้อ 3-7 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด 130 ราย จึงนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลรามารัตน์ ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัยและผลกระทบจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อผู้ป่วยหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ในกรณีที่ผู้ป่วยยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อผู้ป่วยหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์
2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistic Package for the Social Science/Personal Computer) ตามลำดับดังนี้
 - 2.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา โดยใช้ความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และรายได้โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย
 - 2.2 การศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัว โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดกับการปรับตัว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

2.4 สร้างสมการถ้อยพยากรณ์การปรับตัว จากตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด โดยใช้ การวิเคราะห์ถ้อยถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

3. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ 0.05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3-8

ตอนที่ 2 การสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 9-11

ในการวิจัยนี้ ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สัญลักษณ์	ความหมาย
Min	ค่าต่ำสุด
Max	ค่าสูงสุด
\bar{X}	คะแนนเฉลี่ย
N	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
SD	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
r	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
t	ค่าสถิติทดสอบ t
F	ค่าสถิติทดสอบ F
R	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
R ² change	ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น
b	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
Beta	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
SE.b	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าคงที่และตัวแปรอิสระ

ตอนที่ 1 การศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3-8

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการประเมินความเครียดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้าน (n=130)

การประเมินความเครียด	\bar{X}	SD	ระดับ
ความท้าทาย	2.71	0.58	ปานกลาง
ความคุกคาม	2.24	0.87	ปานกลาง
อันตราย/ความสูญเสีย	1.83	0.58	ต่ำ

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายประเมินความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยของตนเองเป็นความท้าทายและความคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.71 และ 2.24 ตามลำดับ และมีการประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสียอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.83

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=130)

ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ
ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ	5.29	0.72	สูง
ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ	4.90	0.68	สูง
ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ	4.83	0.79	สูง
ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม	4.94	0.64	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.94 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพด้านความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.29 รองลงมาคือ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพด้านความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพและด้านความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.90 และ 4.83 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=130)

การสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรักใคร่ผูกพัน	5.20	0.71	สูง
การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง	5.16	0.82	สูง
การแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน	4.99	0.74	สูง
การรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	4.95	0.84	สูง
ความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์และวัตถุ	4.80	0.93	สูง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	5.02	0.64	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.02 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยการสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพันมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.20 รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากสูงสุดไปหาค่าต่ำสุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมด้านการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมด้านการรับรู้ที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคมด้านความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ข่าวสาร อารมณ์และวัตถุ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.16, 4.99, 4.95 และ 4.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายด้าน (n=130)

การเผชิญความเครียด	\bar{X}	SD	ระดับ
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	2.49	0.47	ปานกลาง
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	2.38	0.37	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.49 และ 2.38 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=130)

การปรับตัว	\bar{X}	SD	ระดับ
ขวัญและกำลังใจ	3.38	0.70	ดี
การทำหน้าที่ทางสังคม	3.09	0.67	ดี
รายด้านสภาพแวดล้อมในสังคม	3.43	0.69	ดี
รายด้านอาชีพการงาน	3.13	0.77	ดี
รายด้านสัมพันธภาพทางเพศ	2.84	0.90	ปานกลาง
สุขภาพทางกาย	3.07	0.61	ดี
การปรับตัวโดยรวม	3.14	0.56	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.14 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการปรับตัวอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเรียงจากสูงสุดไปหาค่าต่ำสุด คือ การปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมและการปรับตัวด้านสุขภาพทางกาย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38, 3.09 และ 3.07 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารายด้านย่อยของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า การทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสภาพแวดล้อมในสังคม และรายด้านอาชีพการงานอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.43 และ 3.13 ตามลำดับ ส่วนการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสัมพันธภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.84

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
จำแนกตามรายข้อ (n=130)

รายการการปรับตัว	\bar{X}	SD	ระดับ
การทำหน้าที่ทางสังคม	3.09	0.67	ดี
รายด้านอาชีพการงาน	3.13	0.77	ดี
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นปัญหาต่อการทำงานหรืองานบ้านของฉัน	2.81	1.20	ปานกลาง
2. ขณะนี้ฉันสามารถทำงานหรือประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน ได้เหมือนเดิม	2.85	1.23	ปานกลาง
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยทำให้ฉันต้องหยุดงานหรือ ทำงานไม่ได้ มากกว่า 2 สัปดาห์	3.47	1.02	ดี
4. การทำงานหรืองานบ้านของฉันในขณะนี้ยังคงมีความสำคัญต่อฉัน มากเท่ากับก่อนเจ็บป่วย	2.97	1.16	ปานกลาง
5. การเจ็บป่วยทำให้ฉันต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในการทำงาน	2.91	1.28	ปานกลาง
6. ตั้งแต่เจ็บป่วย ฉันสังเกตว่า ฉันกับผู้ร่วมงานหรือคนในบ้าน มีการถกเถียงหรือมีปัญหาเข้ากันไม่ได้	3.75	0.64	ดี
รายด้านสภาพแวดล้อมในสังคม	3.43	0.69	ดี
7. ฉันยังคงให้ความสนใจกับการใช้เวลาว่างหรืองานอดิเรก เช่น ชมรายการโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ อ่านหนังสือ เหมือนที่เคยทำมาก่อนเจ็บป่วย	3.72	0.66	ดี
8. ในระยะนี้ฉันยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจหรือเคยทำ เหมือนก่อนเจ็บป่วย	3.29	0.96	ดี
9. ในระยะนี้ฉันให้ความสนใจในการใช้เวลาว่างกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ท่องเที่ยว เล่นกีฬา ซ้อมของ เหมือนก่อนเจ็บป่วย	3.51	0.90	ดี
10. ฉันยังคงเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ กับสมาชิกในครอบครัว เหมือนที่เคยทำมาก่อนเจ็บป่วย	3.50	0.87	ดี
11. ฉันสนใจการมีกิจกรรมในสังคม เช่น เข้าร่วมกิจกรรมชมรม งานเลี้ยง งานบุญ เหมือนก่อนเจ็บป่วย	3.33	1.00	ดี
12. ฉันยังคงทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับเพื่อน ๆ เหมือนที่เคยทำก่อนเจ็บป่วย	3.21	1.01	ดี
รายด้านสัมพันธภาพทางเพศ	2.84	0.90	ปานกลาง
13. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างฉันกับคู่รักหรือคู่สมรส ลดลงกว่าก่อนการเจ็บป่วย	3.55	0.92	ดี
14. ความเจ็บป่วยทำให้ฉันมีความสนใจในกิจกรรมทางเพศ ลดลงกว่าก่อนเจ็บป่วย	2.65	1.25	ปานกลาง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
จำแนกตามรายชื่อ (n=130) (ต่อ)

รายการการปรับตัว	\bar{X}	SD	ระดับ
15. ความเจ็บป่วยทำให้การมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ของฉัน ลดลงกว่าก่อนเจ็บป่วย	2.55	1.24	ปานกลาง
16. ความสุขและความพึงพอใจที่ได้รับจากการมี เพศสัมพันธ์ของฉันลดลงกว่าก่อนเจ็บป่วย	2.69	1.21	ปานกลาง
17. ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ของฉันยังเหมือนก่อนการเจ็บป่วย	2.31	1.22	ปานกลาง
18. ความเจ็บป่วยขัดขวางการมีความสัมพันธ์ทางเพศ จนเป็นเหตุให้ฉันทะเลาะกับคู่สมรสของฉัน	3.71	0.76	ดี
ขวัญและกำลังใจ	3.38	0.70	ดี
19. ในระยะนี้ ฉันรู้สึกกลัว ตึงเครียด ตกใจง่าย หรือกังวลใจ	3.20	1.04	ดี
20. ในระยะนี้ ฉันไม่สนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำ หรือรู้สึกเศร้าใจ หรือหมดหวังในชีวิต	3.58	0.88	ดี
21. ในระยะนี้ ฉันโกรธง่าย หงุดหงิด หรือควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้	3.38	0.83	ดี
22. ในระยะนี้ ฉันรู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง หรือรู้สึกว่าทำให้คนอื่นเป็นทุกข์	3.34	0.97	ดี
23. ในระยะนี้ ฉันรู้สึกว่าตนเองตกต่ำหรือ ไร้คุณค่า	3.49	0.97	ดี
24. ในระยะนี้ ฉันรู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยทำให้รูปร่างหน้าตาของฉัน เปลี่ยนแปลงไป	3.29	1.04	ดี
สุขภาพทางกาย	3.07	0.61	ดี
25. สุขภาพของฉันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นปกติดี	3.16	1.09	ดี
26. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันเคยไม่มีอาการเจ็บหรือแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก	2.92	1.15	ปานกลาง
27. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันไม่เคยมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ	3.18	1.11	ปานกลาง
28. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันมีอาการไม่สุขสบายภายในห้อง เช่น ห้องอึด แน่นห้องเกือบทุกวัน	3.34	0.90	ดี
29. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ฉันไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย	2.57	1.24	ปานกลาง
30. หลังจากตื่นนอนในแต่ละวัน ฉันรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า	3.25	0.92	ดี
การปรับตัวโดยรวม	3.14	0.56	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่า การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อ 6 ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้าน อาชีพการงาน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.75 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 17 ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.31 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละรายด้าน พบว่า การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้าน สภาพแวดล้อมและการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับดีทุกข้อ ส่วนการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านอาชีพการงานและรายด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5 และ 14-17 โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.81-2.97 และ 2.31-2.69 ตามลำดับ และการปรับตัวด้านสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 26 และ 29 มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.92 และ 2.57 ตามลำดับ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 การสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจากตัวแปร
การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
การเผชิญความเครียด

แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9-11

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ
การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในรูป
ของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย 1.00								
2. การประเมินความเครียดด้านความทุกข์	.700**	1.00						
3. การประเมินความเครียดด้านความท้าทาย.110	-.032	1.00						
4. ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ	-.236**	-.333**	.423**	1.00				
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.213*	-.297**	.269**	.504**	1.00			
6. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา	.045	.143	.227**	.292**	.278**	1.00		
7. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์	.156	.209*	.178*	.148	.181*	.729**	1.00	
8. การปรับตัว	-.563**	-.632**	.055	.459**	.408**	.045	-.110	1.00

**p<.01, *p<.05

จากตารางที่ 9 พบว่า การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย และการประเมิน
ความเครียดด้านความทุกข์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -.563 และ -.632
ตามลำดับ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ เท่ากับ .459 และ .408 ตามลำดับ ส่วนการประเมินความเครียดด้านความท้าทายและ
การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ทางด้านไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญ
ความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับการประเมินความเครียดด้านความทุกข์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านความท้าทายมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .729, .700,
.504 และ .423 ตามลำดับ การประเมินความเครียดด้านความทุกข์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ
ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -.333 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์ที่ได้รับเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้น ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ลำดับขั้นตัวแปรพยากรณ์	R	R ²	R ² change	F
1. ความคุกคาม	.632	.399	.399	84.925**
2. ความคุกคาม, ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ,	.684	.468	.069	55.925**
3. ความคุกคาม, ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ, อันตราย/ความสูญเสีย	.705	.497	.028	41.422**
4. ความคุกคาม, ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ, อันตราย/ความสูญเสีย, การสนับสนุนทางสังคม	.716	.512	.015	32.780**

**p<.01

จากตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีตัวแปรพยากรณ์ที่มีลำดับขั้นการพยากรณ์จากตัวแปรที่ 1 ถึงตัวแปรที่ 4 ได้แก่ การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 39.90, 46.80, 49.70 และ 51.20 ตามลำดับ และมีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 39.90, 6.90, 2.80 และ 1.50 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของการประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม ในการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE.b	Beta	t
ความคุกคาม	-1.150	.295	-.354	-3.897**
อันตราย/ความสูญเสีย	-.764	.286	-.234	-2.677**
ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ	.170	.060	.212	2.862**
การสนับสนุนทางสังคม	.154	.078	.146	1.987**
Constant = 75.130		R = .716	R ² = .512	

**p<.01, *p<.05

จากตารางที่ 11 พบว่า ตัวแปรที่สามารถสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ประกอบด้วย การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีอำนาจในการพยากรณ์ได้ร้อยละ 51.20 และสามารถเขียนสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ

การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย = 75.130 - 1.150 (การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม)
 - 0.764 (การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย)
 + 0.170 (ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ)
 + 0.154 (การสนับสนุนทางสังคม)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย = - 0.354 (การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม)
 - 0.234 (การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย)
 + 0.212 (ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ)
 + 0.146 (การสนับสนุนทางสังคม)

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากตัวแปรการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ อายุไม่เกิน 60 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้มาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ด้วยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978: 184) ได้จำนวน 130 ราย สุ่มโรงพยาบาล 4 แห่งจาก 10 แห่ง โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และนำมาสุ่มโดยใช้วิธีสุ่มแบบระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดการประเมินความเครียด ส่วนที่ 3 แบบวัดการปรับตัว ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 6 แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงด้วยการทดลองใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 ราย และนำแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงแบบวัดการประเมินความเครียดด้านอันตรายสูญเสีย ด้านความคุกคามและด้านความท้าทายเท่ากับ .73, .87 และ .57 ตามลำดับ แบบวัดการปรับตัว เท่ากับ .91 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ .72 และ .82 ตามลำดับ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .87 และแบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ เท่ากับ .85 และหลังจากนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 130 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .77, .83, .57, .91, .73, .82, .88 และ .85 ตามลำดับ

ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2546 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด พิสัย ความถี่ ร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการประเมินความเครียดด้านความท้าทายและด้านความคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.71$ และ 2.24 ตามลำดับ) และมีการประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสีย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.83$)
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.94$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน
3. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.02$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน
4. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.49$ และ 2.38 ตามลำดับ)
5. การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=3.14$)
6. การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีอำนาจการพยากรณ์ได้ร้อยละ 51.20 ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้
 การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย = -0.354 (การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม)
 -0.234 (การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย)
 $+0.212$ (ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ)
 $+0.146$ (การสนับสนุนทางสังคม)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ จะอภิปรายประเด็นสำคัญที่ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.1 ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายมีการประเมินความเครียดเป็นด้านความท้าทายมากกว่าการประเมินความเครียดด้านความคุกคามและอันตราย/ความสูญเสีย และมีความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง น่าจะเกิดจากลักษณะนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่บุคลิกภาพแบบเอ ซึ่งนอกจากจะมีลักษณะของการมีพฤติกรรมการแข่งขัน มีแรงขับหรือแรงกระตุ้นสูง เคลื่อนไหวรวดเร็ว มีความรู้สึกที่เป็นปรปักษ์หรือเป็นศัตรูกับบุคคลอื่นสูง ใจร้อนหรือไม่อดทน หงุดหงิดฉุนเฉียว ขี้รำคาญ พุดตรงไปตรงมาแล้ว ยังพบว่าจะมีลักษณะภาวะผู้นำ เชื้อมั่นในตนเองสูง มีอำนาจ และจริงจัง (Brown and Tanner, 1998: 207; Kawachi, 1998) หรือมุ่งมั่น (Lazarus and Folkman, 1984: 122) ซึ่งบุคลิกลักษณะเหล่านี้ น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกของความสามารถ หรือมีความมุ่งมั่นที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 65-77) กล่าวว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และหากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ ก็จะทำบุคคลนั้นประเมินความเครียดเป็นความท้าทายได้ นอกจากนี้บุคลิกลักษณะของภาวะผู้นำ มีอำนาจและจริงจัง ยังน่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ หรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง

1.2 ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแบบเครือญาติมีความใกล้ชิดผูกพันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และถึงแม้จะอยู่ในสถานภาพสมรสอื่นๆ แต่ยังคงอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งระบบครอบครัวจะเป็นแหล่งการสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดมากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส (McElveen, 1978: 320; Brown, 1986: 4) เพราะครอบครัวเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม ประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ และช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Miller, 1995: 224-226) ส่งเสริมพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Franks, et al., 1992 cited in Hupcey & Morse, 1995) และ Cutrona (1996: 58-78) กล่าวว่า การสนับสนุนจากคู่สมรส จะช่วยป้องกันความเครียด ป้องกันภาวะซึมเศร้า ช่วยลดความรุนแรงของความขัดแย้ง ส่งเสริมความไว้วางใจ ความรักใคร่ผูกพัน และความอ่อนโยน

1.3 ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hianhua (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่ขัดแย้งกับ Scherck (1992: 327-334) พบว่า ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดทุกวิธี โดยการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายใช้มากที่สุด คือ การมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ รองลงมาเป็น

วิธีที่มีคะแนนเฉลี่ยของการใช้เท่ากัน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหาซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการควบคุมตนเองซึ่งเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีวิธีอื่นๆ ที่เป็นเป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ คือ การแสวงหากการเกื้อหนุนทางสังคม ความเชื่อในโชคชะตา (fatalistic) การเลี่ยงหนีปัญหา (evasive) การแสดงอารมณ์ (emotive) และการบรรเทาความเครียด (palliative) ตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าวจะพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายและแตกต่างกัน อาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะการตอบสนองต่อความเครียดที่ต่างกัน ทำให้เลือกใช้การเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยบางรายอาจอยู่ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเกิดอาการด้านหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่แน่นอน ทำให้มีความเครียดในระดับสูง แต่บางคนอาจผ่านระยะเฉียบพลันไประยะหนึ่ง ซึ่งเวลาที่ผ่านไปจะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง และบางคนผ่านระยะการเจ็บป่วยมานานจนเป็นภาวะเรื้อรัง ก็จะทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังได้อีก ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folman (1984:169) ที่กล่าวว่าโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ประเภทพร้อมกัน แต่อย่างน้อยแตกต่างกันและเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมิน โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดระดับต่ำอาจเลือกใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบลดอารมณ์ตึงเครียดหรือใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า และเมื่อความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ตึงเครียดแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ Folkman และ Lazarus (1980) ที่พบว่า บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะใช้การเผชิญความเครียดที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความต้องการ แหล่งประโยชน์ ผลกระทบและข้อจำกัดของสถานการณ์นั้น นอกจากนี้ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folman (1984:164) กล่าวว่า การเลือกวิธีการเผชิญความเครียดยังมีปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์มาเกี่ยวข้อง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จึงน่าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ได้

จากการผลการวิจัยที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายดังกล่าว พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมตามสถานการณ์ ความต้องการ แหล่งประโยชน์ ผลกระทบและข้อจำกัดของสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการปัญหาที่เหมาะสม และส่งผลต่อการปรับตัวที่ดีได้

1.4 การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.14 และการปรับตัวรายด้านจัดอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคะแนนการปรับตัวด้าน

ขวัญและกำลังใจเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการปรับตัวด้านสุขภาพทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แสดงว่าการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการปรับตัวค่อนข้างดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรค (Killip classification) อยู่ในระดับ 1 (Killip I) เหมือนกับในการวิจัยคั้งนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอุปสรรคในการทำงานหรือการดำรงบทบาทต่างๆ ไม่มีอาการหัวใจล้มเหลว และจะมีการพยากรณ์โรคที่ดีกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 2-4 (ยศวีร์ สุขุมาลัยจันทร, 2524: 308; สุรพันธ์ สุทธิสุข, 2541: 189) สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984: 159) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีสุขภาพดีหรือแข็งแรงกว่าจะสามารถอดทนต่อปัญหาและสามารถจัดการกับความเครียด เพื่อให้ตนเองอยู่ในภาวะสมดุลมากที่สุด ซึ่งหมายถึงการปรับตัวที่ดีนั่นเอง

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ นำมาศึกษาส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 5.81 ปี ใกล้เคียงกับการวิจัยคั้งนี้ ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.74 ปี แบ่งเป็นระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ถึงร้อยละ 56.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริงรอง นาทองคำ (2542) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่นำมาศึกษามีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46 ซึ่งระยะเวลาของการเจ็บป่วยในช่วงนี้น่าจะเป็นช่วงที่พ้นระยะเฉียบพลันของโรคมาแล้ว และไม่เป็นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากจนเป็นภาวะเรื้อรัง ที่อาจทำให้ระดับสมรรถภาพของหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลงตามการดำเนินของโรค ซึ่งจะมีผลต่อระดับความเครียด การตอบสนองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยในระยะเฉียบพลันจะก่อให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์ได้มาก ตามที่ Belmont (2000:383-390) กล่าวไว้ว่า การตอบสนองด้านอารมณ์ต่อความเครียดเป็นการตอบสนองที่พบมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความไม่พอใจมากกว่าความพอใจ และรูปแบบการตอบสนองด้านอารมณ์ที่พบมากที่สุด คือ ความหวาดหวั่น วิตกกังวลและกลัว ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความผาสุกและการปรับตัวได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 99) ที่พบว่า ถ้าอยู่ในช่วงแรกของการมีความเครียด จะมีกลไกการป้องกันและการขัดขวางหรือต่อสู้เกิดขึ้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปหรือการเผชิญต่อความเครียดที่รุนแรงเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความอ่อนเพลียหรือหมดกำลังใจ จากการศึกษาของ Buchanan และคณะ (1993) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ได้แก่ ความโกรธ วิตกกังวล ปฏิเสธและซึมเศร้า ในระยะเฉียบพลันหรือระยะ 1-4 วันแรกหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุด และเมื่อถึงระยะ 6 เดือน ความวิตกกังวลจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การปรับตัวรายด้านของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีคะแนนการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาเป็นการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนการปรับตัวด้านสุขภาพทางกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.5) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก การประคับประคองและความเข้าใจ ส่งผลให้มีขวัญและกำลังใจที่ดีได้ ซึ่ง Caplan (1974 cited in Roth, 1989) กล่าวว่า คู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัว ที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการลดความเครียดให้แก่บุคคล โดยคู่สมรสจะทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมและให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นแหล่งให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำแนะนำและเป็นตัวกลางในการแก้ไขปัญหาหรือช่วยในการควบคุมอารมณ์ เป็นผู้ดูแลและให้ความช่วยเหลือ เป็นที่พักพิงและพึ่งพาอาศัยได้ทั้งในยามปกติและขณะเจ็บป่วย ซึ่งจากหน้าที่ของคู่สมรสดังกล่าวจะส่งผลให้บุคคลมีความสุขได้ และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยของ Cutrona (1996: 57-58) สรุปได้ว่า คู่สมรสมีบทบาทในการป้องกันความเครียด และสามารถช่วยให้คู่ครองของตนปรับตัวได้ จากการมีความรักใคร่ผูกพัน ความไว้วางใจและความอ่อนโยนต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Waltz และคณะ (1988 cited in Holahan and Holahan, 1997: 346) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันกันในระดับสูง จะมีการปรับตัวในระยะยาวดีกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีสถานภาพสมรสคู่ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันกันในระดับต่ำ และ Bedsworth และ Molen (1982) และ Nymathi (1987) พบว่า คู่สมรสเป็นบุคคลสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและด้านอารมณ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ที่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 แบ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 59-60 ปี เป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 30.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่น่าจะมีภาวะความรับผิดชอบด้านอาชีพการงานลดน้อยลงหรือบางคนก็ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้ว ทำให้ไม่เกิดความเครียดหรือทุกข์ทรมานจากการประกอบอาชีพหรือหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมทั้งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ที่มีอายุในช่วงนี้จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง เพราะตนเองอายุมากแล้วสามารถทำใจหรือปลงได้ ซึ่งจะแตกต่างจากผู้ที่มีอายุน้อย ที่จะยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองได้น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Petrie และคณะ (1996: 1193) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า จะรับรู้ว่ามีผลกระทบด้านลบต่อชีวิตของตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก

เมื่อพิจารณารายด้านย่อยของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสัมพันธ์สภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด รวมทั้งเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีเพียงการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจและการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม

เท่านั้น ที่มีคะแนนอยู่ในระดับดีทุกข้อ ส่วนการปรับตัวด้านสุขภาพทางกายและการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านอาชีพการงานและรายด้านสัมพันธภาพทางเพศ ยังมีรายการการปรับตัวที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง และรายการที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเป็นรายการที่อยู่ใน การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านสัมพันธภาพทางเพศ ซึ่งรายการการปรับตัวที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเหล่านี้ ได้แก่ ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือการประกอบอาชีพ การมีเพศสัมพันธ์ ความสนใจและความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งความสุขและความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์น้อยลงกว่าก่อนเจ็บป่วย และอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นหลังความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หน้ามืด เวียนศีรษะและอาการไม่สุขสบายภายในห้อง

จึงกล่าวได้ว่าประเด็นสำคัญของปัญหาด้านการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มนี้คือ รายด้านสัมพันธภาพทางเพศที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งน่าจะเกิดจากความขัดแย้งกับคู่ครอง จากการที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะเริ่มมีความสัมพันธ์ทางเพศ เนื่องจากไม่สามารถคงสภาพหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ได้ (Okoniewski, 1979: 1, Sikorski, 1985: 74 อ้างใน ปิยนุช รักพาณิชย์, 2542: 80; Stern et al., 1977: 1680) หรือปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากกลัวจะเป็นอันตราย จึงไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ (ศิริอร สินธุ, 2526: 5; ปิยนุช รักพาณิชย์, 2542: 80) สอดคล้องกับ Hamilton และ Seidman (1993) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากที่มีเพศสัมพันธ์น้อยลง เนื่องจากความวิตกกังวลและขาดความรู้ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากงานวิจัยนี้ พบว่า ยังมีผู้ป่วยที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือบางรายก็มีเพศสัมพันธ์น้อยลงกว่าก่อนเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีความรู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร และกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ คือ กลัวการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและกลัวความตาย ซึ่งจากสภาพปัญหานี้แสดงให้เห็นว่ามีการมองข้ามหรือไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ เพราะเรื่องเพศหรือเพศสัมพันธ์เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม วัฒนธรรมและเป็นประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก (Sensitive) จึงทำให้ถูกผู้ป่วยไม่กล้าที่จะสอบถาม รวมทั้งพยาบาลไม่กล้าที่จะซักถามหรือให้ข้อมูลด้านนี้ ส่งผลด้านลบต่อผู้ป่วยคือได้รับข้อมูล ความรู้และคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์น้อยมาก สอดคล้องกับ Hamilton และ Seidman (1993) พบว่า มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพียง 6% เท่านั้นที่ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศจากพยาบาล Baggs และ Karch (1987) พบว่า มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิงเพียง 3% เท่านั้นที่ได้บอกถึงความวิตกกังวลด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ Steinke และ Patterson-Midgley (1996) พบว่า มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพียง 33% เท่านั้นที่ได้รับข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ดีขึ้น ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย

ของ Steinke (2002; 348) พบว่า มีหลายงานวิจัยที่มีแนวทางการสอนให้ความรู้และการให้คำปรึกษา เรื่องเพศแก่ผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรืออาจใช้การพัฒนาวิดีโอเทปเพื่อการให้คำปรึกษา เรื่องเพศภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามที่ Steinke (2002) ได้แนะนำไว้ว่าการสอนให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่จะเป็นการทำขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่การใช้วิดีโอเทป สามารถให้ผู้ป่วยนำกลับไปดูที่บ้านได้ ซึ่งจะทำให้มีความเป็นส่วนตัวและสามารถศึกษาได้บ่อย เท่าที่ต้องการ เป็นการลดประเด็นเรื่องการไวต่อความรู้สึก (Sensitive) ได้

ส่วนประเด็นปัญหาการปรับตัวด้านสุขภาพทางกายและการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านอาชีพการงาน ได้แก่ ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการทำงานหรือ การประกอบอาชีพ และอาการด้านร่างกายที่เกิดขึ้นหลังความเจ็บป่วย ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หน้ามืด เวียนศีรษะและอาการไม่สุขสบายภายในท้อง ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการศึกษาครั้งนี้ น่าจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกันของการปรับตัวทั้ง 2 ด้านดังกล่าว โดยการเจ็บป่วย ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก และหากมีการทำหน้าที่ของหัวใจไม่ดี หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็จะทำให้มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก ส่งผลต่อสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย คือ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และย้อนกลับมาสู่อาการทางกายที่เกิดจากความเครียด หรือ วิตกกังวล คือ อาการไม่สุขสบายภายในท้องได้ นอกจากนี้อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบและ หายใจลำบาก ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการปรับตัวด้าน สุขภาพทางกายและการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคมรายด้านอาชีพการงานที่เหมาะสม ซึ่ง จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ น่าจะใช้กิจกรรมการฟื้นฟูหัวใจ เพราะจากคำนิยาม การฟื้นฟูหัวใจขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจดีขึ้นทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถช่วยให้ ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด (สุวรรณณี จรุงจิตอรารี, 2540: 211) และจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ของ Brewer, Phillips และ Boss (2002: 724) พบว่า การฟื้นฟูหัวใจมีประโยชน์ต่อสุขภาพ เนื่องจากช่วยลดความซึมเศร้า เพิ่มระดับ พลังงาน เพิ่มศักยภาพในการออกกำลังกาย การทำหน้าที่และส่งเสริมการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ ทางสังคม ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมได้นำเสนอไว้ในแนวทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัว ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว

2. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากตัวแปร การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญ ความเครียด

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การประเมินความเครียดด้านความทุกข์ ความเข้มแข็ง เกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยมีอำนาจการพยากรณ์การปรับตัวได้ร้อยละ 51.20 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ว่า การประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ส่วนที่เหลือร้อยละ 48.80 ไม่สามารถอธิบายได้จาก การศึกษาครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 308) กล่าวไว้ ได้แก่ 1) ด้านสังคม คือ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม วัฒนธรรม ระบบสถาบัน โครงสร้างของกลุ่ม เครือข่ายทางสังคม 2) ด้านจิตวิทยา แบ่งเป็น ก) ด้านบุคคล คือ ความยึดมั่น ผูกพัน ข) ด้านสิ่งแวดล้อม คือ ปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ ความต้องการ ระยะเวลาก่อนที่จะ เกิดเหตุการณ์ ระยะเวลาการดำเนินเหตุการณ์ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ และ 3) ด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม รูปแบบการตอบสนองด้านสรีรวิทยาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามลำดับการเข้าสู่สมการพยากรณ์ การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ดังนี้

2.1 การประเมินความเครียดด้านความทุกข์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.632$) และสามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 39.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($R = .632$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bennett (1993: 131-139) พบว่า ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ประเมินความเจ็บป่วยของตนเองเป็นภาวะคุกคามในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่ดีได้ Landreville และ Vezina (1994) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเมินความเครียดที่เกิด จากความเจ็บป่วยของตนเอง เป็นอันตรายและคุกคามจะมีการปรับตัวที่ไม่ดี และ Anderson (1995) พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ประเมินความเจ็บป่วยของตนเองเป็นภาวะคุกคามจะมีการปรับตัวที่ไม่ดี โดยในผู้ป่วยเพศหญิง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและการประเมินความทุกข์ สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์การปรับตัวด้านอารมณ์ที่ผิดปกติ ได้ ร้อยละ 58 สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์การปรับตัวด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ได้ร้อยละ 72 ส่วน ในเพศชาย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี การประเมินความทุกข์ และ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์การปรับตัวด้านการควบคุมต่อ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ได้ร้อยละ 47

การประเมินความเครียดด้านความทุกข์ สามารถพยากรณ์การปรับตัว ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้ว่า การประเมินความเครียดด้านคุกคาม เป็นการประเมินความเครียดด้านลบที่เกิดจาก บุคคลคาดหวังว่าสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ จะทำให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อตนเอง ในอนาคต และรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้น้อย หรือเกิดจากบุคคลขาด

ความมั่นคงทางอารมณ์ และมีแหล่งประโยชน์น้อย หรือหาแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ได้น้อย หรืออาจกล่าวได้ว่าขาดความสมดุลของความต้องการและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี (Folkman et al., 1986; Regan et al., 1988 cited in Landreville and Vezina, 1994; Landreville and Vezina, 1994)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดความเครียดเนื่องจากสุขภาพของตนเอง เพราะจากลักษณะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงเฉียบพลัน มีการกลับเป็นซ้ำเสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันและเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จึงทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่ปลอดภัย ส่งผลต่อการเกิดความกลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา อังกาบรณะ (2527: 24) พบว่า ผู้ป่วยแสดงความกลัวออกมา คือ ไม่กล้าทำอะไรเลย ทั้งๆ ที่ได้รับอนุญาต หรือคำแนะนำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แล้ว นอกจากนี้ McCare (1984) พบว่า ผู้ที่ประเมินความเครียดเป็นความคุกคามจะใช้การเผชิญความเครียดด้วยการคิดเพื่อฝัน จินตนาการ เชื่อในเรื่องโชคชะตาและศาสนา โดยไม่มีการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาาร่วมด้วย ทำให้ปัญหา ยังคงไม่ได้รับการแก้ไข หรือเกิดการปรับตัวที่ไม่ดี

2.2 ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.459$) เมื่อนำเข้าสมการเป็นอันดับที่สอง พบว่า มีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 6.9 โดยการประเมินความเครียดด้านความคุกคามและความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 46.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($R=.684$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีธัญญา เภญจุล (2538) พบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยปลุกถ่ายไตที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี ได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นิตยา คงชุม (2539) พบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 19 รวมทั้งพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมได้ร้อยละ 22 และลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ และคณะ (2541) พบว่า ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และพบว่าความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ร้อยละ 38

ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพสามารถพยากรณ์การปรับตัวได้ เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 65-77) กล่าวว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และหากบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ หรือทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เนื่องจากความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพเป็นบุคลิกภาพที่จะส่งผลให้บุคคลมีจัดการกับสถานการณ์ และมีการปรับตัวที่แตกต่างกันต่อสถานการณ์เดียวกัน (นิภา นิธิยานน, 2530: 33-34) รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งของ Pollock (1986: 90; 1989: 53; Pollock and Duffy, 1990: 218) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี จะมีโครงสร้างส่วนบุคคลที่แตกต่างจากบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่ดี และโครงสร้างส่วนบุคคลที่แตกต่างนี้ก็คือความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะที่ดีของบุคคล หรือเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด หรือเป็นตัวกันชนผลกระทบด้านลบที่เกิดจากความเครียด โดยความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการประเมินความเครียดและการเลือกวิธีการเผชิญความเครียดที่ดี ช่วยให้สามารถใช้แหล่งประโยชน์การสนับสนุนทางสังคมได้ดี (Pollock, 1986: 90) และมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายที่ดี (Bigbee, 1985: 51; Pollock et al., 1990: 304)

2.3 การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.563$) เมื่อนำเข้าสมการเป็นอันดับที่สาม พบว่า มีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 2.8 โดยการประเมินความเครียดด้านความทุกข์ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพและการประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ร้อยละ 49.70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R = .705$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Folkman และคณะ (1986a) พบว่า ประชาชนวัยผู้ใหญ่ที่ประเมินความเครียดเป็นความสูญเสีย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว และความรู้สึกของการควบคุม ความไว้วางใจ การประเมินและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันพยากรณ์ผลลัพธ์การปรับตัวด้านอาการแสดงทางจิตซึ่งเป็นการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจ ได้ร้อยละ 43 โดยการประเมินความเครียดได้รับการนำเข้ามาสมการเป็นลำดับที่สอง และทำให้ความสามารถในการพยากรณ์เปลี่ยนแปลงไป ร้อยละ 17

จากการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสียได้รับคัดเลือกเข้าสมการ และสามารถร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า การประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสีย เกิดจากบุคคลพิจารณาเกิดอันตรายขึ้นกับตนเองแล้ว

และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งน่าจะเกิดจากการประเมินความเครียดด้านอันตราย/ความสูญเสีย เป็นการประเมินความเครียดด้านลบ เหมือนกับการประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ซึ่งความรู้สึกของการสูญเสียนี้ มีส่วนทำให้บุคคลสูญเสียสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีทั้งการสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำงานน้อยลง เป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ความคาดหวังในความสามารถของบุคคลรอบข้างที่มีต่อผู้ป่วยลดลง และความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสูญเสียความมีหน้าที่ของตนเอง (Riegel, 1989:75-76 อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536:28) และสูญเสียเอกลักษณ์ ซึ่งทำให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี (Folkman et al., 1986; Regan et al., 1988 cited in Landreville and Vezina, 1994; Landreville and Vezina, 1994)

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลง ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต้องปฏิบัติตัวหรือดำเนินชีวิตตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และต้องเผชิญกับอาการต่างๆ ที่เกิดจากโรค รวมทั้งกลัวความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนมีอันตรายหรือเกิดความสูญเสียขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีได้

2.4 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.408$) เมื่อนำเข้าสมการเป็นอันดับที่สี่ พบว่า มีความสามารถในการพยากรณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 1.5 โดยการประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 51.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R=.716$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และพบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.26 นิตยา คงชุม (2539) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด และพบว่าความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดได้ร้อยละ 19 ศรีธัญญา เบญจกุล (2538) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวโดยรวมของผู้ป่วยปลุกถ่ายไต และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยปลุกถ่ายไตที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่เกิน 2 ปี ได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Rankin (2002)

พบว่า อายุ การสนับสนุนทางสังคมและการควบคุม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวด้านสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ระยะ 6 สัปดาห์ได้ร้อยละ 42 และพยากรณ์การปรับตัวด้านสภาวะอารมณ์ได้ร้อยละ 44

จากการศึกษาข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมได้รับคัดเลือกเข้าสมการ และสามารถร่วมพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 245-246) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และการดำรงชีวิต เป็นตัวดูดซับความเครียดและช่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ที่เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยจะเป็นตัวกันชนผลกระทบด้านสุขภาพของความเครียด (Northouse, 1988: 91) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถทำนายเหตุการณ์ต่างๆ ได้ (Cohen and Wills, 1985: 311) มีความมั่นคงแม้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชีวิต (Thoits, 1982: 145) ช่วยส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก (House & Kahn, 1985 cited in Meiqiong, 1997:14; Melvin & Sweeney, 1992) ทำให้บุคคลมีการประเมินภาวะคุกคามว่ามีผลในทางดีหรือเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ส่งเสริมขวัญและกำลังใจ (Gottlieb, 1983: 24-25) ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Gottlieb, 1983: 24-25; Cohen and Wills, 1985: 311; Miller, 1995:226) และสามารถควบคุมตนเองได้ (Melvin & Sweeney, 1992; Miller, 1995:226) ส่งผลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและการทำหน้าที่ทางสังคมให้ดีขึ้น (Cobb, 1976 cited in Hurdle, 2001) ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการเปลี่ยนแปลงนิสัยที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ หรือมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือช่วยในการส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี (Blythe, 1983, Kviz, Crittenden, Madura, and Warnecke, 1994 cited in Hurdle, 2001) รวมทั้งส่งเสริมการตอบสนองหรือการทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ระบบประสาทหรือระบบภูมิคุ้มกัน (Jemmott and Locke, 1984 cited in Cohen and Wills, 1985: 312; Melvin & Sweeney, 1992) ซึ่งน่าจะกล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

จากการศึกษาที่พบว่า การประเมินความเครียดด้านความคุกคาม ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าตัวแปรด้านการประเมินความเครียด 2 ด้าน ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรกและอันดับที่สาม ซึ่งแสดงว่ามีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสนใจในการประเมินความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพราะการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคล เป็นปัจจัย

ที่มีผลต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการปรับตัว ซึ่งควรจัดกิจกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บป่วยของตนเองเป็นความคุกคามกับอันตรายและสูญเสียน้อยลง นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนในทุกๆ ด้าน มีส่วนช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้ดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แหล่งประโยชน์ภายในบุคคล คือ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุม ต่อสู้หรือเอาชนะปัญหาได้ ส่งผลต่อการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวที่ดี เพื่อลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหรืออัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2.5 การประเมินความเครียดด้านความท้าทายไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า การประเมินความเครียดด้านความท้าทายจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ดี น่าจะเกิดจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายประเมินความเครียดเป็นความคุกคามร่วมกับอันตราย/สูญเสียมากกว่าความท้าทาย เพราะมีการให้ความหมายและความเข้าใจหรือประเมินลักษณะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่รุนแรง เจ็บพลัน ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ ไม่สามารถทำนายได้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วยซ้ำได้เมื่อไร และเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด สอดคล้องกับการศึกษาของอูมา จันทวิเศษ (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจอธิบายลักษณะของโรคว่าเป็นโรคที่รุนแรง วิรงรอง นาทองคำ (2543) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของอาการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า เป็นอาการเจ็บป่วยที่หนักมาก ถึงแก่ชีวิต และเป็นอาการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด Gruen และ Mullen (1975, 1978 cited in Scherck, 1992: 331) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเรื้อรังของโรค และภาวะคุกคามหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต Bennett (1992) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะประเมินความเจ็บป่วยของตนเป็นภาวะคุกคามเนื่องจากกลัวการเสียชีวิต และ Scherck, 1992: 331) พบว่า มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนน้อยมากที่ประเมินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่าไม่ใช่ภาวะคุกคาม หรืออาจเกิดจากเครื่องมือหรือแบบสอบถามการประเมินความเครียดด้านความท้าทายที่มีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับต่ำ (ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .57) ซึ่งทำให้แบบสอบถามที่ได้ไม่สามารถวัดแนวคิดที่ต้องการได้ จึงทำให้การประเมินความเครียดด้านความท้าทายไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

2.6 การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984: 169) กล่าวไว้ว่า บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธีมากน้อยแตกต่างกัน โดยเมื่อบุคคลมีความเครียดระดับต่ำอาจใช้การเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบลด

อารมณ์ดึงเครียดหรือใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ แต่เมื่อความเครียดเพิ่มขึ้นเป็นระดับปานกลาง บุคคลมีแนวโน้มในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า และเมื่อมีความเครียดรุนแรง บุคคลมักใช้การเผชิญความเครียดแบบลดอารมณ์ดึงเครียดแทน สอดคล้องกับการศึกษาของ Christman และคณะ (1988: 71-82) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มาก และใช้การเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย เพื่อลดความรู้สึกทุกข์ทรมานของตน

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Holahan และ Holahan (1997: 346) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจใช้การเผชิญความเครียดที่หลากหลาย ทั้งการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อเป็นการผ่อนคลายหรือลดความเครียดของตน และแก้ปัญหาไปพร้อมๆ กัน และ Hianhua (1999) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกวิธี โดยใช้การมองโลกในแง่ดีมากที่สุด รองลงมาเป็นการเผชิญหน้ากับปัญหา การควบคุมตนเอง ความเชื่อในโชคชะตา การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การบรรเทาความเครียด การเลี่ยงหนีปัญหา ส่วนการเผชิญความเครียดที่ใช้น้อยที่สุด คือ การแสดงอารมณ์

สิริลักษณ์ วรรณนะพงษ์ (2539) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกวิธี แต่จะเลือกใช้แต่ละวิธีเป็นบางครั้ง โดยการเผชิญความเครียดที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้มากที่สุด คือ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม ส่วนการเผชิญความเครียดที่ใช้น้อยที่สุด คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา และการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี Wolf และ คณะ (1964 อ้างใน นิภา นิธิยานน, 2530: 119) พบว่า พ่อแม่ของเด็กที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายหรืออยู่ในภาวะใกล้ตาย ใช้การเผชิญความเครียดด้วยการหลอกหลวงตนเองหรือปฏิเสธความจริง โดยการทำให้เชื่อว่าลูกของตนจะต้องไม่ตาย จะมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่เผชิญความเครียดนี้ด้วยการยอมรับ และ Bennett (1993: 131-139) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากลักษณะของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด โดยวิธีการเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและมุ่งปรับอารมณ์ ทำให้เกิดผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการปรับตัวได้ เช่น การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา มีข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ได้แก่ การแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา การระบายความรู้สึกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ทำอะไรเสียๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการวางแผนแก้ไขปัญหา เป็นข้อคำถามที่ทำให้เกิดผลด้านบวกหรือเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์จะให้ผลด้านบวก คือ ช่วยลดอารมณ์ดึงเครียดเมื่อ

บุคคลมีความเครียดในระดับสูง รวมทั้งข้อคำถามในการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ บางข้อจะช่วยให้เกิดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาหรือเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ เช่น การประเมินค่าใหม่ทางบวก ส่วนผลด้านลบของการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เกิดจากการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบนี้เป็นเวลานานจนไม่ได้หาทางแก้ปัญหา สอดคล้องกับ Folkman และคณะ (1986a,b) ที่กล่าวไว้ว่า เป็นจุดอ่อนของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด เพราะตามแนวคิดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา น่าจะเป็นการส่งเสริมหรือเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา แต่ข้อคำถามบางข้อเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

จากผลการวิจัยดังกล่าวพยาบาลควรให้ความระมัดระวังอย่างมากในการใช้การเผชิญความเครียดบางชนิดของผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งอาจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหา หรือใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์มากและใช้เป็นเวลานาน จนไม่มีการควบคุมหรือจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่ดีได้ เนื่องจากมีการศึกษาของ Suls และ Fletcher กับ Mayou และ Bryant (1985, 1987 cited in Holahan and Holahan, 1997: 346) พบว่า การเผชิญความเครียดแบบเลี่ยงหนีปัญหา ทำให้การปรับตัวในระยะยาวของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ดีได้ รวมทั้งต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เป็นพฤติกรรมจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม เพื่อการปรับตัวที่ดีของผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแม้จะมีการปรับตัวทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี โดยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวด้านขวัญและกำลังใจมากที่สุด รองลงมาเป็นด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านสุขภาพทางกายตามลำดับ แต่จากการพิจารณารายด้านย่อยของการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม รายด้านสัมพันธภาพทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ในการส่งเสริมการปรับตัวรายด้านสัมพันธภาพทางเพศ และด้านสุขภาพทางกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวที่ดีมากยิ่งขึ้น โดยอาจใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสอน การให้คำปรึกษา จัดกลุ่มกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย หรือการใช้วิดีโอเทปในการให้ความรู้

1.2 จากผลการวิจัยที่พบว่า การประเมินความเครียดด้านความทุกข์ ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงควรนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยอาจใช้กิจกรรมการให้คำปรึกษา กลุ่มสนับสนุนหรือการใช้กระบวนการกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ด้วยการทำงานวิจัยกึ่งทดลอง โดยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล ที่มีการนำปัจจัยด้านการสนับสนุนจากครอบครัว การเสริมสร้างความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การปรับเปลี่ยนการประเมินความเครียด หรือการส่งเสริมสัมพันธภาพทางเพศมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวที่เหมาะสม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กันยา สุวรรณแสง. การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว. กรุงเทพมหานคร: บำรุงสาส์น, 2533.
- กุลธิดา พานิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จิตรา ชัยชนะ. การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 40-59 ปี เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จันทนา เตชะคฤ. ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ชญาณิศ ลือวานิช. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

- ดาริณี สุวภาพ. การสร้างรูปแบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- นิตยา คงชุม. บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัว
ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- นิตยา อังกาบอรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- นิภา นิธิยานน. การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์, 2530.
- บุญใจ ศรีสถิตยรรณการ. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ปราณี มิ่งขวัญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ปองลดา พรหมจันทร์. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ปิยนุช รักพาณิชย์. โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว:
การทบทวนองค์ความรู้กับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน. นทพบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2542.
- พนิดา วาราชนนท์. การสนับสนุนจากคู่สมรสและการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของมารดา
ในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- พิกุล ดันติธรรม และดาริณี จามจรี. ปัญหาฉุกเฉินของระบบหัวใจ. ใน ดาริณี จามจรี (บรรณาธิการ),
การพยาบาลฉุกเฉิน, หน้า 171-207. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
- มณีบุษ ธรรมวัฒน์. ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- ยศวีร์ สุขุมาลัยจันทร์. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน. ใน สมชาติ โฉมฉาย (บรรณาธิการ),
โรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 302-323. กรุงเทพมหานคร: ยูไนเต็ด โปรดักชั่น, 2524.

ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ และคณะ. แบบจำลองเชิงสาเหตุการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ใน ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

2 (มกราคม-มิถุนายน 2541): 29-49.

วนิดา หาญคุณากุล. ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วัลลภา ครุฑแก้ว. ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

วิเชียร ทองแดง. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน จินตนา ศิรินาวีน, สุมาลี นิมนานิตย์, และ วันชัย วนะชีวันาวิน (บรรณาธิการ), ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์, หน้า 165-185. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2541.

วิรัชรอง นาทองคำ. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ศรีธัญญา เบญจกุล. บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง แรงสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

ศิริอร สิ้นธุ. ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผน. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2539-2543 [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.moph.go.th> [20 พฤษภาคม 2545]

สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วิศิฏสิน, 2534.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง, 2541.

- สมจิตร สุทขณะ. ผลการปรับโครงสร้างทางปัญญาต่อการประเมินค่าสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สมพร กิ่งแก้ว. ความเข้มแข็งอดทนของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สมร จงสมจิตร์. ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- สุขุมาล ด้อยแก้ว. การประเมินค่าทางปัญญาและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- สุนี สุวรรณพสุ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- สุนทรী ภิญญมิตร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- สุนิสา มหาสิทธิวัฒน์. การประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคไต แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพของผู้บริจาคไต. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- สุรพันธ์ สุทธิสุข. โรคหัวใจขาดเลือด. ใน วิทยา ศรีมาตา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2, หน้า 174-197. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น, 2541.
- สุวรรณณี จรุงจิตราอารี. กายภาพบำบัดโรคทางเดินหายใจและโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิง ทรานส์มีเดีย, 2540.
- หทัยรัตน์ จรัสสุโรสิน. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.

- หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. การรับรู้บทบาท กับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- อภิชาติ-สุคนธ์ธรรม. การดูแลรักษาผู้ป่วย acute myocardial infarction. ใน อภิชาติ-สุคนธ์ธรรม (บรรณาธิการ), Coronary artery disease: Diagnosis and treatment, หน้า 133- 145. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์เชียงใหม่, 2542.
- อ้อมใจ สิริจาลอง. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540.
- อารีย์ ฟองเพชร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุนที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
- อุมา จันทวิเศษ. การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- อำภาพร พัววิไล. การพยาบาลบุคคล. ใน วารินีย์ เขียมสวัสดิกุล (บรรณาธิการ), เอกสารการสอนชุดวิชาในมิติและกระบวนการพยาบาล, หน้า104-127. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545.

ภาษาอังกฤษ

- Aguilera, D. C. and Messick, J. A. Crisis intervention: Theory and methodology. 4th ed. St. Louis: The C. V. Mosby, 1982.
- Anderson, S. E. H. Personality, appraisal, and adaptational outcomes in HIV seropositive men and woman. Research in Nursing and Health 18(1995): 303-312.
- Baggs, J. G. and Karch, A. M. Sexual counseling of woman with coronary heart disease. Heart & Lung 16(1987): 154-159.
- Barry, P. D. Psychosocial intervention with ineffective coping responses to physical illness. In Psychosocial nursing assessment and intervention care of the physical ill person, pp. 285-312. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1989.

- Barry, P. D. and Farmer, S. Mental health & mental illness. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 2002.
- Bedsworth, J. A. and Molen, M. T. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung 11(1982): 450-456.
- Belmont, C. A. Stress, coping, and health. In G. A. Pacific Grove, N. Y. Albany, and C. A. Belmont (eds.), Psychology: Themes and variations briefer version, pp. 378-405. Boston: Wadsworth
- Bennett, S.J. Perceived threats of individuals recovering from myocardial infarction. Heart & Lung 21(July-August 1992): 322-326.
- Bennett, S.J. Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness in post myocardial infarction patients. Research in Nursing and Health 16(April 1993): 131-139.
- Bigbee, J. L. Hardiness: A new perspective in health promotion. Nurse Practitioner 10(November 1985): 51, 54-56.
- Bramwell, L. and Whall, A. L. Effect of role clarity and empathy on support role performance and anxiety. Nursing Research 35(1986): 282-287.
- Brandt, P. A. and Weinert, C. The PRQ A Social Support Measure. Nursing Research 30(September-October 1981): 277-280.
- Brewer, L., Phillips, B. R., and Boss, B. J. Cardiac and cardiovascular rehabilitation. In S. P. Hoeman (ed.), Rehabilitation nursing: Process, application, and outcomes, pp. 723-748. St. Louis: Mosby, 2002.
- Brown, M. A. Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct. Nursing Research 35 (January-February 1986): 4-9.
- Brown, M. S. and Tanner, C. Measurement of Type A behavior in preschool. Nursing Research 39(July-August 1990): 207-211.
- Buchanan, L. M. Cowan, M., Burr, R., Waldron, C., and Kogan, H. Measurement of recovery from myocardial infarction using heart rate variability and psychological outcomes. Nursing Research 42(March-April 1993): 74-78.

- Burns, N. and Grove, S. K. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. Philadelphia: W. B. Sander, 2001.
- Campbell, E. and Jones, G. Cognitive appraisal of sources of stress experienced by elite male wheelchair basketball players. Adapted Physical Activity Quarterly 19 (January 2002): 100-108.
- Christensen, B. L. and Kockrow, E. O. Adult health nursing. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1999.
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., and Ries, J. Uncertainty, coping, and distress following myocardial infarction: Transition from hospital to home. Research in Nursing & Health 8(1988): 71-82.
- Cohen, S. and Wills, T. S. Stress, social support, and buffering hypothesis. Psychological Bulletin 98(September 1985): 310-357.
- Conn, V., Taylor, S., and Abele, P. Myocardial infarction survivors: Age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. Journal of Advanced Nursing 16(1991): 1026-1034.
- Cutrona, C. E. Social support in couples. Thousand Oaks: Sage, 1996.
- Drory, Y. and Florian, V. Long-term psychosocial adjustment to coronary artery disease. Archives Physical Medicine and Rehabilitation 72(April 1991): 326-331.
- Felton, B. J. and Revenson, T. A. Coping with chronic illness: A study of illness controlability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. Journal of Personality and Social Psychology 52(June 1984): 343-353.
- Flaherty, L. From the feds: Research, programs, and products. Journal of Emergency Nursing 27(2001): 357-359.
- Folkman, S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality and Social Psychology 46 (April 1984): 839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., and DeLongis, A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 50 (March 1986a): 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., and Gruen, R. J. Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology 50(May 1986b): 992-1003.

- Folkman, S., and Lazarus, R. S. An analysis of coping in a middle-age community sample. Journal of Health and Social Behavior 21(1980): 219-239.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. Coping as a mediator of emotion. Journal of Personality and Social Psychology 54 (March 1988): 466-475.
- Garrity, T. and Klien, R. Emotional response and clinical severity after myocardial infarction. Heart & Lung 4(1975): 738-745.
- Gottlieb, B. H. Social support strategies guidelines for mental health practice. Beverly Hills: Sage Publications, 1983.
- Hamilton, G. A. and Seidman, R. N. A comparison of recovery period for woman and men after acute myocardial infarction. Heart & Lung 22(1993): 308-315.
- Han, H. R., Kim, M., and Weinert, C. The psychometric evaluation of Korean translation of the Personal Resource Questionnaire 85-Part 2. Nursing Research 51(September-October 2002): 309-316.
- Hektor Dunphy, L. M. Management guidelines for adult nurse practitioners. Philadelphia: F. A. Davis, 1999.
- Helgeson, V. S. Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. Journal of Personality and Social Psychology 63 (October 1992): 656-666.
- Hianhua, C. Uncertainty and coping of hospitalized acute myocardial infarction patients. Master's Thesis, Department of Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University, 1999.
- Hinson Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., and Lillis, P. P. Social support: A conceptual analysis. Journal of Advanced Nursing 25 (1997): 95-100.
- Holahan, R. J. and Holahan, C. J. Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. Psychology and Health 12(1997): 345-359.
- Hupcey, J. E. Social support: Assessing conceptual coherence. Quality Health Research 8(1998): 304-318.
- Hupcey, J. E. & Morse, J. M. Family and social support: Application to the critical patients. Journal of Family Nursing 1(1995): 257-270.

- Hurdle, D. E. Social support: A critical factor in woman's health and health promotion. Health and Social Work 26(May 2001): 72-79.
- Jalowiec, A, Murphy, S. P., and Powers, M. J. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. Nursing Research 33(May-June 1984): 157-161.
- Jennings, B. M. and Staggers, N. A critical analysis of hardiness. Nursing Research 43(September/October 1994): 274-280.
- Johnson, J. E. and Lauver, D. R. Alternative explanations of coping with stressful experiences associated with physical illness. Advanced in Nursing Science 11(January 1989): 39-52.
- Kaplan, B. H. Robbins, C. and Martin, S. S. Antecedents of psychological stress in young adults: Self-rejection, deprivation of social support, and life events. Journal of Health and Social Behavior 24(1983): 230-244.
- Kawachi, I. Sparrpw, D., Kubzansky, L. D., III, A. S., et al. Prospective study of self-report type A scale and risk of coronary heart disease: Test of the MMPI-2 type A Scale. Circulation 98(August 1998): 405-412.
- Lakey, B. and Lutz, C. J. Social support and preventive and therapeutic nterventions. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, and I. G. Sarason (eds.), Handbook of social support and the family, PP. 435-465. New York: Plenum Press, 1996.
- Lambert, V. A. and Lambert, C. E. The patient with an alteration in cardiovascular function. In The impact of physical illness and related mental health concepts. pp. 170-204. London: Prentice-Hall, 1979.
- Landreville, P. and Vezina, J. Differences in appraisal and coping between elderly coronary artery disease patients high and low depressive symptoms. Journal of Mental Health 3(1994): 79-89.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing, 1984.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M., and Kuo, W. Social support, stressful life events, and illness: A model and empirical test. Journal of Health and Social Behavior 20(June 1979): 108-119.

- Linsey, A. M. Social support: Conceptualizations and measurement instruments. In M. Frank-Stromborg (ed.), Instruments for clinical nursing research, pp. 111-116. Boston: Jones and Bartlett, 1992.
- Livneh, H. Psychosocial adaptation to heart disease: The role of coping strategies. Journal of Rehabilitation 65 (July-August 1999): 24-32.
- Lyon, B. L. Stress, coping, and health: A conceptual overview. In V. H. Rice (ed.), Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice, pp. 3-23. Thousand Oaks: Sage publications, 2001.
- Magni, G., Unger, H. P., Valfre, C., Polesel, E., Cesari, F., Rizzardo, R., Paruzzolo, P., and Gallucci, V. Psychosocial outcome one year after heart surgery. Archives Internal Medicine 147(1987): 473-477.
- Mavroukakis, S. A. and Stine, A. Nursing management of adults with disorders of the coronary arteries, myocardium, or pericardium. In P.G. Beare and J. L. Myers (eds.), Adult health nursing, pp. 566-625. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998.
- McCrae, R. R. Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. Journal of Personality and Social Psychology 46 (April 1984): 919-928.
- McElveen, P. M. Social network. In D. C. Longo and R. A. Williams (eds), Clinical practice in psychosocial nursing: Assessment and intervention, pp. 319-338. New York: Applyton-Century Crofts, 1978.
- McNett, S. C. Social support, threat, and coping responses and effectiveness in the functionally disabled. Nursing Research 36(March-April 1987): 98-103.
- Meiqiong, Y. Social support and quality of life of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. Master's Thesis, Department of Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University, 1999.
- Melvin, W. J. and Sweeney, T. J. A holistic model wellness and prevention over the life span. Journal of Counseling & Development 71(1992): 140-148.
- Miller, K. Organizational communication approaches and processes. California: Wadsworth Publishing, 1995.
- Mishel, M.H. Uncertainty in illness theory: a replication of the mediation effects of mastery and coping. Nursing Research 40(1991): 236-240.

- Mishel, M.H. and Sorenson, D. S. Uncertainty in gynecological cancer: A test of mediating functions of mastery and coping. Nursing Research 40(1991): 167-171.
- Moser, D. K. and Dracup, K. A. Psychosocial recovery from a cardiac event: The influence of perceived control. Heart & Lung 24(July-August 1995): 273-280.
- Nymathi, A. M. The coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung 16(1987): 86-92.
- Northouse, L. L. Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. Nursing Research 37(March-April 1988): 91-95.
- Norton, J. M. Cardiac disorders. In A. D. Linton, M. A. Matteson, and N. K. Maebius (eds.), Introductory nursing care of adults, pp. 537-598. Philadelphia: W.B. Saunders, 1995.
- Oxford English dictionary. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1989.
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N, and Buckley, J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. British Medical Journal 312(May 1996): 1191-1194.
- Polit, D. F. and Hungler, J. B. Nursing research: Principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1999.
- Pollock, S. E. Human responses to chronic illness: Physiologic and psychosocial adaptation. Nursing Research 35(March- April 1986): 90-95.
- Pollock, S. E. The hardiness characteristic: a motivating factor in adaptation. Advance in Nursing Science 11(January 1989): 53-62.
- Pollock, S. E., Christian, B. J., and Sands, D. Responses to chronic illness: Analysis of psychological and physiological adaptation. Nursing Research 39(September-October 1990): 300-304.
- Pollock, S. E. and Duffy, M.E. The Health-Related Hardiness Scale: Development and psychometric analysis. Nursing Research 39(July-August 1990): 218-222.
- Pryor, J. Client and family coping. In S. P. Human (ed.), Rehabilitation nursing: Process, application, and outcomes, pp. 723-748. St. Louis: Mosby, 2002.
- Rankin, S. H. Woman recovering from acute myocardial infarction: Psychosocial and physical functioning outcomes for 12 months after acute myocardial infarction. Heart & Lung 31(November-December 2002): 399-410.

- Riegel, B. Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operationalization of Johnson's behavioral system model. Advance in Nursing Science 11(January 1989): 74-84.
- Riegel, B. J. and Dracup, K. A. Does overprotection cause cardiac invalidism after myocardial infarction. Heart & Lung 21(1992): 529-535.
- Riegel, B. and Gocka, I. Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. Heart & Lung 24(November-December 1995): 457-466.
- Roth, P. Family social support. In P. J. Bomar (ed.), Nurse and family health promotion: Concept, assessment, and intervention, pp.90-102. Mexico: W.B. Saunders, 1989.
- Scherck, K. M. Coping with acute myocardial infarction. Heart & Lung 12(July-August 1992): 327-334.
- Schroder, M. A. Diagnosing and dealing with multicollinearity. Western Journal of Nursing Research 12(1990): 175-187.
- Shanfield, S. B. Return to work after acute myocardial infarction: A review. Heart & Lung 19(March 1990): 109-117.
- Shaw, C. A framework for the study of coping, illness behavior and outcomes. Journal of Advanced Nursing 29(1999): 1246-1255.
- Sheridan, C. A. and Radmacher, S. A. Health psychology: Challenging the biomedical model. Canada: John Wiley & Son, 1992.
- Spacapan, S. Psychosocial mediators of health status: An introduction. In S. Spacapan and S. Oskamp (eds.), The social psychology of health, pp. 17-29. London: Sage Publications, 1988.
- Spitzer, A., Bar-Tal, Y., and Golander, H. Social support: How does it really work? Journal of Advance Nursing 22(1995): 850-854.
- Steinke, E. E. A videotape intervention for sexual counseling after myocardial infarction. Heart & Lung 31(September-October 2002): 384-384.
- Steinke, E., and Patterson-Midgley, P. Sexual counseling following acute myocardial infarction. Clinical Nursing Research 5(1996): 462-472.
- Stern, M. J. Pascale, L., and Ackerman, A. Life adjustment post myocardial infarction: Determining predictive variable. Archives Internal Medicine 137(December 1977): 1680-1685.

- Stewart, M. Davidson, K. Meade, D., Hirth, A. and Makrides, L. Myocardial infarction: Survivors' and spouses' stress, coping, and support. Journal of Advance Nursing 31(2000): 1351-1360.
- Stewart, M. J., Hirth, A. M., Klassen G., Makrides, L., and Wolf, H. Stress, Coping, and social support as psychosocial factors in readmission for ischaemic hearth disease. International Journal of Nursing Studies 34(1997): 151-163.
- Tardy, C. H. Biological perspectives on language and social interaction. American Behavioral Scientist 36(1993): 339-358.
- Taylor, S. E. Health psychology. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1995.
- Taylor, S. E. and Dakof, G. A. Social support and the cancer patient. In S. Spacapan and S. Oskamp (eds.), The social psychology of health, pp. 95-116. London: Sage Publications, 1988.
- Thoits, P. G. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. Journal of Health and Social Behavior 23(June 1982): 145-159.
- Thorndike, R. M. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press, 1978.
- Thompson, R. J., Gil, K. M., Abrams, M. R., and Phillips, G. Stress, coping, and psychological adjustment of adults with Sickle cell disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology 60(1992): 433-440.
- Tilden, V. P. Issues of conceptualization and measurement of social support in construction of nursing theory. Research in Nursing and Health 8(June 1985): 199-206.
- Tilden, V. P. and Weinert, C. Measures of social support: Assessment of validity. Nursing Research 39(July-August 1990): 212-217.
- Tipaporn Wonghongkul, Moore, S. M., Musil, C., Schneider, S., and Deimling, G. Relationships among uncertainty in illness, stress appraisal, hope, and coping in breast cancer survivors. Thai Journal of Nursing Research 3(September-December 1999): 200-215.
- Varvaro, F. F. Family role and work adaptation in MI woman. Clinical Nursing Research 9(August 2000): 339-351.

- Webster, K. K. and Christman, N. J. Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. Western Journal of Nursing Research 10(1988): 384-400.
- Wegmann, J. A. Measuring coping. In M. Frank-Stromborg (ed.), Instruments for clinical nursing research, pp. 121-132. Boston: Jones and Bartlett, 1992.
- Weinert, C. A social support measure: PRQ 85. Nursing Research 36(September-October 1985): 273-277.
- Wethington, E. and Kessler, T. C. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. Journal of Health and Social Behavior 27(1986): 78-98.
- Williams, A. W., Ware, J.E., and Donald, C. A. A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. Journal of Health and Social Behavior 22 (December 1981): 324-336.
- Yuet, L. M., Alexander, M., and Pak Chun, C. J. Coping and adjustment in Chinese patients with chronic obstructive pulmonary disease. International Journal of Nursing Studies 39(2002): 383-395.

จุฬาลง



ส

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

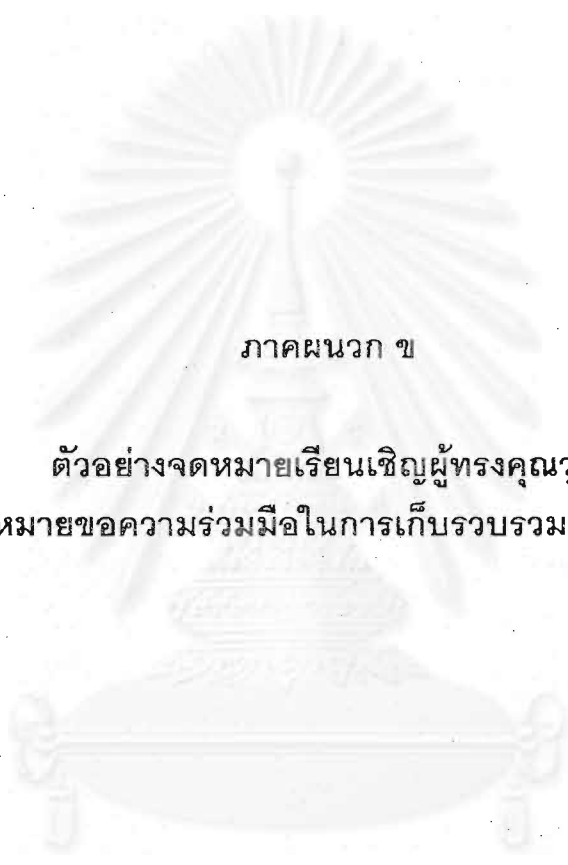
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณา คงสุริยะนาวิณ	ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนีย์ ละกำป็น	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนะศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. อารีวรรณ อ่วมตานี	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรธนา คงสุริยะนาวัน อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิตินสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานจัดการศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนิสิต

รศ. เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และ ผศ. ดร. วรธนา คงสุริยะนาวัน

โทร: 0-2218-9825 โทรสาร 02-218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

นางรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น โทร. 0-1434-4609



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 89825 โทรสาร 89806
ที่ ทม 0342/ วันที่ มกราคม 2546

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์

เนื่องด้วย นางรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานจัดการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางรุ่งทิพย์ เบ้าต๋น โทร. 0-1434-4609

ที่ ทม 0342/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2546

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องด้วย นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการประเมินความเครียด แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด และแบบวัดการปรับตัว กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล, หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก

งานจัดการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุน โทร. 0-1434-4609

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลและ
หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
ของโรงพยาบาลรามารามิบัติ

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ชื่อผู้วิจัย นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุน

สถานที่วิจัย คลินิกหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร 0-2218-9817

ผู้สนับสนุนการวิจัย -

ความเป็นมาของโครงการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงมาก จากสถิติอัตราการตายด้วยโรคหัวใจหลังปี 2540 พบว่า อยู่ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งหมด และมีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 25% ที่มีปัญหาด้านการปรับตัวในระยะยาวเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยด้านร่างกายของตนเอง ซึ่งการปรับตัวต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ที่มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามามีอิทธิพล โดยการปรับตัวที่ดีจะอาศัยองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือการประเมินสถานการณ์ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนและการใช้กลไกการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

จากความสำคัญและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อศึกษาตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมตามคำประกาศเฮลซิงกิ ด้านจริยธรรมดังนี้

1. มีการป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการขอคำยินยอมและให้อิสระในการตัดสินใจ ในการตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์การวิจัย ให้เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น มีสิทธิจะถอนตัวไม่ตอบเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบท่อการรักษาก็จะได้รับ
2. ให้ความยุติธรรมแก่ผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามมีโอกาสได้รับเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน ตามระเบียบวิธีการวิจัย
3. มีการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรที่มึสุขภาพในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยแบบเรื้อรังเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการปรับตัวที่เหมาะสม
 2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนความรู้และพัฒนาบทบาทของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล จากการนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในครั้งต่อไปหรือทำการวิจัยซ้ำ
- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

1. ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล ลงในแบบสอบถาม
2. นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหรือเป็นผลสรุปการวิจัย
3. ผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะทำลายแบบสอบถาม

ถ้าท่านมีปัญหาข้อใจหรือกังวลใจกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่กับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี งานบริการวิชาการและวิจัย ชั้น 5 (ห้อง 510) ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ โทรศัพท์ 0-2201-1541 ในเวลาราชการ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ชื่อผู้วิจัย นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น

* **ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย**.....

อายุ..... **เลขที่เวชระเบียน**.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่.....

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าอธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ชื่อผู้วิจัย นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุน นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย.....อายุ.....ปี เลขที่เวชระเบียน.....

1. คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเพื่อศึกษาตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถทำนายการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการวิจัยโดยให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 6 ส่วน เพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการใช้ยาหรือวิธีการรักษาอื่นใดอีก และหลังจากได้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์และสรุปเป็นผลของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นประโยชน์ในด้านการเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต และเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในครั้งต่อไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับผลกระทบจากการที่ต้องสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

การวิจัยนี้จะรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ส่วน ซึ่งหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนที่เกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหรือเป็นผลสรุปการวิจัย

3. คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ฉัน นาย/นาง/นางสาวได้รับ
 การอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมถึง
 ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อฉันในการที่จะต้องสละเวลาในการตอบแบบสอบถามแล้วอย่างชัดเจน
 ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น และยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และฉันรู้ว่าถ้ามี
 ปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ฉันสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และฉันมีสิทธิจะถอนตัวไม่ตอบเมื่อใดก็ได้
 โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ฉันพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนที่เกี่ยวกับฉันเป็น
 ความลับ จะเปิดเผยเฉพาะการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมหรือเป็นผลสรุปการวิจัยเท่านั้น และ
 การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวฉันต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้ในกรณีจำเป็นด้วยเหตุผล
 ทางวิชาการเท่านั้น

ฉันได้ซักถามและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ฉันยินดีให้ข้อมูลของ
 ฉันแก่ผู้วิจัยโดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)
 (.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
 (.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
 (.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 วันที่/...../.....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในใบยินยอมฯนี้
 ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังจนเข้าใจดี และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบใน
 การให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการประเมินความเครียด

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 21 ข้อ ให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่านว่าเป็นอันตราย/ความสูญเสีย ความทุกข์ทรมานหรือความท้าทาย โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง
 เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย
 เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง
 เป็นจริงมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งที่ร้ายแรงในชีวิตของฉัน				
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง				
.....				
20. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของฉัน				
21. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันมีโอกาสได้พักผ่อนมากขึ้น				

ส่วนที่ 3 แบบวัดการปรับตัว

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เป็นจริง หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง
 เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย
 เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงปานกลาง
 เป็นจริงมาก หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงมาก

ข้อความ	ไม่เป็นจริง	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงมาก
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นปัญหาต่อการทำงานหรืองานบ้านของฉัน				
2. ขณะนี้ฉันสามารถทำงานหรือประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านได้เหมือนเดิม				
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเจ็บป่วยทำให้ฉันต้องหยุดงาน หรือทำงานไม่ได้มากกว่า 2 สัปดาห์				
.....				
32. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาฉันไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย				
33. หลังจากตื่นนอนในแต่ละวัน ฉันรู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 50 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวกับการคิดและพฤติกรรมที่ท่านใช้ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เคยใช้เลย หมายถึง ท่านไม่เคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียด
 เคยใช้บางครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดบางครั้ง
 เคยใช้บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดบ่อยครั้ง
 เคยใช้ประจำ หมายถึง ท่านเคยใช้การคิดหรือพฤติกรรมนั้นในการจัดการกับความเครียดประจำ

ข้อคำถาม	ไม่เคยใช้เลย	เคยใช้บางครั้ง	เคยใช้บ่อยครั้ง	เคยใช้ประจำ
1. ฉันเอาใจจดจ่อต่อสิ่งที่จะต้องทำต่อไป				
10. ฉันพยายามเก็บกตความรู้สึกไว้กับตัวเอง				
.....				
48. ฉันสวดมนต์หรือภาวนาเพื่อให้อาการดีขึ้น				
50. ฉันนำวิธีการแก้ปัญหาของคนอื่นที่ฉันชื่นชอบมาเป็นแบบอย่างปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉัน				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาให้ความเห็นในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก

ข้อความคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอับอาย						
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่ม						
3. คนส่วนมากบอกว่าฉันทำงานดี						
4. เมื่อมีปัญหา ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงได้						
.....						
24. คนส่วนมากคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดี						
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย มีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองแก่ฉันได้						

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบวัดนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 33 ข้อ เพื่อให้ท่านแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วย			เห็นด้วย		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่กระตุ้นความสนใจของฉัน						
2. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ถ้าฉันดูแลตัวเอง						
3. การสนใจรักษาสุขภาพเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก						
31. ฉันสามารถมีสุขภาพที่ดีได้เท่าที่ฉันต้องการ						
32. เมื่อฉันมีปัญหสุขภาพ ฉันจะพยายามหาสาเหตุที่แท้จริง						
34. ฉันมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของฉันได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น						

ภาคผนวก ๑

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ตัวแปรพยากรณ์ที่นำมาพยากรณ์ทุกตัวไม่ควรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง หรือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ใช้วิธีการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวและนำเสนอในรูปของตารางความสัมพันธ์ (Correlation matrix) ดังแสดงในตารางที่ 9 (หน้า 99) ซึ่งพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ ที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหากับการเผชิญความเครียด แบบมุ่งปรับอารมณ์ รองลงมา คือ การประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย กับการประเมินความเครียดด้านความคุกคาม และการสนับสนุนทางสังคมกับความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอีกหลายคู่ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 จึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรพยากรณ์ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น เนื่องจากเกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในระดับสูงของ Schroder (1990) ใช้เกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .80 ขึ้นไป

2. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบดังนี้

2.1 การทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov ซึ่งหลักของการทดสอบนี้ คือ การเปรียบเทียบค่าฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูลตัวอย่างกับฟังก์ชันการแจกแจงสะสมของข้อมูล ภายใต้สมมติฐานว่าประชากร/ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ถ้าค่าความแตกต่างต่ำแสดงว่าการแจกแจงเป็นแบบปกติ ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ผลการทดสอบดังแสดงต่อไปนี้

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	Harm	threat	challeng	problem	emotion	ssotal	hartotal	adaptot
loss								
N	130	130	130	130	130	130	130	130
Normal Parameters Mean	16.4615	13.4154	16.3077	29.9385	90.2615	125.4769	162.9846	94.2538
SD	5.1897	5.2100	3.4548	5.6757	14.2190	15.9851	21.1172	16.9387
Most Extreme Absolute	.144	.115	.080	.057	.078	.071	.099	.110
Differences Positive	.144	.115	.064	.041	.078	.062	.063	.064
Negative	-.075	-.087	-.080	-.057	-.043	-.071	-.099	-.110
Kolmogorov-Smirnov Z	1.641	1.308	.914	.653	.888	.814	1.127	1.258
Asymp.Sig.(2tailed)	.009	.065	.373	.788	.410	.522	.158	.084

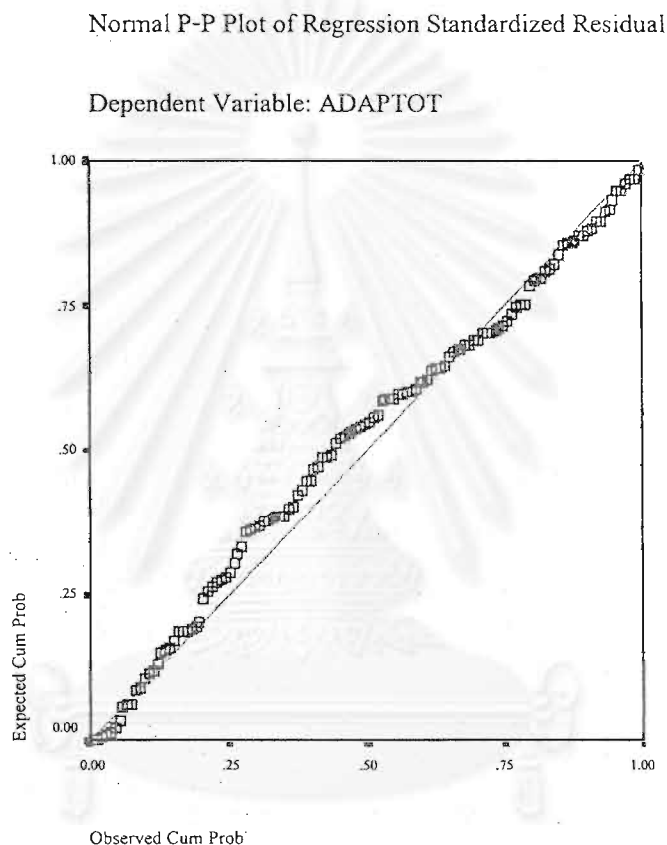
a. Test distribution is normal

b. Calculated from data

จากผลการทดสอบ พบว่า ค่า p ของการประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียน้อยกว่า .05 ซึ่งแสดงว่าการประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสียไม่ได้มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนตัวแปรอื่นมีค่า p มากกว่า .05 ซึ่งแสดงถึงข้อมูลของตัวแปรเหล่านั้นมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 การทดสอบโดยใช้กราฟ ซึ่งเป็นกราฟที่พล็อตค่าของข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นกับค่าที่คาดไว้ (Expected Value) โดยค่าที่คาดไว้จะเป็นเส้นตรง และค่าจริงจะต้องอยู่รอบๆ เส้นตรงนั้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กราฟแสดงการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล

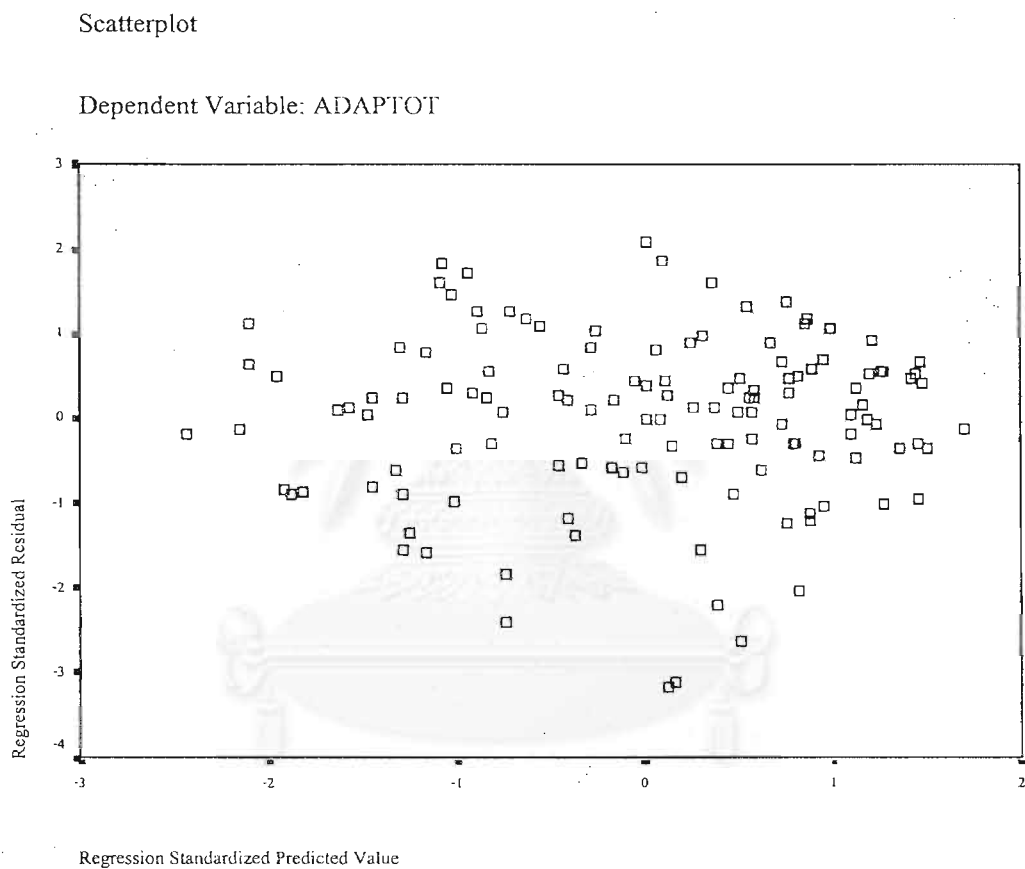


จากแผนภาพที่ 1 พบว่า ค่าจริงของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆ เส้นตรงของค่าที่คาดไว้ แสดงว่า ข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงหรือเป็นแบบปกติ

2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนต้องเป็นอิสระกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Dubin-Watson โดยถ้าค่า Dubin-Watson มีค่าเข้าใกล้ 2 หรือมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันหรือไม่มีปัญหาค่าความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน (Autocorrelation) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.993 แสดงให้เห็นว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

2.4 ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีค่าคงที่เท่ากัน ทดสอบโดยการพล็อตกราฟความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับค่าความคลาดเคลื่อน ซึ่งถ้าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ หรือมีค่าในช่วงใดช่วงหนึ่งแคบๆ จะถือว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2

แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงการตรวจสอบค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อน



จากแผนภาพที่ 2 พบว่า ค่าความคลาดเคลื่อนกระจายอยู่รอบๆ ศูนย์ แสดงว่าค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความเครียดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ (n=130)

รายการการประเมินความเครียด	\bar{X}	SD
1. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งที่ร้ายแรงในชีวิตของฉัน	3.22	1.08
2. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่าลดลง	2.18	1.23
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันไร้สมรรถภาพในการทำงาน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	2.05	1.17
4. สัมพันธภาพที่ดีของฉันกับคนรักหรือคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัว ลดลงกว่าก่อนเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	1.32	0.70
5. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของฉัน ทำให้บุคคลที่ฉันรักไม่มีความสุข	1.77	1.01
6. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของฉัน ทำให้บุคคลที่ฉันรักมีสุขภาพที่ไม่ดีตามไปด้วย	1.22	0.60
7. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของฉัน ทำให้บุคคลที่ฉันรัก มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด อุนเฉียว	1.37	0.72
8. ฉันได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นลดลงกว่าก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	1.35	0.83
9. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผลกระทบต่อสถานภาพทางการเงินของฉัน	2.01	1.16
10. ฉันคิดอยู่เสมอว่าการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ อาจทำให้ชีวิตของฉันเกิดความเสียหายได้อีกต่อไปในอนาคต	2.42	1.15
11. ฉันอาจต้องเปลี่ยนตำแหน่งหน้าที่หรืองานใหม่ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	1.97	1.27
12. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจทำให้สุขภาพของฉันแย่ลงเรื่อย ๆ	2.06	1.07
13. ฉันรู้สึกกลัวความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	2.15	1.17
14. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของฉัน	2.28	1.22
15. ฉันคิดว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคที่คุกคามต่อ ชีวิตของฉัน	2.53	1.20

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการประเมินความเครียดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ (n=130) (ต่อ)

รายการการประเมินความเครียด	\bar{X}	SD
16. ฉันมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้	3.19	0.86
17. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันมีโอกาสแสวงหาความรู้ เพื่อการดูแลตนเองหรือการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	3.36	0.97
18. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันมีโอกาสได้ปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น	3.47	0.86
19. ภายหลังจากการเจ็บป่วย ฉันรู้สึกว่าเป็นโอกาสดีที่ทำให้ฉันได้ประกอบอาชีพใหม่	1.28	0.72
20. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของฉัน	2.37	1.30
21. การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ฉันมีโอกาสได้พักผ่อนมากขึ้น	2.63	1.26

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการประเมินความเครียดรายข้อที่ 18 ซึ่งเป็นการประเมินความเครียดด้านความท้าทาย และถามเกี่ยวกับการมีโอกาสได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการดูแลสุขภาพของตนเองหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.47 (SD= .86) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6 ซึ่งเป็นการประเมินความเครียดด้านอันตราย/สูญเสีย และถามเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อสุขภาพของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วย โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.22 (SD = .60)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายชื่อ (n=130)

รายการความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ	\bar{X}	SD
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่กระตุ้นความสนใจของฉัน	5.56	0.75
2. ฉันสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยได้ ถ้าฉันดูแลตัวเอง	5.21	1.29
3. การสนใจรักษาสุขภาพเป็นสิ่งที่ยาก	4.09	2.05
4. ฉันจะฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยได้เร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับโชคชะตา	4.54	1.93
5. ไม่ว่าฉันจะพยายามรักษาสุขภาพให้ดีเพียงใดก็ตาม แต่ก็ได้ผลน้อย	4.85	1.66
6. ฉันสามารถควบคุมสุขภาพของตัวเองได้	5.03	1.23
7. ฉันชื่นชมคนที่พยายามรักษาสุขภาพของตนเอง	5.80	0.69
8. ฉันคิดว่า การมีสุขภาพดีมีความสำคัญมากกว่าเงินทอง	5.76	0.71
9. ฉันมีสุขภาพดีเนื่องจากโชคเป็นตัวช่วย	4.43	1.86
10. ไม่ว่าฉันจะปฏิบัติตัวอย่างไร ฉันก็ยังคงเจ็บป่วยอยู่	3.96	2.09
11. ฉันรู้สึกเบื่อกินอาหารที่เหมาะสม และออกกำลังกายให้พอเหมาะ เพื่อรักษาสุขภาพ	4.22	1.98
12. สุขภาพของฉันจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการกระทำของฉันเป็นสำคัญ	5.67	0.82
13. ฉันไม่ตื่นเต้นต่อความรู้และวิธีการใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพ	4.10	1.98
14. ฉันรู้สึกว่า คนที่เข้าไปมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นคนที่น่าสนใจ	5.63	0.84
15. การตั้งเป้าหมายเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน ไม่มีทางเป็นไปได้	4.26	1.86
16. สิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของฉันส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ	4.38	1.98
17. ความรู้และวิธีการใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น ในการดูแลสุขภาพ ไม่มีผลต่อฉัน	5.06	1.52
18. ถ้าฉันเจ็บป่วย ฉันจะหายเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับการกระทำของฉันเอง	5.68	0.66
19. การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ไม่ใช่เรื่องที่น่าสนใจ	5.62	1.01
20. ฉันยังคงมีสุขภาพดีได้ หากฉันตั้งใจ รักษาสุขภาพ	5.71	0.86
21. ฉันไม่สนใจที่จะค้นคว้าหาวิธีการใหม่ๆ ที่จะช่วยให้สุขภาพของฉันดีขึ้น	4.72	1.76
22. ไม่ว่าฉันจะปฏิบัติตัวอย่างไร ถ้าฉันจะป่วย ฉันก็จะป่วย	3.78	2.16
23. ฉันรู้สึกว่าฉันไม่จำเป็นต้องพยายามรักษาสุขภาพ เพราะผลที่เกิดขึ้นก็ยังเหมือนเดิม	5.37	1.38
24. ฉันให้ความสนใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพียงชั่วขณะเท่านั้น	5.02	1.57
25. ถึงฉันจะใช้ความพยายามอย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง แต่ก็ไม่มีอะไรดีขึ้น	5.02	1.57

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ (n=130) (ต่อ)

รายการความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ	\bar{X}	SD
26. ถ้าฉันปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ฉันก็สามารถมีสุขภาพที่ดีได้	5.81	0.47
27. ฉันรู้สึกตื่นเต้นว่าฉันมีโอกาสที่จะทำให้สุขภาพของฉันดีขึ้น	4.60	1.86
28. ฉันมุ่งมั่นที่จะทำให้สุขภาพของฉันดี เท่าที่ฉันจะทำได้	5.66	0.60
29. เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันรู้สึกท้อแท้ที่จะแก้ไข	4.32	1.98
30. ฉันอ่านทุกสิ่งทุกอย่างเกี่ยวกับเรื่องที่จะทำให้สุขภาพของฉันดีขึ้น	5.06	1.39
31. ฉันสามารถมีสุขภาพที่ดีได้เท่าที่ฉันต้องการ	4.85	1.25
32. เมื่อฉันมีปัญหาสุขภาพ ฉันจะพยายามหาสาเหตุที่แท้จริง	4.95	1.63
33. ฉันมีส่วนร่วมในการควบคุมสุขภาพของฉัน ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น	4.28	1.97
ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม	162.98	21.12

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ
รายข้อที่ 7 สูงที่สุด ซึ่งเป็นคำถามด้านความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ โดยถามเกี่ยวกับการชื่นชมคน
ที่พยายามรักษาสุขภาพของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.80 (SD= .69) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย
ต่ำสุด คือ ข้อ 22 ซึ่งเป็นคำถามด้านความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ โดยถามว่า ไม่ว่าจะ
ปฏิบัติตัวอย่างไร ก็ยังป่วยได้ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 (SD = 2.16)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ (n=130)

รายการการสนับสนุนทางสังคม	\bar{X}	SD
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	5.55	0.75
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญในกลุ่ม	4.99	1.28
3. คนส่วนมากบอกว่าฉันทำงานดี	5.30	0.89
4. เมื่อมีปัญหา ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงได้	4.32	1.84
5. คนอื่น ๆ ทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	5.02	1.29
6. ฉันใช้เวลาอยู่กับคนที่มีความสนใจเหมือนฉัน	5.02	1.16
7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ฉันมีโอกาที่จะดูแลช่วยเหลือผู้อื่นน้อย	4.04	1.88
8. คนอื่นบอกฉันว่า พวกเขาสบายใจที่จะทำงานหรืออยู่ร่วมกับฉัน	5.18	1.17
9. มีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือฉันได้ในระยะยาว ถ้าฉันต้องการ	4.72	1.63
10. ไม่มีคนรับฟังความรู้สึกของฉัน	4.53	1.70
11. ฉันและเพื่อน ๆ ขอช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	5.24	1.06
12. ฉันมีโอกาสนับสนุนผู้อื่นให้พัฒนาตนเองตามความสนใจและความสามารถของเขา	5.44	0.77
13. สมาชิกในครอบครัวทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้	5.45	1.05
14. ฉันมีญาติหรือเพื่อนที่จะช่วยเหลือฉัน ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถตอบแทนเขาได้	5.13	1.20
15. เมื่อฉันอารมณ์เสีย ฉันมีคนที่สามารถระบายและทำให้ฉันเป็นตัวของตัวเองได้	4.05	1.93
16. ฉันรู้สึกว่าไม่มีใครมีปัญหาเหมือนฉัน	4.73	1.71
17. ฉันชอบทำสิ่งเล็กๆ น้อยๆ เป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้คนอื่นมีความพึงพอใจ	5.19	0.98
18. ฉันทราบว่าคุณส่วนใหญ่พอใจฉัน	5.08	0.99
19. มีคนที่รักและเอาใจใส่ฉัน	5.49	0.65
20. มีคนที่จะร่วมงานสังคมและงานรื่นเริงต่าง ๆ กับฉัน	5.18	1.14
21. ฉันมีโอกาสในการช่วยเหลือคนที่ต้องการความช่วยเหลือ	5.37	0.84
22. มีคนที่จะให้คำแนะนำหรือช่วยฉันในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่าง ๆ	5.08	1.24
23. ฉันรู้สึกว่า ฉันเป็นที่ต้องการของคนอื่น	5.02	1.17
24. คนส่วนมากคิดว่าฉันไม่ใช่เพื่อนที่ดี	4.92	1.35
25. ถ้าฉันเจ็บป่วย จะมีคนให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตนเองแก่ฉันได้	5.42	0.77
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	125.47	15.99

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม รายข้อที่ 1 สูงที่สุด ซึ่งเป็นคำถามด้านความรักใคร่ผูกพัน โดยถามเกี่ยวกับการมีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 5.55 (SD= .75) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 7 ซึ่งเป็นคำถามด้านการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน โดยถามเกี่ยวกับโอกาสที่จะดูแลช่วยเหลือผู้อื่น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 (SD =1.88)

ตารางที่ 15. ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายชื่อ (n=130)

รายการการเผชิญความเครียด	\bar{X}	SD
1. ฉันเฝ้าใจจดจ่อต่อสิ่งที่จะต้องทำต่อไป	2.98	1.07
2. ฉันทำในสิ่งที่รู้ว่าจะไม่ได้ผลในการแก้ปัญหา แต่อย่างน้อยที่สุด ฉันก็ได้ลงมือทำ	2.38	1.00
3. ฉันพยายามโน้มน้าวให้ผู้อื่นมีส่วนรับผิดชอบต่อปัญหานั้น ๆ	1.93	1.04
4. ฉันพูดคุยกับคนอื่นเพื่อให้เข้าใจเหตุการณ์ได้ดีขึ้น	2.77	1.02
5. ฉันวิจารณ์หรือสอนตนเอง	2.18	1.09
6. ฉันพยายามที่จะไม่ปิดช่องทางของตนเอง แต่จะหาทางเลือกให้กับตนเอง	2.86	1.01
7. ฉันหวังว่าจะเกิดปาฏิหาริย์ที่จะช่วยฉันได้บ้าง	1.82	1.08
8. ฉันปล่อยให้สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามยถากรรม	1.74	1.02
9. ฉันทำเป็นทองไม่รู้ร้อนเหมือนไม่มีอะไรเกิดขึ้น	1.68	0.91
10. ฉันพยายามเก็บกอดความรู้สึกไว้กับตนเอง	2.12	1.19
11. ฉันมองโลกในแง่ดี หรือพยายามมองเฉพาะด้านดีของปัญหา	2.85	1.06
12. ฉันนอนมากกว่าปกติ	1.90	1.03
13. ฉันแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา	1.60	0.68
14. ฉันยอมรับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจากบุคคลอื่น	3.05	1.01
15. ฉันคิดว่าการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่สร้างสรรค์	2.88	0.99
16. ฉันพยายามลืมทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น	2.52	1.05
17. ฉันขอความช่วยเหลือจากคนที่มีความรู้ความชำนาญ	2.38	1.09
18. ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้ฉันมีโอกาสได้เปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาตนเองในทางที่ดีขึ้น	3.14	0.94
19. ฉันใช้การกล่าวคำขอโทษ หรือทำอะไรบางอย่างเพื่อทดแทนความผิดนั้น	2.32	1.18
20. ฉันวางแผนในการแก้ปัญหาและดำเนินการตามแผนนั้น	2.79	1.05
21. ฉันระบายความรู้สึกออกมาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง	2.34	1.04
22. ฉันยอมรับว่าฉันเป็นผู้สร้างปัญหาให้กับตนเอง	2.60	1.33
23. ฉันคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้น จะเป็นประสบการณ์ที่ดีกับฉันได้ต่อไปในอนาคต	2.91	1.00
24. ฉันปรึกษาคนที่สามารถเข้าใจปัญหาหรือหาทางแก้ปัญหาให้ฉันได้	2.49	1.05
25. ฉันพยายามทำให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นโดยการรับประทานอาหาร ดื่มสุรา สูบบุหรี่หรือใช้ยาชนิดต่าง ๆ	1.21	0.54
26. ฉันยอมทำอะไรเสี่ยง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น	1.20	0.46
27. ฉันพยายามไตร่ตรอง หรือไม่หุนหันพลันแล่นในการทำอะไรสักอย่าง	2.94	1.17
28. ฉันพยายามสร้างความเชื่อมั่นของตนเองขึ้นมาใหม่	3.08	0.89
29. ฉันคิดว่ายังมีสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของฉัน	3.17	1.02
30. ฉันลองเปลี่ยนแปลงอะไรบางอย่าง เพื่อให้ปัญหาต่างๆ เปลี่ยนไปในทางที่ดี	2.79	1.00

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามรายข้อ (n=130) (ต่อ)

รายการการเผชิญความเครียด	\bar{X}	SD
31. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะพบปะกับคนอื่น	1.42	0.77
32. ฉันพยายามจะไม่คิดหมกมุ่นกับสถานการณ์นั้น	2.88	1.10
33. ฉันขอคำแนะนำจากญาติหรือเพื่อนที่ฉันเคารพนับถือ	2.26	1.06
34. ฉันปกปิดไม่ให้ใครรู้ว่าปัญหานี้เลวร้ายอย่างไร	1.34	0.81
35. ฉันมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องเล็กน้อยหรือไม่สำคัญ	2.51	1.13
36. ฉันเล่าให้คนอื่นฟังเกี่ยวกับความรู้สึกของฉัน	2.54	1.08
37. ฉันเผชิญหน้ากับปัญหาและต่อสู้เพื่อให้ได้โนสิ่งที่ฉันต้องการ	3.06	0.93
38. ฉันอาละวาดใส่คนอื่น	1.21	0.44
39. ฉันนำประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการแก้ปัญหา	3.12	0.92
40. ฉันใช้ความพยายามมากขึ้นเป็นสองเท่า เพื่อแก้ปัญหาให้สำเร็จ	2.92	1.06
41. ฉันปฏิเสธหรือไม่ยอมเชื่อว่าปัญหานี้เกิดขึ้นกับตนเองจริง ๆ	1.51	0.80
42. ฉันให้สัญญากับตนเองว่า คราวหน้าจะไม่เกิดปัญหาแบบนี้อีกแล้ว	2.59	1.08
43. ฉันพยายามหาวิธีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันมากกว่า 1 วิธี	2.82	0.91
44. ฉันพยายามไม่นำความรู้สึกของตนเองมาเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นมากเกินไป	2.88	0.97
45. ฉันคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้ฉันมีโอกาสได้เปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างเกี่ยวกับตนเอง	2.77	1.02
46. ฉันใช้การอธิษฐานเพื่อให้เหตุการณ์นี้ผ่านไปหรือจบลงไปเอง	2.12	1.19
47. ฉันมีความคิดเพื่อฝันหรืออยากให้เหตุการณ์นั้นมีทางแก้ไขได้	1.81	1.07
48. ฉันสวดมนต์หรือภาวนาเพื่อให้อาการดีขึ้น	2.62	1.13
49. ฉันคิดทบทวนสิ่งที่ฉันจะพูดหรือทำอย่างช้า ๆ	2.95	0.94
50. ฉันนำวิธีการแก้ปัญหาของบุคคลที่ฉันชื่นชอบ มาเป็นแบบอย่างปฏิบัติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับฉัน	2.42	1.09

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการเผชิญความเครียด รายข้อที่ 29 สูงที่สุด ซึ่งเป็นคำถามด้านการประเมินค่าใหม่ทางบวก โดยถามเกี่ยวกับการคิดว่าจะมีสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของตน โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.17 (SD= 1.02) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 26 ซึ่งเป็นคำถามด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา โดยถามเกี่ยวกับการยอมทำอะไรเสี่ยง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.20 (SD = 0.46)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางรุ่งทิพย์ เบ้าตุน เกิดวันที่ 3 มิถุนายน 2515 ที่จังหวัดสระบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2538 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2538-2544 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2544 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลพระพุทธรบาท เลขที่ 86 หมู่ 8 ตำบลธารเกษม อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี 18120 ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 75 หมู่ 1 ตำบลบ้านโปร่ง อำเภอหนองโดน จังหวัดสระบุรี 18190

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย