

การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สารนิพนธ์

ของ

จิตรา รัตนติลก ณ ภูเกิด

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการพัฒนากการ

พฤษภาคม 2549

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

155.9042  
๑๕๖๗  
ร.๓

การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทคัดย่อ

ของ

จิตรา รัตนติลก ญ ภูเก็ต

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการพัฒนากการ  
พฤษภาคม 2549

h 290341 r3

จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติ  
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).  
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:  
อาจารย์สมเกียรติ ทิพทัศน์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา,  
รองศาสตราจารย์ ดร.นวลละออ สุภาผล.

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมาย เปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียด  
ของญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา  
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลผู้ป่วย  
การเผชิญความเครียดกับความเครียดของญาติดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วย  
มารับการตรวจรักษาที่ รพ.ในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรีจำนวน  
85 คน ระหว่างปี 2546 - 2548 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience  
sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดความต้องการในการดูแล แบบวัดความเครียด  
จากการดูแล และแบบวัดการเผชิญความเครียด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติพื้นฐานโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติค่า t- test และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ในด้านความเครียดพบว่าญาติดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมี  
ความเครียดมากกว่าญาติดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .01 และไม่พบความแตกต่างในตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา  
และระยะเวลาในการดูแล
2. ในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติดูแลผู้ป่วยพบว่า อายุ และ  
ระดับการศึกษามีผลต่อการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของญาติดูแลผู้ป่วยอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่พบความแตกต่างในตัวแปร ฐานะทางเศรษฐกิจ  
ระยะเวลาในการดูแลและความต้องการในการดูแลผู้ป่วย
3. ในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ของญาติดูแลผู้ป่วย  
ไม่พบความแตกต่างในตัวแปร ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล
4. ในด้านความสัมพันธ์กับความเครียดของญาติดูแลผู้ป่วยพบว่าความต้องการใน  
การดูแลของญาติผู้ป่วยกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01  
และไม่พบความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบคือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่ง  
แก้ปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์และแบบบรรเทาความเครียด

**A STUDY OF STRESS AND STRESS COPING STRATEGY  
OF STROKE PATIENTS' KINDRED CAREGIVERS.**

**AN ABSTRACT**

**BY**

**RATTADILOK NA PHUKET**

**Presented in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Master of Education degree in Developmental Psychology  
at Srinakarinwirot University**

**May 2006**

Jitra Rattanadilok Na Phuket. (2006). A Study of Stress and Stress Coping Strategy of Stroke Patient's Kindred Caregivers. Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University.  
Advisor Committee : Asst. Mr.Somkiat Thipyathush. Assoc.Prof. Wattana Srisatvacha, Prof. Dr. Nuala-or Supapol.

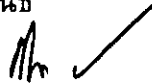
The objectives of this research were 1) to compare stress and stress coping of stroke patients' kindred caregivers in terms of such variable as economic status, education level, and time interval for taking care of patients, and 2) to study a relationship of the need for patients' care taking, stress coping strategy, and stress of the stroke patient's kindred caregivers.

This study included a sample of 85 caregivers by convenience method of sampling from the caregivers who brought the stroke patients to hospital in Bangkok and Nonthaburi during the years 2003-2005 . The instruments for collecting the research data were (a) a scale for measuring care giving stress, (b) a scale for measuring care giving stress of stroke patients' kindred caregivers, and (c) a stress coping scale. The statistical methods and procedures for analyzing the data were frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation, t-test and Pearson's Product-moment correlation coefficient.

The findings indicated that the caregivers at a high level of a need for caregiving were found to have stress more than those at a low level of a need for caregiving at the .01 level of statistical significance; no significant difference was found in the levels of stress in terms of their age, economic status, education level, and time interval of caregiving variable; a significant difference at .05 level was found in their stress coping strategy on the basis of the age and educational level of patient's kindred caregivers, whereas no significant difference in stress coping strategy was found in respect to their economic status, time interval of caregiving, and their need for caregiving. No significant difference was found in the emotional-focused coping strategy of the patients' caregivers in terms of their economic status and time interval of caregiving, and as for the stress of the patient's kindred caregivers, a positive correlation between a need for patients' caregiving and stress was found to be statistically significant at the .01 level, while no significant correlation was found in respect to the three stress coping strategies, i.e., problem-focused, emotional-focused and tension-focused strategies.

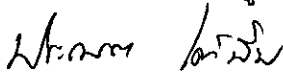
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และ  
คณะกรรมการสอบได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ  
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์



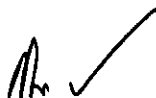
.....  
(อาจารย์ สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

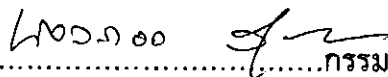


.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต คำฉิม)

คณะกรรมการสอบ



..... ประธาน  
(อาจารย์ สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์)

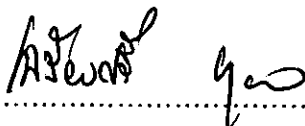


.....กรรมการสอบสารนิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. นวลละออ สุภาพล)



.....กรรมการสอบสารนิพนธ์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



.....คณบดีคณะมนุษยศาสตร์  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เจลิยวศรี พิบูลชล)

วันที่ 9 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2549

## ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถของอาจารย์สมเกียรติ ทิพย์ทัศน์ ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำสารนิพนธ์ จนทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างเรียบร้อยสมบูรณ์ รวมทั้งรองศาสตราจารย์ ดร.นवलละออ สุภาผล และผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาที่ได้รับเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณครูพี่วัฒน์ จารูรัตน์ ที่ได้ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนคำแนะนำต่างๆ และคุณวิสุทธิ อริยภิญโญ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ปวยและญาติผู้ปวยทุกท่านที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลุล่วงลงด้วยดี และขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจและสนับสนุนตลอดระยะเวลาที่ผู้วิจัยศึกษาและทำงานวิจัย

ท้ายนี้ขอกราบขอบคุณบิดา มารดา คุณครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ให้การศึกษาอบรม และช่วยเหลือจนผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาตราบเท่าทุกวันนี้

จิตรา รัตนติลก ณ ภูเก็ต

## สารบัญ

| บทที่                                                           | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------|------|
| 1 บทนำ.....                                                     | 1    |
| / ภูมิหลัง.....                                                 | 1    |
| / ความมุ่งหมายของการวิจัย.....                                  | 2    |
| / ความสำคัญของการวิจัย.....                                     | 3    |
| / ขอบเขตของการวิจัย.....                                        | 3    |
| / นิยามศัพท์เฉพาะ.....                                          | 4    |
| / นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....                                     | 5    |
| / กรอบแนวคิดการวิจัย.....                                       | 6    |
| / สมมติฐานการวิจัย.....                                         | 6    |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....                           | 8    |
| โรคหลอดเลือดสมอง.....                                           | 8    |
| ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง.....                                | 8    |
| ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล.....           | 8    |
| แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน.....                       | 9    |
| ความหมายของผู้ดูแลที่บ้าน.....                                  | 10   |
| บทบาทของผู้ดูแลที่บ้านกับผู้ดูแลที่อยู่โรงพยาบาล.....           | 10   |
| ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล.....              | 12   |
| ปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวข้อง |      |
| ความเครียดและการเผชิญความเครียด.....                            | 12   |
| เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด.....                | 17   |
| ความหมายของความเครียด.....                                      | 17   |
| ความเครียดของญาติผู้ดูแล.....                                   | 18   |
| การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล.....                           | 20   |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียด.....    | 24   |

## สารบัญ (ต่อ)

| บทที่                                   | หน้า |
|-----------------------------------------|------|
| 3                                       | 26   |
| วิธีการดำเนินการวิจัย.....              | 26   |
| ลักษณะของประชากร.....                   | 26   |
| กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....      | 26   |
| / เครื่องมือในการวิจัย.....             | 26   |
| คุณภาพของเครื่องมือ.....                | 29   |
| การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....           | 31   |
| / การเก็บรวบรวมข้อมูล.....              | 32   |
| / การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้..... | 32   |
| 4                                       | 33   |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....               | 33   |
| ข้อมูลเบื้องต้น.....                    | 33   |
| 5                                       | 43   |
| สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....       | 43   |
| ความมุ่งหมายของการวิจัย.....            | 43   |
| ความสำคัญของการวิจัย.....               | 43   |
| สมมติฐานการวิจัย.....                   | 43   |
| กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย.....      | 44   |
| เครื่องมือในการวิจัย.....               | 44   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล.....                | 45   |
| การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....   | 45   |
| สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....           | 46   |
| อภิปรายผล.....                          | 47   |
| / ข้อเสนอแนะ.....                       | 55   |
| ข้อเสนอแนะทั่วไป.....                   | 55   |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....   | 56   |
| บรรณานุกรม.....                         | 57   |
| ภาคผนวก.....                            | 65   |
| ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....           | 73   |

## บัญชีตาราง

| ตาราง                                                                                                                                                                              | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นอายุของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค<br>หลอดเลือดสมอง ฐานะทางเศรษฐกิจ ความต้องการรับรู้ ระดับการศึกษา<br>และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย..... | 34   |
| 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการในการดูแล<br>ความเครียดจากการดูแลและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย<br>โรคหลอดเลือดสมอง.....                            | 35   |
| 3 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยตามอายุของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย<br>โรคหลอดเลือดสมอง.....                                                                                      | 36   |
| 4 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....                                                                                                                           | 36   |
| 5 เปรียบเทียบระหว่างความเครียดจากการดูแลตามระดับการศึกษา.....                                                                                                                      | 37   |
| 6 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....                                                                                                                  | 37   |
| 7 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย<br>โรคหลอดเลือดสมอง.....                                                                                        | 38   |
| 8 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามอายุของผู้ดูแล                                                                                                             | 38   |
| 9 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามฐานะทางเศรษฐกิจ                                                                                                            | 39   |
| 10 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามระดับการศึกษา<br>ของญาติผู้ดูแล.....                                                                                      | 39   |
| 11 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ตามระยะเวลา<br>ในการดูแลผู้ป่วย.....                                                                                             | 40   |
| 12 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามความต้องการ<br>ในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....                                                                   | 40   |
| 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง<br>กับความต้องการในการดูแลของญาติ.....                                                                       | 41   |
| 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียด<br>แบบมุ่งแก้ปัญหา.....                                                                                        | 41   |
| 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียด<br>แบบจัดการกับอารมณ์.....                                                                                     | 42   |
| 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียด<br>แบบบรรเทาความรู้สึกเครียด.....                                                                              | 42   |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ภูมิหลัง

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (Thorvaldsen ,et al. 1995 : 361 - 367) พบว่าโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เป็นทั้งสาเหตุการตายที่สำคัญใน 10 อันดับแรกทั่วโลก อย่างไรก็ตามความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ สามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้ช่วยลดอัตราการตายลงอย่างมาก แต่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็ยังมีลักษณะทุพพลภาพ ด้วยสมรรถภาพ มีความพิการถาวรมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จึงต้องการการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพในระยะยาว รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องซึ่งการจะทำให้ผู้ป่วยหายจากโรงพยาบาลกลับบ้านไปอย่างไม่มีภาวะทุพพลภาพย่อมเป็นไปได้ยาก เพราะทางโรงพยาบาลเองก็มีเตียงจำกัดที่จะต้องให้หมอนเวียนสำหรับผู้ป่วยหนักในภาวะวิกฤต ดังนั้นญาติต้องมีส่วนเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยขณะกลับไปพักฟื้นที่บ้านจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยพบว่า บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร ซึ่งลักษณะการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย การให้การประคบประคบ ดันจิตใจ นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวยังต้องปรับบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบอันจะเป็นผลกระทบอันจะเป็นผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยด้วย

การให้การดูแลในบทบาทใดก็ตาม ล้วนแล้วแต่เป็นการเพิ่มบทบาทของผู้ดูแล จากบทบาทเดิมที่มีอยู่แล้วตามปกติส่งผลให้ผู้ดูแลต้องปรับเวลาที่มีอยู่ โดยอาจเพิ่มเวลาหรือลดเวลาในบางบทบาท ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเวลาที่จะใช้ในการดูแล ซึ่งมักเป็นเหตุปัจจัยให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อย และเครียดได้

นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีเพียงใดมักจะแปรเปลี่ยนไปตามคุณสมบัติ และปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ พัฒนาการทางจิตใจ ภาวะสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ระบบครอบครัว ระเบียบทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ สภาพแวดล้อม และทรัพยากร (Orem. 1991; citing Hatwey. 1990 : 15) จากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536 : 58) ในการศึกษา "แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล" ซึ่งศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 104 คน พบว่า ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 50.9 ปี ส่วนใหญ่เกษียณอายุ และเป็นแม่บ้านที่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และผู้ดูแลกว่าครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวที่พบ 5 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ภาวะกระดูกสันหลังและเข่าเสื่อม เบาหวาน ปวดศีรษะและไมเกรน และภูมิแพ้ นอกจากนี้ร้อยละ 76.92

มีอาการเจ็บป่วยในระหว่างดูแลสามี นอกเหนือจากการดูแลสามีแล้วกลุ่มตัวอย่างยังต้องดูแลสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กด้วย

จากการที่ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับภาวะหลายบทบาทไม่ว่าจะเป็นบทบาทในด้านการดูแลผู้ป่วยและบุคคลอื่นในครอบครัว ภาระหน้าที่การงาน ซึ่งทำให้การมีอิสระและการเป็นส่วนตัวลดน้อยลง (Periad&Ames. 1993 : 254) ซึ่งในบางครั้งผู้ดูแลตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่สะสมเรื้อรัง (Hogert & Seltzer. 1993: 74; Oberst, et al. 1989: 210) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจเสื่อมถอยลงจึงมีคนเปรียบว่าญาติผู้ดูแลคือ ผู้ป่วยที่ถูกซ่อนไว้ (Hidden patient)

จากผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดก็จะมี การเผชิญความเครียด โดยใช้วิธีการต่างๆกันเพื่อจัดหรือบรรเทาเหตุการณ์ หรือปรับสภาวะความตึงเครียดซึ่งอาจแสดงได้หลายรูปแบบ หากผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญความเครียดในทางสร้างสรรค์ ก็จะทำให้สามารถคลี่คลายปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mc Cubbin & Mc Cubbin, In Danielson, et al., Eds. 1993: 74) และหากผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่สร้างสรรค์ซึ่งไม่ได้แก้ไขปัญหาที่แท้จริง จะทำให้เกิดความเครียดที่เกิดจากการสะสม ความเครียดที่มีมากขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทมีความบกพร่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความบกพร่องไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยที่มีต่อความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยต่อไป

### ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยผู้วิจัยในตั้งความมุ่งหมายการวิจัยไว้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ความสำคัญ

เพื่อทราบถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือบรรเทาทำให้ความเครียดลดลงและสามารถใช้การเผชิญความเครียดได้ถูกต้อง

### ขอบเขตการวิจัย

#### ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยลักษณะผู้ป่วยที่ญาติดูแลจะต้องเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลา 3 เดือน หรือมีพยาธิสภาพคงอยู่ถาวร เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวสนองความต้องการของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งญาติจะพาผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่ง

#### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลในปี 2546 - 2548 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่งจำนวน 30 คน และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่งจำนวน 55 คน รวม 85 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

#### ตัวแปรที่จะศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปรซึ่งได้แก่ อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

##### 1.1 ตัวแปรต้นแบ่งได้ดังนี้

##### 1.1.1 อายุของญาติผู้ดูแล แบ่งเป็น

1.1.1.1 20 - 45ปี

1.1.1.2 45 ปีขึ้นไป

1.1.2 ฐานะทางเศรษฐกิจ ตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลแบ่งเป็น

1.1.2.1 ไม่ขัดสน

1.1.2.2 ขัดสน

1.1.3 ระดับการศึกษา

1.1.3.1 ต่ำกว่ามัธยมศึกษา

1.1.3.2 สูงกว่ามัธยมศึกษา

1.1.4 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

1.1.4.1 ระยะเวลาในการดูแลเริ่มแรก

1.1.4.2 ระยะเวลาในการดูแลนาน

1.1.5 ความต้องการในการดูแลผู้ป่วย

1.1.5.1 ความต้องการในการดูแลน้อย

1.1.5.2 ความต้องการในการดูแลมาก

1.2 ตัวแปรตามได้แก่

1.2.1 ความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2.2 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แบ่งได้เป็น

1.2.2.1 การมุ่งแก้ปัญหา

1.2.2.2 การจัดการกับอารมณ์

1.2.2.3 ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 ตัวแปรที่หาความสัมพันธ์ได้แก่ ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเครียด และการเผชิญความเครียด

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1.1 มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

1.2 เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วย พักอาศัยในบ้านเดียวกัน เช่น คู่สมรส บุตรหรือ

ญาติพี่น้อง

1.3 เป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงและต่อเนื่องโดยไม่รับ

ค่าตอบแทนใดๆ เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2. โรคหลอดเลือดสมอง “Cerebrovascular disease” (CVD) หรือโรคอัมพาต” หมายถึงโรคที่เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองซึ่งส่งผลให้ผู้เป็นโรคเกิดอาการแขนขาอ่อนแรงด้านใดด้านหนึ่งปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง

3. ระยะในเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ไปในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ดูแลได้เข้ามารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเองซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1 ระยะเวลาดูแลเริ่มแรก หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลที่น้อยกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

3.2 ระยะเวลาดูแลนาน หมายถึง ระยะเวลาในการดูแลที่มากกว่าเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

### นัยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย หมายถึง งานที่ญาติผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยวัดโดยการตอบของญาติผู้ดูแลตามแบบวัดความต้องการของโอเบิร์ตส์(Care Giving Demands Scale) ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) แปลเป็นภาษาไทย ประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลแต่ละกิจกรรม คะแนนยิ่งมากเท่าไรผู้ป่วยยังมีความต้องการในการดูแลมาก

2. ความเครียดจากการดูแล หมายถึง ผลจากการที่ญาติผู้ดูแลประเมินตัดสินความเครียดจากความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยว่ากิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นแบบวัดคู่ขนานกับแบบวัดความต้องการในการดูแลโดยจะประเมินจากกิจกรรมของแบบวัดความต้องการในการดูแลว่าแต่ละกิจกรรมก่อให้เกิดความเครียดเพียงใด ยิ่งคะแนนมาก หมายถึง ยิ่งมีความเครียดมาก

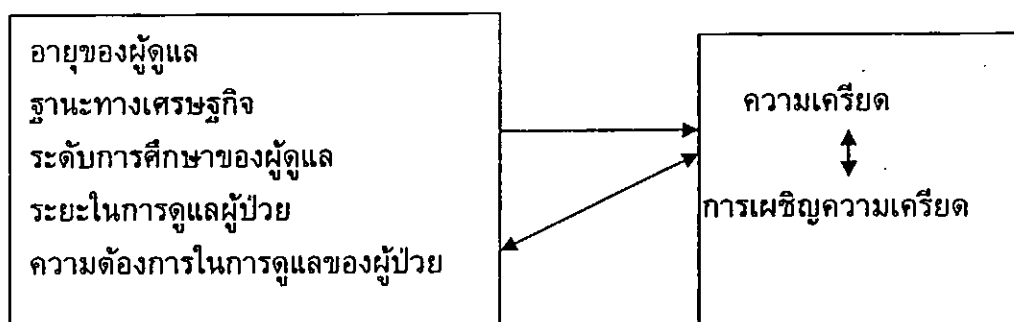
3. การเผชิญความเครียด หมายถึง ความพยายามของญาติผู้ดูแลในการใช้วิธีการเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วัดโดยแบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาของจาโลวีก ( Jalowiec coping scale ) ซึ่งวิลลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้นำมาใช้ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้านคือ

3.1 การมุ่งแก้ปัญหา (Confrontive) เป็นการแก้ปัญหาโดยค้นหาสาเหตุของปัญหาและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาโดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหา พฤติกรรมที่จัดเป็นกลวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา คือ การยอมรับสถานการณ์ การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนย่อย การตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา การอภิปรายปัญหากับผู้อื่น การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างกระตือรือร้น การควบคุมสถานการณ์บางส่วนเท่าที่สามารถจะทำได้ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การนำเสนอการเดิมมาช่วยแก้ปัญหา การคิดวิธีแก้ไขปัญหามากมาย วิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหาได้ การหาคนอื่นมาช่วยแก้ปัญหา และการเริ่มต้นทำสิ่งอื่นที่ดีที่สุดในขณะนั้น

3.2 การจัดการกับอารมณ์ (Emotive) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดที่เป็น การลดความกดดัน โดยจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ กลวิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์นั้น ทำให้มีความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลงแต่ความจริงแล้วอันตรายยังไม่ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่จัดเป็นกลวิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับ อารมณ์คือ การรู้สึกกังวลใจ การสูบบุหรี่ การคิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง การระบายความเครียด ออกกับคนอื่น

3.3 การบรรเทาความเครียด (Palliative) เป็นการเผชิญความเครียดโดยพยายาม กระทำในสิ่งที่สามารถบรรเทาความเครียดโดยคิดหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นการปฏิบัติทั้งด้านการ คิดและพฤติกรรมซึ่งพฤติกรรมที่จัดเป็นการบรรเทาความเครียดได้แก่ มีความหวังว่าทุกอย่าง จะดีขึ้น พยายามเบี่ยงเบนคิดถึงเรื่องอื่นๆ พยายามยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สวดมนต์ ภาวนาขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย ฯลฯ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก
2. ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี
3. ผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก
5. ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากจะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย
6. ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

7. ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ
8. ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ
9. ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ มากกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก
10. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย
11. ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับความเครียดจากการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กันทางบวก
12. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
13. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์
14. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. โรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.2 ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 2.1 ความหมายของผู้ดูแลที่บ้าน
  - 2.2 ลักษณะของผู้ดูแลที่บ้าน
  - 2.3 บทบาทของผู้ดูแลที่บ้าน/กับผู้ดูแลที่อยู่โรงพยาบาล
3. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล
  - 3.1 ปัจจัยพื้นฐานของญาติที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล
  - 3.2 ความหมายของความเครียด
  - 3.3 ความเครียดของญาติผู้ดูแล
  - 3.4 การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล
  - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

#### โรคหลอดเลือดสมอง

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง "Cerebrovascular disease" (CVD) หรือที่นิยมเรียกกันว่า Stroke คนไทยเรียกโรคนี้ว่า "โรคอัมพาต" (นิพนธ์ พวงวรินทร์. 2534: 15) โรคนี้ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือให้เห็น มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล

2. ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ดูแล

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักรอดชีวิตภายใน 30 วันแรกหลังปรากฏอาการและร้อยละ 90 ของผู้รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard & Ames. 1993: 252) ความพิการนั้นต้องใช้เวลาในการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังนี้

ความเครียด จากพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่

1) การพึ่งพาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง เป็นอัมพาต ผู้ดูแลต้องตัดสินใจในทุกสิ่งทุกอย่างแทนผู้ป่วย

2) สภาพอารมณ์ที่หงุดหงิด ฉุนเฉียว อารมณ์เสียโดยไม่มีเหตุผล ไม่มีความอดทน ใจร้อน เอาแต่ใจตนเองของผู้ป่วย

3) ความบกพร่องในการรับรู้และความเข้าใจ ผู้ป่วยมักสูญเสียความจำ มีการตัดสินใจช้าหรือสับสน นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดจากสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในครอบครัว เช่น กิจกรรมต่างๆ ภายในบ้านขาดผู้ช่วยเหลือ มีความขัดสนด้านการเงินและสิ่งสำคัญคือสภาพอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกที่ว่าตนเองไม่สามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น รู้สึกผิด มีความกังวลกับตนเอง (William. 1994: 155 - 161; Huston. 1990: 671 - 676; Watson. 1986: 15 - 17) ความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีดูแลผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจขึ้นกับผู้ป่วยด้วย (Resenthal, et al., 1993: 148 - 153)

แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (Lifestyle Change) กิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงไป เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน มีการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัวหรือกับเพื่อนฝูงกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติต้องเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจเป็นอย่างยิ่ง ผู้ดูแลพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เป็นผลมาจากข้อจำกัดในเรื่องเวลา เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลที่เคยมีนั้น ต้องไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย อยู่กับผู้ป่วย ไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไว้และออกไปนอกบ้าน ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่าไม่ว่าจะทำอะไรต้องมีการวางแผนล่วงหน้า เวลาจะไปไหนก็ไม่สามารถไปได้นาน (Periard & Ames. 1993: 252 - 256) ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดขึ้นได้

สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ดังเดิม ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้ครอบครัวขาดรายได้ และมีรายจ่ายเพิ่ม จากค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ภรรยาที่เคยเป็นแม่บ้านต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ทดแทนสามีที่ทำงานไม่ได้ บุตรบางคนอาจต้องหยุดการเรียน เพื่อมาดูแลบุพการี ส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว ในสภาวะดังกล่าวผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดขึ้นได้

### แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้นเป็นแนวทางการดูแลรักษาที่กำลังได้รับความนิยมสนใจอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งพบปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยได้ไม่เพียงพอกับ

ความต้องการของประชาชน ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นในการรักษาในโรงพยาบาล หรือสถานบริการทางการแพทย์เป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยทั้งหลายต้องกลับไปรักษาตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยเหล่านั้นยังต้องการการพึ่งพาผู้อื่นหรือ “ผู้ดูแล” ในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการรักษา ในสถานการณ์ปัจจุบัน

### 1. ความหมายของผู้ดูแลที่บ้าน

“ผู้ดูแล” หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยการให้การดูแลบุคคลนั้นเป็นการที่บุคคลเป็นผู้ใหญ่ มีส่วนในการช่วยส่งเสริม ความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 22 – 23; อ้างอิงจาก Orem. 1991) ผู้ดูแลจึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพให้การดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ได้สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว “โอเรียม” มองว่า ครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างระบบการดูแล เพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Taylor. 1989: 76) ดังนั้นเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่งบุคคลใด หรือหลายคนเป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับกับความหมายของคำว่า “ผู้ดูแลที่บ้าน” (Family Caregivers) “ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ” (Informal caregivers) โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญคนอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแล โดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (Davids. 1992: 2) ซึ่งมักมีผู้ดูแลที่บ้านเป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Primary caregivers) และ/หรือ อาจมีผู้ช่วยทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอ หรือต่อเนื่อง หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก (Secondary caregivers)

### 2. บทบาทที่ผู้ดูแลที่บ้าน/กับผู้ดูแลที่โรงพยาบาล

การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเองที่เกิดจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ

1) ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เป็นผลให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ได้ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานหรือกิจกรรมการดูแลรักษาเฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การฉีดยา การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

2) ความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรม เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุหรือเป็นอาการทางสมองที่เกิดจากภาวะของโรค

3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งสิ้นอย่างไรก็ตาม กิจกรรมที่เกิดจากความบกพร่องทางด้านร่างกายนั้น มักจะเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถวางแผนคาดการณ์และจัดเวลาด่วงหน้าได้ว่าจะทำอะไร เมื่อใด แต่สำหรับกิจกรรมที่เกิดจากปัญหาความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมหรือสภาพทางจิตอารมณ์ของผู้ป่วยนั้น มักจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถ คาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นผู้ดูแลที่บ้านอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) ผู้ให้การดูแล (Care providers) และ 2) ผู้จัดการสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล (Care managers) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องดำรงบทบาทอย่างใดนั้น จะถูกตัดสินโดยสภาวะทางสังคมของครอบครัวโดยเฉพาะสภาวะทางเศรษฐกิจนั้นบ่งชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการจัดหาบริการ (Lubkin, I.M. 1986:152) สำหรับการให้การดูแล ผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้บริการด้วยตนเองโดยกระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมการรักษาที่มีข้อกำหนดต่างๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การนำส่งโรงพยาบาล การทำธุระต่างๆ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้านซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลในกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รวมทั้งกิจกรรมการรักษาที่บ้าน เช่น การให้ยา การเปลี่ยนแผล รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จะเป็นที่ได้ว่าผู้ดูแลต้องใช้เวลาและพลังงานส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้เวลาในการดำเนินกิจกรรมอื่นๆ เช่น ภาระงานประจำ การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เวลาส่วนตัว รวมทั้งการดำเนินบทบาททางสังคมของผู้ดูแลลดลง ขาดโอกาสปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสภาพแวดล้อมนอกบ้าน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาในการทำงาน เกิดภาวะเครียดจนเป็นปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลได้

จะเห็นได้ว่า การให้การดูแลที่บ้านนั้น ผู้ดูแลต้องจัดการให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 บทบาทโดยต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งไม่มีเวลาหยุดพักยิ่งกว่านั้นผู้ดูแลที่บ้านยังต้องดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในครอบครัวและส่วนตัวที่มีอยู่ให้เอื้อต่อการดูแล ซึ่งต่างจากการเป็นผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเผชิญเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยที่มีบุคลากรทางการแพทย์มากมายที่พร้อมจะตัดสินใจในการแก้ไขสถานการณ์การดูแลที่มีปัญหาตลอดเวลา และผู้ดูแลที่โรงพยาบาลนั้นยังสามารถละทิ้งผู้ป่วยได้เป็นบางครั้งซึ่งมีผู้ดูแลอื่นๆ สามารถทดแทนหน้าที่นั้นได้ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่บ้านนั้นต้องเผชิญกับความเครียดซึ่งเกิดขึ้นสูงอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา จนอาจเป็นผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลได้

## ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

### 1. ปัจจัยพื้นฐานของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

1.1 อายุ (Age) มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอวัยวะเกี่ยวกับการรับสัมผัสจะมีความสมบูรณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ทำให้ประสิทธิภาพของผู้สูงอายุมีขั้นตอนต่างๆ ซ้ำกว่าวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะการทำหน้าที่ในการมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งกระบวนการคิดรู้ (Hartshorn. et al. 1993: 13) ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต อายุเป็นเงื่อนไขภายในของบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด (สมจิต หนูเจริญกุล. n.d. ; อ้างอิงจาก มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2538: 98) บุคคลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ต่างจากบุคคลที่มีอายุน้อย บุคคลอายุมากผ่านประสบการณ์ในชีวิตและปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย (ประมะ สตะเวทิน. 2526: 105)

จากการศึกษาของปิยะเนตร กาญจนเจริญ (2541) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าการศึกษาเรื่องความเครียดกับการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวน 150 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความเครียดขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก่อนกำหนดของไวท์และแบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิกซึ่งได้หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้กับความเครียดและการเผชิญความเครียดพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษางานวิจัยอื่นๆ เกี่ยวกับอายุกับความเครียดและการเผชิญความเครียดพบว่าอายุเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดในการทำงานแตกต่างกัน ปาลีชาติ ชาวโพธิ์หลวง. 2543; อ้างอิงจาก อัมพร โอตระกุล และเจตสันต์ แดงสุวรรณ. 2525: 18) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความเครียดของตำรวจในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าตำรวจที่มีอายุต่างกันมีความเครียดต่างกัน กลุ่มอายุ 20-29 ปีมีความเครียดมากที่สุดนอกจากนี้จากการวิจัยของ ศิริอนันต์ จูฑะเดมิย์ (2537) พบว่าอาจารย์พยาบาลที่มีอายุน้อยระหว่าง 25 - 35 ปีจะมีความเครียดสูง ส่วนอาจารย์พยาบาลที่มีอายุระหว่าง 35 - 45 ปี และมากกว่า 45 ปีจะมีความเครียดปานกลาง และอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้บุคคลมีการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้นด้วย (สุรรัตน์ ช่างสวัสดิ์. 2541; อ้างอิงจาก จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. 2532: 69 - 70) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทรพร ประกอบผล. (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2534: 99; อ้างอิงจาก ภัทรพร ประกอบผล. 2535) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี จะมีวิธีจัดการกับความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 20 - 25 ปีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคริสตแมน และคนอื่นๆ (ร.ต.อ.หญิงสินวล จำคำ. 2544 : 34; อ้างอิงจาก Christman & others. 1988) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญความเครียด ภาวะไม่สุขสบายทางอารมณ์ และการหายจากโรคในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 70 คน โดยใช้แบบวัดวิธี

เผชิญความเครียดของจาโลวิดและเพอร์เวอร์ แบบสอบถามภาวะอารมณ์ (Profile of Mood states) และดัชนีบ่งบอกการพยากรณ์โรคของฟิล (Peel Prognostics Index) ผลการศึกษาพบว่า วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและบรรเทาความรุนแรงของสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุนั้นคือบุคคลที่มีอายุมากจะใช้วิธีการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

จากการศึกษาของบลันชาร์ด-ฟิลด์และไอเรียน (ร.ด.อ.หญิงสินวล จำคำ. 2544: 34; อ้างอิงจาก Blanchard-Fields & Iron. 1988) พบว่า บุคคลอายุมากจะประเมินสถานการณ์เครียดในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถควบคุมหรือแก้ไขได้ จะเลือกใช้ชีวิตเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าแบบอื่นๆ

1.2 ระดับการศึกษา สามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง มักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่างๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้น การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีการปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526: 182) บุคคลที่มีระดับที่มีศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Muhlenkamp & Sayles. 1986: 366) ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักไม่เข้าใจต่อผลประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติเมื่อเกิดความยุ่งยากในชีวิตซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

ลาแวนท์ (สุนีย์ ตรีทิเพนทร์. 2542: 31; อ้างอิงจาก Lavant. 1990: 2732) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของผู้บริหารงานบุคลากรนิตินิตพบว่าการบริหารงานบุคลากรนิตินิตระดับสูงที่มีวุฒิการศึกษาน้อยกว่าระดับปริญญาตรีมีความเครียดมากกว่าผู้บริหารงานบุคลากรนิตินิตที่มีวุฒิการศึกษาในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก

โรเจอร์ (สุนีย์ ตรีทิเพนทร์. 2542: 31; อ้างอิงจาก อร์ญา จรัสสุริยงค์. 2539: 27 - 28; อ้างอิงจาก Roger. n.d.) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดในการทำงานพบว่าความเครียดของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย (2532: 73) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าอาจารย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทจะมีความเครียดมากกว่าอาจารย์ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก

ประพิมพ์พรรณ สุวรรณภูมิ (2533: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 184 คนพบว่า พยาบาลมีความเครียดแตกต่างกันเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา

#### ระดับการศึกษากับการเผชิญความเครียด

คริสตแมน และคนอื่น ๆ (1988) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญความเครียดภาวะไม่สุขสบายทางอารมณ์ และการหายจากโรคในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 70 คน อายุเฉลี่ย 58 ปี เป็นการศึกษาระยะยาวเก็บข้อมูล 3 ระยะ คือ 72 ชั่วโมง 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบวัดวิธีเผชิญความเครียดของจาโลวิก และเพาเวอร์ แบบสอบถามภาวะอารมณ์ (Profile of Mood States) และดัชนีบ่งบอกการพยากรณ์โรคของพีล (Peel Prognostic Index) พบว่า วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา นั่นคือ ระดับการศึกษาสูง ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา วิธีเผชิญความเครียดที่มุ่งผ่อนคลายความตึงเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา

สุกัญญา คมสัน (2540) ศึกษาพฤติวิธีเผชิญภาวะเครียดและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น กลุ่มตัวอย่างคือ พนักงานรัฐวิสาหกิจในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 277 คน โดยใช้แบบสอบถามพฤติวิธีเผชิญภาวะเครียด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของจาโลวิก ซึ่งใช้แนวคิดการเผชิญภาวะเครียดของเพาเวอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มใช้พฤติวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับ ปวช. ใช้พฤติวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และแบบหลีกเลี่ยงสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนระดับการศึกษาอื่น มีการใช้พฤติวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และแบบหลีกเลี่ยงไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้การศึกษาของแมคเนท (1987) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างเกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียด และความสำเร็จในการเผชิญความเครียดของคนพิการอายุ 15 – 65 ปี จำนวน 50 คน โสด 19 คน สมรส 24 คน หม้าย 7 คน ระดับการศึกษาตั้งแต่เตรียมอุดมศึกษาจนถึงปริญญาตรี ใช้แบบวัดวิธีเผชิญความเครียดของลาซาร์ส และแบบสอบถามความสำเร็จในการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์และวิธีเผชิญความเครียด

แม้ว่าผลการวิจัยที่ศึกษาถึงระดับการศึกษากับวิธีเผชิญความเครียดจะยังมีไม่มากนัก แต่ก็สามารถแสดงแนวโน้มของตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรได้พอสมควรคือบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ส่วนบุคคลที่มีระดับการศึกษาดำกว่าจะใช้วิธีมุ่งแก้ไขอารมณ์ ในการวิจัยครั้งนี้จึงคาดว่า จะมีความสัมพันธ์ของ 2 ตัวแปรนี้ เช่นเดียวกับ การวิจัยที่ผ่านมา คือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

ส่วนบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และแบบบรรเทาความเครียด

1.3 รายได้ของครอบครัว เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งครอบครัวที่สมดุล ปัญหาการเงินก่อให้เกิดการแตกแยกและการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาได้ (อัปษร เช่นเจริญ. 2527; อ้างอิงจาก วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. 2532: 32 - 33) เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล เป็นค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีเศรษฐกิจดีจะได้รับเดือนร้อนในด้านค่าใช้จ่ายน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้หรือเศรษฐกิจต่ำ ทำให้ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า เพราะไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจส่วนครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักต้องทำงานเพื่อหาเงินใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลงรวมถึงการดูแลตนเองก็น้อยลงด้วยซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลขึ้นได้ จากการศึกษาของโจนส์ (Jones. 1990: 1872; อ้างอิงจาก ประพันธ์ แพ้มคลองขอม. 2540: 100) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด รายได้ เชื้อชาติ โครงสร้างของครอบครัวและสัมพันธภาพของพ่อแม่ในกลุ่มพ่อแม่หัวหน้าของเวอร์ดิจเนี่ย จำนวน 53 คน ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ด้านลบระหว่างความเครียดกับรายได้คือ พ่อแม่ที่มีรายได้ต่ำจะมีความเครียดมากกว่าพ่อแม่ที่มีรายได้สูง

นอกจากนี้จากงานวิจัยของปัทมา คุปตจิต (2533: 20) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเต้านมภายหลังได้รับการผ่าตัดเต้านม โดยใช้แนวความคิดของลาซาร์สในการแบ่งประเภทกลวิธีเผชิญความเครียด คือ กลวิธีเผชิญภาวะเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยไว้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นคนที่มีความเป็นอยู่ที่ดีย่อมสามารถเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดปัจจัย

สุกัญญา คมสัน (เพ็ญศรี วรสัมปติ. 2536; อ้างอิงจาก สุกัญญา คมสัน. 2540: 35) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในวัยรุ่นตอนต้นกับตัวแปรฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของลาซาร์สและโพลค์แมน (1984) ผลการวิจัยพบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน คือวัยรุ่นตอนต้นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูงจะมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดดีกว่าวัยรุ่นที่มีเศรษฐกิจต่ำอย่างมีนัยสำคัญที่.05

จาโลวิก และเพาเวอร์ (Jalowice & Power. 1980. Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients. ; อ้างอิงจาก สุกัญญา คมสัน. 2540: 37) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับเศรษฐกิจกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่อยู่ห้องฉุกเฉินที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันที่ไม่รุนแรงจำนวน 25 คน อายุ 20-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ระดับเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดคือ ผู้ที่มีระดับเศรษฐกิจดีใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพหรือวิธีมุ่งแก้ปัญหานอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

แมคคับบิน และคณะ (McCubbin et, al. 1983) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคซิสติกไฟโบรซิส (Cystic Fibrosis) จำนวน 100 ครอบครัว โดยใช้แบบวัดวิธีเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส ผลการศึกษาพบว่ารายได้อาจมีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญความเครียดของมารดา แต่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญความเครียดของบิดา

วารภรณ์ นาครัตน์ (2533) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับเศรษฐกิจกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 150 คน ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ราชวิถี วชิรพยาบาล และรามาริบัติ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์วัดพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้สูงอายุของจงรักษ์ สุกิจเจริญ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีรายได้อาจมีความแตกต่างกัน มีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีระดับเศรษฐกิจแตกต่างกันใช้วิธีเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกัน

นียดา พงศ์พานิชานาญเวช (2535) ศึกษาความวิตกกังวลในการศึกษาต่อและการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดราชบุรี โดยจำแนกตามตัวแปรด้านเพศ แผนการเรียน ความคาดหวังของนักเรียน อาชีพของผู้ปกครอง ระดับเศรษฐกิจของครอบครัว และความคาดหวังของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลต่อคะแนนการเผชิญปัญหาไม่แตกต่างกัน

1.4 ระยะเวลาในการดูแล โอเรม (Orem. 1985: 35) กล่าวว่าไว้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วงแรกอาจมีความเครียดที่เกิดจากการที่ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความเครียดจากการดูแลลดลงแต่อาการของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลาอันยาวนานจะส่งผลต่อสุขภาพกายแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย (Fuller. 1992; อ้างอิงจาก สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ. 2542: 56) จากการศึกษาข้างสรุปไม่ได้แน่ชัดว่าระยะเวลาในการดูแลจะส่งผลต่อการเผชิญความเครียดอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการศึกษาตัวแปรดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

## เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด

### ความหมายของความเครียด

ความเครียดเป็นคำที่มาจากภาษาลาติน คือ *Strictus* หรือ *Stric* หมายถึง ความกดดันในชีวิตประจำวันซึ่งมีผู้ให้ความหมายอยู่หลายท่าน ดังนี้

เซลเย (Selyc. 1956: 53 - 54) บิดาแห่งการศึกษาเรื่องความเครียด ได้ให้คำจำกัดความของ "ความเครียด" เอาไว้ว่าเป็นกลุ่มอาการที่ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือสิ่งเร้าทั้งหลาย อันเป็นผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างทางเคมี ซึ่งปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกไปนั้น ไม่เหมือนกับขึ้นอยู่กับแต่ละคน

ฟาร์เมอร์ ลินน์ และเฮคเลอร์ (Farmer, Lynn and Kockler. 1984: 12) กล่าวว่า ความเครียดเป็นระดับของความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้อันเนื่องมาจากสภาวะการณ์ต่าง ๆ ซึ่งในสภาวะเดียวกันนี้จะทำให้บุคคลมีความเครียดแตกต่างกัน

ลักแมนน์ และไซเรนเซน (Luckmann & Sorensen. 1987: 31) กล่าวว่า ความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่เกิดขึ้น เนื่องจาก มีสิ่งที่มาคุกคามหรือน้อยก็ตามจนทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับตัวได้ ความเครียด ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตัวบุคคลซึ่งรบกวนความต้องการพื้นฐานหรือรบกวนภาวะสมดุลของบุคคลสรุปได้ว่า ความเครียดนั้น ได้แก่

1. สิ่งใดก็ตามที่คุกคามหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคล
2. สิ่งใดก็ตามที่ทำให้บุคคลไม่ได้รับความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐาน
3. สิ่งที่รบกวนพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล
4. สิ่งที่มีผลทำให้ร่างกายและจิตใจขาดสมดุล

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2527: 177) ได้ให้ความหมายของความเครียดไว้ว่า ความเครียดคือ การที่จิตใจของบุคคลตื่นตัวพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาหรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลคาดว่าจะเป็นเรื่องยาก เป็นเรื่องที่ฝืนใจหรือเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคล ซึ่งบุคคลจะต้องทุ่มเทกำลังกายกำลังใจทั้งหมดที่มีอยู่ เข้าแก้ไขหรือต่อสู้กับปัญหานั้น

วีระ ไชยศรีสุข (2536 : 177) ความเครียด คือ สถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ความเครียดเกี่ยวพันกับความวิตกกังวล บางครั้งความเครียดอาจเกิดกับร่างกายที่มีการใช้พลังงานมากเกินไปและมีการเปลี่ยนแปลงต่อกระบวนการทางสรีระของร่างกาย

สุจริต สุวรรณชีพ (2535 : 95) กล่าวว่า ความเครียดเป็นภาวะของจิตใจที่ตื่นตัวพร้อมที่จะเผชิญกับสถานการณ์หรือความกดดันอย่างใดอย่างหนึ่งอันไม่พึงประสงค์ ซึ่งบุคคลคาดว่าจะสถานการณ์หรือความกดดันนั้นมากเกินไปกำลังความสามารถในเวลาปกติจะแก้ไขหรือจัดให้หมดสิ้นหรือบรรเทาได้

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นทำให้พอสรุปความหมายของความเครียด ได้ดังนี้  
 "ความเครียด หมายถึง กลุ่มอาการที่ร่างกายและจิตใจขาดสภาวะสมดุลซึ่งอาจจะเกิดจากสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้น เป็นผลทำให้ร่างกายและจิตใจปรับตัวเพื่อให้อยู่ในภาวะสมดุล"

#### ความเครียดของญาติผู้ดูแล

ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman. 1984; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 106 – 109) ได้ให้ความหมายของความเครียด (Stress) ว่าเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อ สวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดต้องผ่านกระบวนการประเมินตัดสิน

การประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) หมายถึงกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเองซึ่งกระทำอยู่ตลอดเวลา การประเมินตัดสินแบ่งได้เป็น 2 อย่าง คือ การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) และการประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal)

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ เป็นการประเมินตัดสินถึงความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์ต่อสวัสดิภาพของตนเอง โดยที่บุคคลประเมินตัดสินว่าตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้นหรือไม่ การประเมินชนิดปฐมภูมิแบ่งได้ 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าตนเองไม่มีส่วนได้เสียกับเหตุการณ์นั้น

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลในทางที่ดีต่อสวัสดิภาพของตนเอง เกิดขวัญและกำลังใจ หรือมีความพึงพอใจในชีวิต (Moral or life satisfaction) ดังนั้นบุคคลจึงไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัวหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้น

1.3 เป็นภาวะเครียด (Stressful) คือ การที่บุคคลมีการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้น จำเป็นต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งความเครียดมี 3 ลักษณะ คือ

1.3.1 เป็นอันตราย หรือสูญเสีย (Harm & Loss) หมายถึงการที่บุคคลประเมินว่าเกิดการสูญเสีย หรือเสียหายขึ้นกับตนเอง

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

1.3.3 ทำท่าย (Challenge)เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นอาจจะ เป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดี ขึ้น

2. การประเมินชนิดเหตุภัยพิบัติ เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการ กับเหตุการณ์นั้น ๆ การประเมินชนิดเหตุภัยพิบัติ ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อมๆกันได้

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูล เพิ่มเติมและ/หรือติดตามประเมินผลวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยใช้มาแล้วผลงานวิจัยเกี่ยวกับ ความเครียดจากการดูแลที่มีผู้ศึกษาไว้ ได้แก่ โอเบิร์ตส และคนอื่น ๆ (Oberst, et al. 1989: 209 – 215) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของการดูแล และการประเมินความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 47 คน โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการประเมินตัดสิน ของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิด และได้สร้างเครื่องมือเกี่ยวกับการประเมินตัดสินความเครียดขึ้น ซึ่งแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 4 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม เป็นสิ่ง ทำท่าย และเป็นผลดี ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นว่าเป็นผลดีและเป็นสิ่งทำท่ายมากกว่าเป็นภาวะอันตรายหรือสูญเสียหรือคุกคาม

การศึกษาของแคร์รี่ และคนอื่น ๆ (Carey, et al.,1991: 1341 – 1347) ได้ศึกษา เกี่ยวกับการประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล และภาวะในการดูแลของสมาชิกใน ครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 49 คน โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการ ประเมินตัดสินของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิด และใช้เครื่องมือที่โอเบิร์ตส สร้างขึ้นจากทฤษฎี ความเครียดของลาซารัส ในการวัดการประเมินตัดสินเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดย แบ่งเป็น 5 ลักษณะ คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม เป็นสิ่งทำท่าย เป็นผลดี และไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลประเมินตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งทำท่ายเป็นผลดี หรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าประเมินว่าเป็นอันตรายหรือ สูญเสียหรือเป็นภาวะคุกคาม

แต่จากงานวิจัยของ แคมเมอร์ (Kammer. 1994: 89 – 98) ทำการศึกษาถึงการ ประเมินความเครียด และการเผชิญปัญหาของสมาชิกในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน สถานพยาบาลจำนวน 100 คน โดยใช้แนวคิดการเผชิญปัญหาในทฤษฎีความเครียดของ ลาซารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและสร้างเครื่องมือขึ้น โดยแบ่งการประเมินตัดสินเป็น 4 ลักษณะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด รองลงมา คือเป็นภาวะคุกคาม

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (Sirapo – ngam. 1994: 75 – 77) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความเครียด ความต้องการในการดูแล และการเผชิญปัญหาของคู่สมรสที่ดูแลผู้ป่วยพาร์กินสัน จำนวน 96 คน ซึ่งศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและทฤษฎีความเครียดของลาซารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยวัดระดับความเครียดจากกิจวัตรประจำวันและภาระงานที่คู่สมรสต้องปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดความเครียดในระดับใด โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เครียดเลย จนถึงเครียดมากที่สุด ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมีความเครียดปานกลางในการจัดการกับ ปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วย

ในประเทศไทยได้มีผู้สนใจทำการศึกษาซึ่งมีความสอดคล้องเช่นเดียวกัน ดังนี้ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2537) ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดใน บทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลจำนวน 104 ราย สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ประอรนุช ดุลยาทร (2538) ศึกษาถึงปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีที่ เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 100 ราย และสายพิน เกษมกิจวัฒนา และคนอื่น ๆ (2539) ได้ ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 88 ราย จากการศึกษาทั้ง 3 เรื่อง ได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับแนวคิด การประเมินสถานการณ์ในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยใช้แบบประเมินสถานการณ์ของการดูแล (Caregiving Appraisal Scale) ของโอเบิร์ส ซึ่งแบ่ง การประเมินสถานการณ์ของการดูแลเป็น 3 ลักษณะ คือ เป็นความเครียด คุกคาม และมีผลดี ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็น ความเครียด รองลงมาคือคุกคาม จากผลการวิจัยที่ผ่านมามองเห็นว่าในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินว่าเป็นความเครียด โดยที่ระดับความรุนแรงนั้นจะแตกต่างกันออกไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแล จึงต้องพยายามจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล

ความหมายของการเผชิญความเครียด

เพียร์ลีน และสคูเลอร์ (ปารีชาติ สุวรรณผล. 2548: 30; อ้างอิงจาก Pearlin & Schooler. 1978: 2) กล่าวว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อ ปกป้องภาวะจิตใจที่ถูกรบกวน เนื่องจากปัญหาและความเครียดต่าง ๆ

จาคอบสัน (Jacobson. 1983: 28) ได้กล่าวไว้ว่า

1. การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามในการที่จะแก้ปัญหา เมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับ สถานการณ์ที่คุกคามต่อความผาสุกของเขา

2. การเผชิญปัญหา เป็นขบวนการที่มีเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถูกจุดกำเนิดและดำรงอยู่โดยการประเมินการรับรู้ขบวนการควบคุมอารมณ์และการตอบสนองทางสรีรวิทยา

การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทั้งด้านการกระทำ และความนึกคิดในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละสถานการณ์ โดยบุคคลจะใช้ทั้งสติปัญญาและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มากกว่าปกติ (Lazarus & Folkman, 1984: 141, 150 -153) การเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ มุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ บุคคลมักจะใช้ทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ โดยบุคคลจะเผชิญความเครียดได้ดีหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่บุคคลนำมาใช้ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางวัตถุ อย่างไรก็ตามบุคคลอาจประสบกับข้อจำกัดที่ไม่สามารถถึงแหล่งประโยชน์ดังกล่าวมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เนื่องจากการมีข้อจำกัดด้านบุคคล ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม และระดับของการคุกคามของเหตุการณ์ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem - focused coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหาหาวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีพิจารณาว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสมลงมือแก้ปัญหาซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง ส่วนการจัดการอารมณ์ (Emotion - focused coping) เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิด เช่นเดียวกันแต่เป็นการลดอารมณ์ถึงเครียด เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้วิธีเหล่านี้ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (select attention) การมองในสิ่งที่ดีของเหตุการณ์นั้น (positive comparison) และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้นได้มีการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลโดยนำแนวคิดของการเผชิญความเครียดดังกล่าวไปใช้ได้แก่

แคมเมอร์ (Kammer, 1994: 89 - 98) ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลจำนวน 100 คน โดยใช้แนวคิดการเผชิญความเครียด ในทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และสร้างเครื่องมือขึ้น โดยแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 8 ลักษณะ คือ การเผชิญหน้า การถอยห่าง การควบคุมตนเอง การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การยอมรับ การหลีกเลี่ยง การคิดแก้ปัญหา และเป็นผลดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมาคือการคิดแก้ปัญหา และการหลีกเลี่ยงเป็นวิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของเน็นเดอร์เฟอร์ (Neundorfer, 1991: 260 - 265) ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดและภาวะสุขภาพของกลุ่มสตรีที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความจำเสื่อม

จำนวน 60 คน โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา และใช้แบบวัดวิธีเผชิญความเครียด (The Ways of Coping Checklist) ซึ่งโฟล์คแมนและคณะเป็นผู้สร้างขึ้น โดยแบ่งวิธีในการเผชิญความเครียดเป็น 8 วิธีเช่นเดียวกับแคมเมอร์ (Kammer. 1994: 92) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มรสนเลือกใช้วิธีแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด รองลงมาคือ การคิดว่าเหตุการณ์นั้นเป็นผลดี และวิธีที่เลือกใช้น้อยที่สุด คือ การหลีกเลี่ยง

การศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (Sirapo - ngam. 1994; 81 - 82) เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ป่วยโรคไตจำนวน 96 คน ซึ่งศึกษาโดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิธีเผชิญความเครียดคือ แบบวัดการเผชิญปัญหา (The Revised Ways of Coping Checklist) ซึ่งวาทาเลียโนและคนอื่น ๆ (Vitaliano, et. al. 1985) ได้ปรับปรุงจากเครื่องมือที่ลาซารัสและคณะเป็นผู้สร้างขึ้นโดยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 5 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมการโทษตนเอง การคิดเพื่อฝัน และการหลีกเลี่ยง ผลการวิจัยพบว่า การมุ่งแก้ปัญหาที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ การหลีกเลี่ยง และที่น้อยที่สุด คือ การโทษตนเอง

ซาคารีเยส และคนอื่น ๆ (Zacharias, et. al. 1994: 1699 - 1706) ได้ศึกษาถึงการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์จำนวน 40 คน โดยใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสเป็นกรอบแนวคิด และใช้แบบวัดการเผชิญความเครียด (Coping Scale) ที่เฟลตันและคนอื่น ๆ (Felton et. al., 1984) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1984 โดยแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 6 ลักษณะคือการปรับความคิดใหม่ การแสดงออกทางอารมณ์ การคิดเพื่อฝัน การโทษตนเอง การแสวงหาแหล่งข้อมูล และการทำให้เป็นเรื่องเล็ก ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มรสนเลือกใช้วิธีการคิดเพื่อฝันมากที่สุด รองลงมา คือ การปรับความคิดใหม่

คิลลีเอน (Killeen. 1990; cited by Sirapo - ngam. 1994: 27) ทำการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของความเครียด และการเผชิญความเครียดที่มีต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลจำนวน 126 คน ได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ผลการวิจัย พบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย นิตยา สุทยากร (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญความเครียดกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันของญาติจำนวน 100 ราย โดยใช้เครื่องมือของจาโลวีก (Jalowiec, 1981) ซึ่งแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ผลการศึกษาพบว่าญาติใช้พฤติกรรมมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ต่อมา วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้ศึกษาบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ

จำนวน 80 ราย ใช้เครื่องมือของจาโลวิตที่ได้ปรับปรุงขึ้นใหม่ ผลจากวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบแบ่งการเผชิญปัญหาเป็น 3 ลักษณะคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive) การจัดการกับอารมณ์ (Emotive) และการบรรเทาความเครียด (Palliative) พบว่า บิดา - มารดาใช้การเผชิญหน้ากับแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต (2538) ที่ศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจำนวน 43 รายพบว่า ญาติผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ การบรรเทาความเครียด และการจัดการกับอารมณ์

นางลักษณ์ บุญเยี่ยม (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าปัจจัยคัดสรรต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยรวมได้ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง และใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาและด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมมากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์

อารีย์ รอดอนันต์ และคนอื่นๆ (2539) ศึกษาพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ทำการขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แบบสอบถามการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ทำการขจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามของปีทมา คูปัดจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61 มีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและจัดระดับว่าจะเหมาะสมหมายถึงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัสที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ที่เชื่อว่าการวัดการเผชิญความเครียดเป็นการศึกษาความถี่ของการใช้วิธีการเผชิญความเครียดนั้นๆ เท่านั้น ผลลัพธ์ของการปรับตัวเป็นผลจากการประเมินตัดสินใจและการเผชิญความเครียด จะมีประสิทธิภาพหรือไม่ต้องพิจารณาจากความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ในสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ

สุภาพ อารีเอื้อ (2540) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดจากจาโลวิตฉบับปรับปรุง ปีค.ศ.1988 ในการวัดการเผชิญความเครียด พบว่าความปวดเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดสูงสุด กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาทั้งการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียดร่วมกัน และรับรู้การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ความเครียดและการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 22

ไสว นรสาร (2540) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสิน และการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวิก ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 ในการวัดการเผชิญความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับปานกลางและประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาสมากกว่าเป็นอันตราย ผู้ป่วยที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นโอกาส มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นอันตราย และกลุ่มตัวอย่างใช้เผชิญความเครียดลักษณะการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน โดยใช้การจัดการกับอารมณ์มากกว่าการมุ่งแก้ปัญหา

จะเห็นได้ว่าการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้นั้นจะเป็นการผสมผสานระหว่างการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความเครียด แต่ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่า

#### งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด

พรศิริ ใจสม (2536 : 104 - 105) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ บิดา มารดาจำนวน 60 คน ของผู้ป่วยเด็กจำนวน 35 คน ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียดซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินที่ก่อให้เกิดความเครียดในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเวชกรรมของคาร์เตอร์ และไมล์ส และแบบประเมินกลวิธีเผชิญความเครียดของมารดาขณะบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งศากุล คงพันธ์แปลมาจากแบบประเมินการเผชิญภาวะวิกฤตของครอบครัวของแมคคัมบีน ออลสันและลาร์เซน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดโดยรวมของบิดามารดาของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีค่าเฉลี่ยความเครียดต่ำสุด คือ เหตุการณ์ด้านพฤติกรรมและการติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาลและการใช้กลวิธีเผชิญความเครียดโดยมีค่าเฉลี่ยในการใช้สูงสุดคือ ด้านการประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่เพื่อจะจัดการต่อปัญหาได้ดีขึ้น

ธารวรัตน์ ชื่นทอง (2541) ได้ศึกษาปัญหาความเครียดในการปฏิบัติงานและกลวิธีเผชิญความเครียดของพนักงานระดับหัวหน้างานธนาคารไทยธนาคาร พบว่า พนักงานระดับหัวหน้างานมีปัญหาในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง มีความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำและมีการใช้กลวิธีความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาในระดับปานกลาง แบบมุ่งแก้ไขอารมณ์และแบบหลีกเลี่ยงในระดับต่ำ

สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ทำการศึกษาเรื่องความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลในระดับค่อนข้างต่ำและญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญปัญหาโดยการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

สุนีย์ ตรีทิเพนทร์ (2542) ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของบุคคลว่างงานที่มารับบริการจัดหางานของกรมจัดหางานจำนวน 150 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมีการใช้กลวิธีเผชิญความเครียดโดยการแก้ไขที่ปัญหามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.3 โดยการแก้ไขที่อารมณ์เป็นทุกข์แบบเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 16.0 และโดยการแก้ไขที่อารมณ์เป็นทุกข์แบบไม่เหมาะสมน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.7

มารศรี เดือนจันทร์ฉาย (2545) ศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียด ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับลักษณะการเผชิญความเครียดสรุปได้ดังนี้ ผู้ป่วยเบาหวานมีความเครียดเรื่องภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด เครียดเรื่องผลการรักษาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และเรื่องลักษณะของโรคการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก เรื่องการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง ลักษณะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาก็ใช้วิธีการรับบริการรักษาจากแพทย์เป็นวิธีที่ผู้ป่วยใช้มากที่สุด วิธีปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลถูกใช้ในระดับปานกลาง

จากที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ปัจจัยพื้นฐานที่แตกต่างกัน ก็จะทำให้การดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไปด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## บทที่ 3

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาถึงความเครียดจากการดูแล การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### ลักษณะของประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยลักษณะผู้ป่วยที่ญาติดูแลจะต้องเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลา 3 เดือน หรือมีพยาธิสภาพคงอยู่ถาวร เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวสนองความต้องการของตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งญาติจะพาผู้ป่วยมารับบริการที่ โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่ง

#### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี 2546-2548 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่งจำนวน 85 คน โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

#### เครื่องมือในการวิจัย

##### เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้วัดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- ตอนที่ 2 แบบวัดความต้องการในการดูแล (Caregiving Demand Scale) ของ โอเบิร์ส (Oberst, 1991) ใช้วัดความต้องการเวลาในการดูแลของผู้ป่วยและแบบความเครียดจากการดูแล ซึ่งเป็นแบบวัดคู่ขนานที่ใช้ข้อคำถามเดียวกับแบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วย
- ตอนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowice coping scale) ของ จาโลวิค (Jalowice, 1988) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล

## การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจตามการรับรู้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย  
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. อายุของผู้ดูแล
  - 20-45 ปี
  - 45 ปีขึ้นไป
2. ฐานะทางเศรษฐกิจตามการรับรู้
  - ไม่ขัดสน
  - ขัดสน
3. ระดับการศึกษา
  - ต่ำกว่ามัธยมศึกษา
  - สูงกว่ามัธยมศึกษา

## ตอนที่ 2 แบบความต้องการในการดูแล (Caregiving Demand Scale)

เป็นแบบวัดที่สร้างโดย โอเบิร์ต (Oberst, 1991) เพื่อใช้วัดความต้องการในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังที่บ้าน แบบวัดความต้องการในการดูแลนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden Scale) ซึ่งประกอบด้วย แบบวัดความต้องการในการดูแล ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) ได้ทำการแปลไว้ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะแบบวัดความต้องการในการดูแล ซึ่งวัดจากความต้องการเวลาในการดูแลของผู้ป่วย แบบวัดชุดนี้เป็นการวัดทั้งความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยและความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลโดยเป็นแบบวัดคู่ขนานซึ่งจะใช้คำถามเดียวกันตอบทั้งความต้องการและความเครียดจากการดูแล

แบบวัดความต้องการในการดูแลนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย การดูแลโดยตรง การดูแลระหว่างบุคคล และการดูแลทั่วไป เกณฑ์การให้คะแนนของแบบวัดชุดนี้เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประเมินจากปริมาณเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม จาก 1 ไม่ต้องการเวลาในการดูแลเลย ถึง 5 ต้องการเวลาในการดูแลมากที่สุด คะแนนของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่า มีความต้องการดูแลน้อย คะแนนสูง แสดงว่ามีความต้องการในการดูแลมาก ความเครียดของญาติผู้ดูแล ประเมินจากข้อคำถามเดียวกันกับที่ปรากฏในแบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโดยจะถามต่อจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการ

ดูแลว่ากิจกรรมนั้นก่อให้เกิดความเครียดมากหรือน้อย เกณฑ์การให้คะแนนเป็นอัตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 คือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่รู้สึกว่ายเครียด จนถึง 5 คือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทำให้รู้สึกว่ายเครียดมากที่สุด คะแนนจะอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดสูง

ตัวอย่างแบบวัดความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ  
แบบวัดความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละอย่างในระหว่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องต่อไปนี้ ท่านใช้ปริมาณเวลา ระดับใด และการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทำให้ท่านมีความเครียดระดับใด

ปริมาณเวลาที่ใช้

|           |         |                                                  |     |   |       |
|-----------|---------|--------------------------------------------------|-----|---|-------|
| น้อยมาก   | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าจะไม่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นๆ เลย | ให้ | 1 | คะแนน |
| น้อย      | หมายถึง | ท่านใช้เวลาน้อยในการทำกิจกรรมนั้นๆ               | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปานกลาง   | หมายถึง | ท่านใช้เวลาปานกลางในการทำกิจกรรมนั้นๆ            | ให้ | 3 | คะแนน |
| มาก       | หมายถึง | ท่านใช้เวลามากในการทำกิจกรรมนั้นๆ                | ให้ | 4 | คะแนน |
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านใช้เวลามากที่สุดในในการทำกิจกรรมนั้นๆ        | ให้ | 5 | คะแนน |

ระดับความเครียด

|           |         |                                                   |     |   |       |
|-----------|---------|---------------------------------------------------|-----|---|-------|
| น้อยมาก   | หมายถึง | กิจกรรมนั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียด           | ให้ | 1 | คะแนน |
| น้อย      | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดเพียงเล็กน้อย | ให้ | 2 | คะแนน |
| ปานกลาง   | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดปานกลาง       | ให้ | 3 | คะแนน |
| มาก       | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดมาก           | ให้ | 4 | คะแนน |
| มากที่สุด | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดมากที่สุด     | ให้ | 5 | คะแนน |

ตัวอย่างแบบวัดความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและ  
แบบวัดความเครียดจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

| กิจกรรม                                                                                                                      | ปริมาณเวลาที่ใช้ |      |             |     |               | ระดับความเครียด |      |             |     |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------|-----|---------------|-----------------|------|-------------|-----|---------------|
|                                                                                                                              | น้อย<br>มาก      | น้อย | ปาน<br>กลาง | มาก | มาก<br>ที่สุด | น้อย<br>มาก     | น้อย | ปาน<br>กลาง | มาก | มาก<br>ที่สุด |
| 1.การดูแล<br>เกี่ยวกับการ<br>รักษาพยาบาล<br>(การฉีดยา<br>ทำแผล<br>ให้อาหารทาง<br>สายยาง<br>ดูดเสมหะ<br>ทำกายภาพ<br>และอื่นๆ) |                  |      |             |     |               |                 |      |             |     |               |

### คุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความต้องการในการดูแล ซึ่งสร้างโดยโอเบิร์ตส (Oberts. 1991) และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2537) ได้แปลเป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 4 ท่าน เกณฑ์ในการพิจารณาแต่ละข้อคำถาม จะต้องผ่านความเห็นชอบจากผู้ชำนาญการ ไม่น้อยกว่า 3 ใน 4 ท่าน พยาบาลชำนาญการได้แนะนำในการปรับปรุงภาษาที่ใช้และเพิ่มเติมรายละเอียดบางส่วนและได้นำไปใช้ในกลุ่มภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 ราย หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบวัดทั้งชุดเท่ากับ .77 และนอกจากนี้ สมฤดี สิทธิมงคล (2541) ได้ทำการวิจัยในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา จำนวน 100 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71

ส่วนในการวิจัยคั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดนี้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 85 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .72

ส่วนความเครียดของญาติผู้ดูแล ประเมินจากข้อคำถามเดียวกันกับที่ปรากฏในแบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโดยจะถามต่อจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลว่ากิจกรรมนั้นก่อให้เกิดความเครียดมากหรือน้อย เกณฑ์การให้คะแนนเป็นอัตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จาก 1 คือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่รู้สึกว่ายเครียด จนถึง 5 คือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทำให้รู้สึกว่าเครียดมากที่สุด คะแนนจะอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดยิ่งสูง และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

### ตอนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด

แบบวัดการเผชิญความเครียด โดยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ จาโลวีก (The Jalowiec coping scale) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ.1988 ซึ่งวิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้นำมาใช้แบบวัดนี้จาโลวีก สร้างในปี 1979 โดยอาศัยการสำรวจและการศึกษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัส และลอเนียร์ (Lazarus & Launier, 1978 cited by Jalowiec & Power, 1981: 11) ประกอบไปด้วย ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีกได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ โดยลดจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามลงเหลือ 36 ข้อ การตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบจะเป็นผู้ประเมินตนเองว่าได้ใช้วิธีการเหล่านี้หรือไม่ และบ่อยเพียงใด ในสถานการณ์ที่บรรยายความเครียด ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย = 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นตลอดเวลา = 5 คะแนน

การให้คะแนนจะให้รายข้อโดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน ดังนี้

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย    | ให้ 1 คะแนน |
| ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง    | ให้ 2 คะแนน |
| ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง | ให้ 3 คะแนน |
| ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ        | ให้ 4 คะแนน |
| ใช้วิธีนั้นตลอดเวลา     | ให้ 5 คะแนน |

แบบวัดความเผชิญความเครียดของจาโลวีกประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มีคะแนนรวม 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีคะแนนรวม 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนรวม 14-70 คะแนน คะแนนรวมของทั้งชุดจะมีค่าอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน

ตัวอย่างแบบวัดการเผชิญความเครียดของญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คำชี้แจง แบบวัดนี้เป็นแบบวัดวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญความเครียดจากการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของท่าน โดยให้ท่านนึกถึงสถานการณ์ในการดูแลที่ผ่านมา เพื่อตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

|                         |         |                                           |
|-------------------------|---------|-------------------------------------------|
| ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย    | หมายถึง | ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย               |
| ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง    | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นนานๆครั้ง               |
| ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง            |
| ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ        | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง               |
| ใช้วิธีนั้นตลอดเวลา     | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด |

| วิธีการเผชิญความเครียด                                     | คะแนน        |              |                 |          |             |
|------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|----------|-------------|
|                                                            | ไม่ได้ใช้(1) | นานๆครั้ง(2) | เป็นบางครั้ง(3) | บ่อยๆ(4) | ตลอดเวลา(5) |
| 1. รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย             |              |              |                 |          |             |
| 2. ระบายความเครียดด้วยการออกแรงหรือออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น |              |              |                 |          |             |
| 3. มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น                           |              |              |                 |          |             |

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวิก โดย วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้นำมาใช้ ในประเทศไทย นิตยา สุทธยากร (2531) ได้แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาจากนั้นนำไปใช้กับญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .88 ต่อมาวิมลวัลย์ วโรพาร (2535) นำแบบวัดนี้ไปใช้ในกลุ่มบิดา-มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาตัวในหน่วยบำบัดพิเศษจำนวน 80 คนได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 กิตติกร

นิลมานัต (2538) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ทดสอบความเที่ยงกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอาการคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และเมื่อนำมาใช้จริงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .74

ส่วนในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบวัดนี้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองโดยก่อนที่จะให้ญาติผู้ป่วยทำการตอบ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการตอบแบบสอบถาม ให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ของเครื่องมือในแต่ละตอน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในที่นี้ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Package for Social Sciences Version)

1. หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงให้ทราบถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบความเครียดตามอายุ ระดับการศึกษาระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ t-test for independent

3. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดตามอายุ ระดับการศึกษาระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ t-test for independent หากความสัมพันธ์ของความเครียดกับความต้องการในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson product moment correlation)

4. หาความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยผู้วิจัยในตั้งความมุ่งหมายการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนแรก จะเสนอข้อมูลพื้นฐานที่ประกอบด้วยข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นพื้นฐานในการเข้าใจลักษณะและขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จากนั้นได้เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดต่างๆ ตามสมมติฐานวิธีการสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การวิเคราะห์ความแตกต่าง โดยใช้สถิติค่าที (t-test) และการหาความสัมพันธ์ โดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ในการวิเคราะห์และแปลผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อความสะดวกและให้เข้าใจตรงกัน จึงได้กำหนดสัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

|           |     |                                     |
|-----------|-----|-------------------------------------|
| N         | แทน | จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง              |
| ร้อยละ    | แทน | จำนวนร้อยละของคนในกลุ่มตัวอย่าง     |
| $\bar{X}$ | แทน | ค่าเฉลี่ย                           |
| SD        | แทน | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน                 |
| t         | แทน | ค่าสถิติที่พิจารณาใน t-distribution |
| r         | แทน | ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน           |

#### ข้อมูลเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่ผู้ป่วยที่ต้องการจะศึกษาต้องเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทุพพลภาพ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ในระยะเวลา 3 เดือน หรือมีพยาธินสภาพคงอยู่ถาวร เป็นเหตุให้ผู้ป่วยจำเป็นต้อง

พึ่งพาผู้อื่นในครอบครัวสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใน กรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่ง  
จำนวน 85 คน

ตาราง 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นอายุของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ฐานะทางเศรษฐกิจ ความต้องการรับรู้ ระดับการศึกษา และระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วย

| ตัวแปร                             | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------|-------|--------|
| อายุของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง |       |        |
| 20 – 45 ปี                         | 49    | 57.6   |
| 45 ปี ขึ้นไป                       | 36    | 42.4   |
| รวม                                | 85    | 100    |
| ฐานะเศรษฐกิจตามการรับรู้           |       |        |
| ไม่ขัดสน                           | 69    | 81.2   |
| ขัดสน                              | 16    | 18.8   |
| รวม                                | 85    | 100    |
| ระดับการศึกษา                      |       |        |
| ต่ำกว่ามัธยมศึกษา                  | 41    | 48.2   |
| สูงกว่ามัธยมศึกษา                  | 44    | 51.8   |
| รวม                                | 85    | 100    |
| เวลาในการดูแลผู้ป่วย               |       |        |
| ระยะเริ่มแรก                       | 54    | 63.5   |
| ระยะเวลานาน                        | 31    | 36.5   |

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุ 20-45 ปีมีจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 อายุ 45 ปีขึ้นไปมีจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจตามการรับรู้โดยมีระดับเศรษฐกิจไม่ขัดสนมีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 81.2 ขัดสนมีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาโดยมีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาจำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 54.1 สูงกว่ามัธยมศึกษาจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 45.9 .

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยมีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยระยะในการดูแลคือ 26 เดือน ซึ่งผู้ดูแลในระยะเริ่มแรกมีจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานมีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการในการดูแล ความเครียดจากการดูแลและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

| ข้อมูล                                               | $\bar{X}$ | SD    |
|------------------------------------------------------|-----------|-------|
| คะแนนความต้องการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม | 46.29     | 7.96  |
| คะแนนความเครียดจากการดูแลโดยรวม                      | 41.75     | 13.37 |
| การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา                    | 3.32      | 0.61  |
| การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์             | 2.24      | 0.61  |
| การเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียด                | 2.69      | 0.52  |

จากตาราง 2 พบว่า ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประเมินโดยถามจากญาติผู้ดูแล พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.29 เฉลี่ยรายข้อ เท่ากับ 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.96 และมีค่าเฉลี่ยความเครียดจากการดูแลเท่ากับ 41.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.37

สำหรับวิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 ด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61

ด้านการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียดมีค่าเฉลี่ย 2.69 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความเครียดและการมุ่งจัดการกับอารมณ์เป็นลำดับสุดท้าย

### การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก  
ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยตามอายุของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

|                                                 | อายุของญาติผู้ดูแล | n  | $\bar{X}$ | SD   | t    | P   |
|-------------------------------------------------|--------------------|----|-----------|------|------|-----|
| ความเครียดจากการดูแล<br>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | อายุน้อย           | 49 | 2.85      | 1.02 | 0.85 | .19 |
|                                                 | อายุมาก            | 36 | 2.69      | 0.71 |      |     |

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก  
ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีฐานะ  
ทางเศรษฐกิจดี ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามฐานะทางเศรษฐกิจ

|                                                 | ฐานะทางเศรษฐกิจ<br>ตามการรับรู้ | n  | $\bar{X}$ | SD   | t     | P   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------|----|-----------|------|-------|-----|
| ความเครียดจากการดูแล<br>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | ขัดสน                           | 16 | 2.91      | 1.02 | 0.651 | .26 |
|                                                 | ไม่ขัดสน                        | 69 | 2.75      | 0.88 |       |     |

จากตาราง 4 พบว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดไม่แตกต่างจาก  
ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง  
ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบระหว่างความเครียดจากการดูแลตามระดับการศึกษา

|                                                 | ระดับการศึกษา     | n  | $\bar{X}$ | SD   | t    | P   |
|-------------------------------------------------|-------------------|----|-----------|------|------|-----|
| ความเครียดจากการดูแล<br>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 46 | 2.91      | 0.85 | 1.46 | .07 |
|                                                 | สูงกว่ามัธยมศึกษา | 39 | 2.62      | 0.95 |      |     |

จากตาราง 5 พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแล  
ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยใน  
ระยะเริ่มแรก ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

|                                                     | ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย | n  | $\bar{X}$ | SD   | t    | P   |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|----|-----------|------|------|-----|
| ความเครียดจากการ<br>ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด<br>สมอง | ระยะเวลานาน              | 31 | 2.93      | 0.78 | 1.21 | .12 |
|                                                     | ระยะเริ่มแรก             | 54 | 2.69      | 0.96 |      |     |

จากตาราง 6 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน มีความเครียดไม่ต่างจากผู้ดูแล  
ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 เปรียบเทียบความเครียดจากการดูแลตามความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

|                             | ความต้องการในการดูแล     | n  | $\bar{X}$ | SD   | t       | P    |
|-----------------------------|--------------------------|----|-----------|------|---------|------|
| ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย | ความต้องการในการดูแลมาก  | 40 | 3.16      | 0.99 | 3.79*** | .000 |
|                             | ความต้องการในการดูแลน้อย | 45 | 2.45      | 0.67 |         |      |

\*\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 7 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากจะมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ตรงตาม

สมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามอายุของผู้ดูแล

|                                          | อายุของผู้ดูแล | n  | $\bar{X}$ | SD   | t      | P   |
|------------------------------------------|----------------|----|-----------|------|--------|-----|
| การเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา | อายุมาก        | 36 | 3.18      | 0.70 | -1.81* | .04 |
|                                          | อายุน้อย       | 49 | 3.43      | 0.53 |        |     |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 7 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามฐานะทางเศรษฐกิจ

|                                              | ฐานะทางเศรษฐกิจ<br>ตามการรับรู้ | n  | $\bar{X}$ | SD   | t    | P   |
|----------------------------------------------|---------------------------------|----|-----------|------|------|-----|
| การเผชิญความเครียดโดย<br>ใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา | ไม่ขัดสน                        | 69 | 3.37      | 0.57 | 1.36 | .08 |
|                                              | ขัดสน                           | 16 | 3.13      | 0.76 |      |     |

จากตาราง 9 พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล

|                                              | ระดับการศึกษา     | n  | $\bar{X}$ | SD   | t      | P    |
|----------------------------------------------|-------------------|----|-----------|------|--------|------|
| การเผชิญความเครียดโดย<br>ใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา | สูงกว่ามัธยมศึกษา | 39 | 3.51      | 0.52 | 2.72** | .004 |
|                                              | ต่ำกว่ามัธยมศึกษา | 46 | 3.16      | 0.65 |        |      |

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธี  
มุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตรงตาม  
สมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการ  
กับอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ตามระยะเวลา  
ในการดูแลผู้ป่วย

|                                                 | ระยะเวลาในการดูแล<br>ผู้ป่วย | n  | $\bar{X}$ | SD   | t     | P   |
|-------------------------------------------------|------------------------------|----|-----------|------|-------|-----|
| การเผชิญความเครียดโดย<br>ใช้วิธีจัดการกับอารมณ์ | ระยะเวลานาน                  | 31 | 2.19      | 0.62 | -0.49 | .31 |
|                                                 | ระยะเริ่มแรก                 | 54 | 2.26      | 0.62 |       |     |

จากตาราง 11 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการ  
กับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 10 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญ  
ความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย  
ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามความต้องการใน  
การดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

|                                                     | ความต้องการในการ<br>ดูแลของผู้ป่วย | n  | $\bar{X}$ | SD   | t    | P   |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|----|-----------|------|------|-----|
| การเผชิญความเครียดโดย<br>ใช้วิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ | ความต้องการในการ<br>ดูแลมาก        | 40 | 2.25      | 0.67 | 0.09 | .46 |
|                                                     | ความต้องการในการ<br>ดูแลน้อย       | 45 | 2.23      | 0.56 |      |     |

จากตาราง 12 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 11 ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดจากการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กันทางบวก ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความต้องการในการดูแลของญาติ

| ตัวแปร                                        | r       | P     |
|-----------------------------------------------|---------|-------|
| ความต้องการในการดูแล/<br>ความเครียดจากการดูแล | .518*** | 0.000 |

\*\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 13 พบว่า ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดจากการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 12 ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

| ตัวแปร                                            | r    | P    |
|---------------------------------------------------|------|------|
| ความเครียด/<br>วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา | -.03 | 0.78 |

จากตาราง 14 พบว่าความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหา ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 13 ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

| ตัวแปร                                                   | r    | P    |
|----------------------------------------------------------|------|------|
| ความเครียด/<br>วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ | -.03 | 0.81 |

จากตาราง 15 พบว่าความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานข้อที่ 14 ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดของผู้ดูแลและการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด

| ตัวแปร                                                      | r    | P   |
|-------------------------------------------------------------|------|-----|
| ความเครียด<br>/วิธีเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด | -.03 | .38 |

จากตาราง 16 พบว่าความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยผู้วิจัยในตั้งความมุ่งหมายการวิจัยไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปรอายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามตัวแปร อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### ความสำคัญ

เพื่อทราบถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือบรรเทาทำให้ความเครียดลดลงและสามารถใช้การเผชิญความเครียดได้ถูกต้อง

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก
2. ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี
3. ผู้ดูแลที่มีการศึกษต่ำมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง
4. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีความเครียดมากกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก
5. ผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย
6. ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

7. ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ
8. ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ
9. ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ มากกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก
10. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย
11. ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับความเครียดจากการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กันทางบวก
12. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา
13. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด
14. ความเครียดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

### กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลระหว่างปี 2546 - 2548 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง และโรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรี 1 แห่งจำนวน 85 คน โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

### เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบไปด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้วัดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลซึ่งได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจตามการรับรู้ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตอนที่ 2 แบบวัดความต้องการในการดูแล (Caregiving Demand Scale) ของ โอเบิร์ส (Oberst, 1991) ใช้วัดความต้องการเวลาในการดูแลของผู้ป่วย ที่สร้างโดย โอเบิร์ส (Oberst, 1991) ซึ่งสายพิณ เกษมกิจวัฒนา ได้ทำการแปลไว้ซึ่งแบบวัดความต้องการในการดูแลมีแบบสอบถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนของแบบวัด

ทั้งชุดอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนนคะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีความต้องการในการดูแลมาก โดยหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคเท่ากับ .72

ความเครียดจากการดูแล ซึ่งใช้วัดความเครียดจากการดูแลซึ่งประเมินจากข้อคำถามเดียวกันกับที่ปรากฏในแบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโดยจะถามต่อจากปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลว่ากิจกรรมนั้นก่อให้เกิดความเครียดมากหรือน้อย เกณฑ์การให้คะแนนเป็นอัตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คะแนนจะอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน คะแนนยิ่งสูงแสดงว่ามีระดับความเครียดยิ่งสูง ซึ่งผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นจากข้อมูลทั้งหมดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคเท่ากับ.92

ตอนที่ 3 แบบวัดการเผชิญความเครียด (The Jalowice coping scale) ของ จาโลวิค (Jalowice. 1988) ใช้วัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ.1988 ซึ่ง วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้นำมาใช้ โดยแบบวัดนี้จาโลวิค สร้างในปี 1979 ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจำนวน 40 ข้อ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวิคได้ปรับปรุงแบบสอบถามใหม่ โดยลดจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามลงเหลือ 36 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อมีคะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิต 5 ระดับ

แบบวัดความเผชิญความเครียดของจาโลวิคประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มีคะแนนรวม 13 - 65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ มีคะแนนรวม 9 - 45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีคะแนนรวม 14 - 70 คะแนน คะแนนรวมของทั้งชุดจะมีค่าอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองโดยก่อนที่จะให้ญาติผู้ป่วยทำการตอบ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายและวิธีการในการตอบแบบสอบถาม ให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจ
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ของเครื่องมือในแต่ละตอน แล้วนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในที่นี้ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Package for Social Sciences Version)

1. หาสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงให้เห็นถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. เปรียบเทียบความเครียดตามอายุ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ t-test for independent

3. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดตามอายุ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ t-test for independent

4. หาคความสัมพันธ์ของความเครียดกับความต้องการในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

5. หาคความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นไปตามสมมติฐานคือสมมติฐานข้อที่ 5 ข้อที่ 8 และข้อที่ 11 และที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐานคือสมมติฐานข้อที่ 1,2,3,4,7,9,10,12,13 และข้อที่ 14 นอกจากนี้ยังปรากฏผลตรงข้ามกับสมมติฐานคือสมมติฐานข้อที่ 6 พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ส่วนรายละเอียดต่างๆได้แสดงดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ดูแลที่มีการศึกษาค่ำ มีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงสมมติฐานข้อที่ 4 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน มีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมาก มีความเครียดมากกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

สมมติฐานข้อที่ 7 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาค่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน จะมีการเผชิญความเครียด แบบจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก

สมมติฐานข้อที่ 10 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมาก มีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแล ผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย

สมมติฐานข้อที่ 11 ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กับความเครียด จากการดูแลของญาติมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานข้อที่ 12 ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา

สมมติฐานข้อที่ 13 ความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์

สมมติฐานข้อที่ 14 ความเครียดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อภิปรายผลได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปร ซึ่งได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอภิปรายได้ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียด ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การที่ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากเพราะบุคคลอายุมากผ่านประสบการณ์ในชีวิตและปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลอายุน้อย ทำให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่า (ปรมะ สตะเวทิน. 2526: 105) แต่จากงานวิจัยไม่เป็นดังกล่าวเพราะผู้ดูแลที่มีอายุน้อยสามารถปรับตัวเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก อายุ (Age) มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอวัยวะเกี่ยวกับการรับสัมผัสจะมีความสมบูรณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องความคิดและพฤติกรรม (สมจิต หนูเจริญกุล. ม.ป.ป. ; อ้างอิงจาก มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2538: 98) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีอายุมากยังมีโรคประจำตัวซึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของภาวะร่างกายจึงทำให้การเรียนรู้ในการดูแลมีข้อจำกัด จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก มีผู้ทำงานวิจัยสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าวอยู่บ้างได้แก่ งานวิจัยของ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์

(2538: 131) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียดของหัวหน้าภาควิชา กับสุขภาพกับองค์กรในวิทยาลัยพยาบาลพบว่า หัวหน้าภาควิชาที่มีอายุแตกต่างกัน มีความเครียดที่ไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา อุ่ณจิตต์ (2533: บทคัดย่อ) และพรทิพย์ กุญชรานนท์ (2527: บทคัดย่อ) พบว่าพยาบาลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความเครียดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ อัจฉนามนัสสิริ (2545: 52) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของโทมัส (มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. 2538: 131; อ้างอิงจาก Thomas . 1991) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและสุขภาพขององค์กร พบว่า อายุไม่ส่งผลต่อความเครียดของผู้บริหาร

1.2 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เงินเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล เป็นค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีเศรษฐกิจดีจะได้รับความเดือดร้อนในด้านค่าใช้จ่ายน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้หรือเศรษฐกิจต่ำทำให้ครอบครัวที่มีรายได้สูงมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า เพราะไม่ต้องพะวงกับปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักต้องทำงานเพื่อหาเงินใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ความสนใจความต้องการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยลง รวมถึงการดูแลตนเอง ก็น้อยลงด้วยซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลขึ้นได้ แต่จากผลการวิจัยไม่เป็นดังกล่าว เพราะในยุคปัจจุบันฐานะทางเศรษฐกิจอาจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียด เพราะการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐบาลนั้นไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือสูงก็มีมาตรฐานในการการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกันนอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด ใดๆก็ตามมีผู้ทำงานวิจัยสนับสนุนอยู่บ้างได้แก่ งานวิจัยของวันทนา เจริญรัตนโชติ (2545: 77) ซึ่งพบว่า ครูประถมศึกษา กลุ่มรัตนโกสินทร์สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีระดับความเครียดในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ศิริรัตน์ อัจฉนามนัสสิริ (2545: 55) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ พบว่ารายได้ประจำและรายได้พิเศษไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของมารยาท เจริญสุขโสภณ (ประพันธ์ แพ้มคลองหอม. 2540 113 ; อ้างอิงจากมารยาท เจริญสุขโสภณ. 2532) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังปัจจัยด้านกายภาพ จิตใจและสังคมกับสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในเขตอุตสาหกรรมภาคตะวันออกของไทย พบว่ารายได้ของบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

1.3 ผู้ดูแลมีการศึกษาดำมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การที่ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงเพราะ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหา และมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ดี ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการศึกษา จากประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่างๆ สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ดี ดังนั้น การศึกษาสูงทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีการปฏิบัติกรดูแลที่ถูกต้องกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาดำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526: 182) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติตลอดจนการหาแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Muhlenkamp & Sayles. 1986: 366) ผู้ที่มีการศึกษาดำมักไม่เข้าใจต่อผลประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติเมื่อเกิดความยุ่งยากในชีวิตซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้แต่จากผลการวิจัยไม่เป็นดังกล่าวเพราะความเครียดจะมากน้อยเพียงใด อาจขึ้นอยู่กับความรุนแรงของปัญหา บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ในการดำเนินการเผชิญปัญหาการประเมินความสำคัญของปัญหาและความช่วยเหลือจากภายนอกด้วย(สุจริต สุวรรณชีพ. 2531) นอกจากนี้ในระบบงานของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล มีระบบการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเข้ามาเป็นหลักประกันให้กับผู้เข้ามาใช้บริการ (Hospital Accreditation) ทำให้การสอนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น มีการสอนโดยปฏิบัติให้ดูและได้มีการฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ญาติได้เรียนรู้ เมื่อมีปัญหาพยาบาลก็จะช่วยแก้ไข ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้ก่อน – หลังกลับบ้าน และยังมีการเปิด VDO ให้ชม แจกหนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะทำให้ญาติเข้าใจการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ทำให้ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาดำมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง อย่างไรก็ตามมีผู้ทำงานวิจัยสนับสนุนอยู่บ้างได้แก่ งานวิจัยของ ปาริชาติ สุวรรณผล.(2548:68) พบว่าคนพิการที่มารับบริการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเครียดไม่ต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธารารัตน์ ชื่นทอง (2542: 76) ที่พบว่าพนักงานระดับหัวหน้างานมีระดับการศึกษาต่างกันมีปัญหาความเครียดในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกันจากการศึกษาของ จิราพร อุดมกิจ (2539: 48) ที่พบว่าบุคลากรคอมพิวเตอร์ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเครียดจากสาเหตุปัจจัยในการทำงานไม่แตกต่างกัน

1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานาน มีความเครียดไม่แตกต่างไปจากผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเริ่มแรก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแล โอเรม (Orem. 1985: 35) กล่าวไว้ว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลช่วงแรกอาจจะมีมีความเครียดที่เกิดจากการที่ต้องเรียนรู้สิ่ง

ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและขาดประสบการณ์ในการดูแลแต่ก็มีความหวังว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นกว่าเดิม แต่เมื่อผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้นความเครียดจากการดูแลลดลงแต่อาการของผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานานจะส่งผลต่อสุขภาพกายแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ 2542: 56; อ้างอิงจาก Fuller. 1992) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยยังไม่ มีงานวิจัยการเปรียบเทียบเกี่ยวกับระดับความเครียดโดยตรงแต่จากการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการปฏิบัติงานกับความเครียด มีผู้ทำงานวิจัยสนับสนุนอยู่บ้างได้แก่งานวิจัยของดลนภางค์ จันทร์ทอง (2548: 105) พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลรามารับดี สอดคล้องกับการของสิริรัตน์ อัจฉานนัสสิริ (2545: 54) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพการที่พยาบาลที่มีประสบการณ์มากหรือน้อยมีความเครียดในการปฏิบัติงาน

1.5 ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการดูแลมากจะมีความเครียดผู้ดูแลที่มีความต้องการในการดูแลน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สามารถอธิบายได้ดังนี้

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำให้ญาติต้องมีส่วนช่วยเหลือในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทต้องการความต่อเนื่องและเป็นภารกิจที่ค่อนข้างหนัก เพราะต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมากในการดูแล (รุจา ภูไพบูลย์. 2535: 10 – 11; อ้างอิงจาก Wood. 1991: 196) ซึ่งจากทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษารื่องความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา พบว่าความเครียดจากการดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตได้ นางลักษณะ พื้นชมพู (2540: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษารับรู้และประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้อง อย่างต่อเนื่อง พบว่าผลจากการดูแลผู้ป่วยที่ล้างไตที่บ้านนั้นจะทำให้เกิดความเครียด สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช (2538: 82 – 84) ได้ทำการศึกษาดัชนีปัจจัยที่ทำนาย ปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลและสามี เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสื่อมในการคิด การรับรู้มาก มีระดับการพึ่งพามาก ภรรยาผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์ของการดูแลว่าเป็นภาวะคุกคามและเป็นความเครียดมาก นอกจากนี้จากการศึกษาของFuller (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ 2542: 37; อ้างอิงจาก Fuller. 1992) พบว่าสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุชายที่ให้การดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม พบว่า สามีที่มีบทบาทดูแลภรรยาจะมีระดับคะแนน ซึมเศร้าสูงกว่าสามีที่ไม่ได้มีบทบาทผู้ดูแลและมีผลต่อสุขภาพจิต

สอดคล้องกับการศึกษาของ Schwarz & Blixen (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. 2542: 38; อ้างอิงจาก Schwarz & Blixen. 1997 : 39 – 48) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการดูแลสุขภาพที่บ้าน ต่อความตึงเครียดและอาการซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะกระบวนการคิดเสื่อม จะมีความตึงเครียดและอาการซึมเศร้าสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมาก จึงมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย

2. เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับตัวแปร ซึ่งได้แก่ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ

2.1.1 ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งไม่ตรงตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยและมีความเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ดูแลต่อเนื่องและไม่มีวันสิ้นสุด (สายพิน เกษมกิจวัฒนา. 2537: 92) ดังนั้นผู้ดูแลต้องปรับตัวค่อนข้างมากในการที่จะดูแลผู้ป่วย ผู้ที่มีอายุน้อยจะสามารถปรับตัวในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่อายุมาก ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากงานวิจัยของโฟล์คแมน และลาซารัส (ชญาณิช ลีวานิช. 2540: 46; อ้างอิงจาก Folkman & Lazarus . 1980: 233) พบว่า การเปลี่ยนแปลงการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในแหล่งความเครียด ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของการพัฒนาการตามอายุเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างในการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยาอายุระหว่าง 35 – 40 ปี กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จะมีการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกว่าผู้สูงอายุเล็กน้อยจากการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ และคนอื่น ๆ (2537: 48) พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ มักเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงจากภาวะโรคดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลที่มีอายุมากปรับตัวในการเผชิญปัญหาไม่ดีเท่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

จึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก

2.1.2 ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01สามารถอธิบายได้ดังนี้

การศึกษาสามารถแสดงถึงความต้องการของบุคคลแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานการศึกษา ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้ ความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่างๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลทำให้เข้าใจสังเกตที่ต้องเรียนรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสิ่งที่ควรปฏิบัติ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงสามารถปรับตัวและสามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของธาวรัตน์ ชื่นทอง (2542: 75) พบว่า พนักงานระดับหน้าที่ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จะมีการใช้กลวิธีเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคเน็ต (McNett. 1987: 98 - 103) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียด และผลสำเร็จในการเผชิญความเครียดของคณพิการ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับวิธีเผชิญความเครียด จากการศึกษาของ มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์ (2538: 31) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีจัดการกับความเครียดของหัวหน้าภาควิชากับสุขภาพองค์กรในวิทยาลัยพยาบาล พบว่าหัวหน้าภาควิชาที่มีวุฒิการศึกษาต่างกัน มีการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดไม่ต่างกัน

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการเผชิญความตึงเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาน้อย

2.1.3 ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การมุ่งแก้ไขปัญห (Confrontive) เป็นการแก้ปัญหาโดยค้นหาสาเหตุของปัญหาและเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาโดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหา พฤติกรรมที่จัดเป็นกลวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาคือ การยอมรับสถานการณ์ การค้นหาความหมายของสถานการณ์ การแยกแยะสถานการณ์ออกเป็นส่วนย่อย การตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญห การอภิปรายปัญหากับผู้อื่น การพยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อย่างระมัดระวัง การควบคุมสถานการณ์บางส่วนเท่าที่สามารถจะทำได้ การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา การนำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ไขปัญห การคิดวิธีแก้ไขปัญหหลายวิธี การทำทุกสิ่งทุกอย่างที่พอจะแก้ปัญหได้ การหาคนอื่นมาช่วยแก้ไขปัญห และการเริ่มต้นทำสิ่งอื่นที่ดีที่สุดในขณะนั้น

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส และโพล์คแมน (Lazrus & Folkman. 1984: 150 -157) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านแต่จะใช้ด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่บุคคลที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมฤดี สิทธิมงคล (2541: บทคัดย่อ) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพาใช้การเผชิญปัญหาทั้ง3ด้านร่วมกันคือ การมุ่งแก้ไขปัญห ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านบรรเทาความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัด (2538: 39) พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญปัญหาในทุกๆ ด้าน

ร่วมกันแต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ บัทมา คุปตจิต (2533: 20) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้มีฐานะดียอมเผชิญความเครียดได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดปัจจัย (เพ็ญศรี วรสมบัติ. 2536; อ้างอิงจาก สุกัญญา คมสัน. 2540: 35) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมเผชิญความเครียดในวัยรุ่นตอนต้นกับฐานะทางเศรษฐกิจพบว่าวัยรุ่นตอนต้นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูงจะมีการเผชิญความเครียดดีกว่าวัยรุ่นที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

2.2 เปรียบเทียบการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ตามตัวแปรระยะเวลาในการดูแลและความต้องการในการดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างไปจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก สามารถอธิบายได้ดังนี้

ระยะเวลาในการดูแลนั้น โอเรม (Orem. 1985: 35) ได้กล่าวไว้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตจาโลวิก (ซารารัตน์ ชันทอง. 2542: 80; อ้างอิงจาก Okd Jalowice. 1982: 157) ได้กล่าวว่า การจัดการกับอารมณ์ (Emotive) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดที่เป็นการลดความกดดันโดยจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ กลวิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์นั้นทำให้มีความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลงแต่ความจริงแล้วอันตรายยังไม่ลดลงสถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมที่จัดเป็นกลวิธีเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์คือ การรู้สึกกังวลใจ การสูบบุหรี่ การคิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง การระบายความเครียดออกกับคนอื่น ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะเวลานานทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลอย่างมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวในการดูแลได้ประกอบกับการบริการในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล มีการส่งต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้กับหน่วยการรักษาที่ใกล้บ้าน พร้อมทั้งมีโครงการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านประมาณ 1 อาทิตย์เพื่อสอบถามอาการและช่วยแก้ปัญหาในการดูแลในระยะเริ่มแรก และหลังจากนั้นญาติยังสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมงทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดที่ไม่แตกต่างไปจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกสอดคล้องกับงานวิจัยของ ซวลี วสุนันทรรัตน์ (2547: บทคัดย่อ) พบว่า พนักงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีการเผชิญความเครียดไม่แตกต่างกันจากการศึกษาของ ซารารัตน์ ชันทอง (2542: 80) พบว่า พนักงานระดับหัวหน้างานที่มีภาระครอบครัวต่างกันมีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีมุ่งแก้ไขอารมณ์ไม่ต่างกัน ศิริพร โอภาสวัตชัย (2531: 92) พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานมีการเผชิญความเครียดแบบ  
มุ่งจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างไปจากผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญความเครียดแบบจัดการ  
กับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย สามารถอธิบายได้ดังนี้  
ดังที่ได้อธิบายไว้ในข้างต้นแล้วว่า กลวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์นั้นเป็น  
พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อลดความกดดันซึ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นใน  
สถานการณ์นั้นมากกว่าการเปลี่ยนแปลงตนเอง (ฮาวเวิร์ด ชินทอง, 2542; อ้างอิงจาก Jalowice,  
1982: 157) แต่โคเฮน และลาซาร์ส (ร.ต.อ.หญิง สีนวล จำคำ, 2544: 1979; Suls, et al.1996;  
citing Cohen & Lazarus, 1979) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่แตกต่างกันจะ  
ไม่คงที่ดังที่ ลาซาร์ส และโพลด์แมน (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541: 57) กล่าวว่า เมื่อบุคคลประเมิน  
สถานการณ์ได้ว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกใช้เผชิญปัญหาทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาการจัดการ  
กับอารมณ์และการบรรเทาความเครียดผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญ  
สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ทิพย์ สุวรรณกุล (2541: บทคัดย่อ) พบว่า หญิงที่มีก่อน  
บริเวณเต้านมก่อนได้รับการวินิจฉัยใช้วิธีการเผชิญความเครียดในลักษณะมุ่งแก้ปัญหาและ  
จัดการกับอารมณ์ผสมผสานกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ อารีเอื้อ (2540: 32) พบว่า  
หญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบรวมกันคือด้านการเผชิญหน้า  
กับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านบรรเทาความรู้สึกเครียด ปารีชาติ สุวรรณผล  
(2548: 70) พบว่าคนพิการที่มีความพิการต่างกันมีการใช้กลวิธีการเผชิญความเครียดไม่  
แตกต่างกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลมากมีการเผชิญ  
ความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการในการดูแลน้อย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองกับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาพบว่าความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี  
ความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้  
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักและต้องการการดูแลที่  
ต่อเนื่อง ผู้ดูแลต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น  
การดูแลในเรื่องการรักษาพยาบาล การดูแลในเรื่องส่วนตัว การให้กำลังใจ ปลอบใจซึ่งสิ่งเหล่านี้  
ล้วนเป็นภาระที่ญาติผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบ ซึ่งเป็นภาระงานในการดูแลเพิ่มมากขึ้นเป็นเหตุทำ  
ให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นตามความต้องการในการดูแลดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อ1.5 สอดคล้อง  
กับงานวิจัยของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช (2538: 82 - 84) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามี  
ที่มีความเสื่อมในการคิดการรับรู้มาก มีระดับการพึ่งพามาก ภรรยาผู้ดูแลจะประเมินสถานการณ์  
ของการดูแลว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและมีความเครียดมาก สมฤดี สิทธิมงคล (2541: บทคัดย่อ)  
พบว่า ความเครียดจากการดูแล และความต้องการในการดูแลเป็นตัวแปรสามารถทำนาย

คุณภาพชีวิตได้ หมายถึงถ้าผู้ดูแลมีความเครียดมากหรือมีความต้องการในการดูแลมากก็จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำลงได้นอกจากนี้จากงานวิจัยของธารารัตน์ ชื่นทอง (2542: 75) พบว่าปัญหาในการปฏิบัติงานกับความเครียดในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กันทางบวก

4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่าความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบคือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และการเผชิญความเครียดแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากความเครียดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งต่างจากความเครียดทั่วไปซึ่งอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด นอกจากนี้อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัว บุคลิกภาพของผู้ดูแลฯ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลความเครียดและการเผชิญความเครียดได้ ดังที่ มูส และบิลลิ่ง (ธารารัตน์ ชื่นทอง. 2541: 78; อ้างอิงจาก Moos & Billings. 1982: 212 – 230) ได้กล่าวว่า ในการเผชิญความเครียดนั้น ส่วนใหญ่จะใช้กลวิธีเผชิญความเครียดทั้ง 3 แบบร่วมกันโดยการเลือกใช้กลวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญ สถานการณ์ที่ต่างกันก็มีผลทำให้บุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธารารัตน์ ชื่นทอง (2541: 81) พบว่า พนักงานระดับหัวหน้างานที่มีความเครียดในการปฏิบัติงานแตกต่างกันมีกลวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา แบบมุ่งแก้ไขอารมณ์และแบบหลีกเลี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยพนักงานระดับหัวหน้างานที่มีความเครียดในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงมีการใช้กลวิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาสูงกว่าพนักงานระดับหัวหน้างานที่มีความเครียดในการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

โรงพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรงแล้วจะต้องให้ความสนใจญาติที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วยเพราะผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ป่วยจะมีความเครียดสูงเมื่อผู้ป่วยมีความต้องการเวลาในการดูแลมากฉะนั้นทางโรงพยาบาลนอกจากจะเน้นในเรื่องทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วยังต้องดูแลสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อหาทางส่งเสริมสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลหรือเพื่อลดความเครียดจากการดูแลให้ลดน้อยลง

บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2539). *คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กิตติกร นิลมานัด. (2538). *ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิชาการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้ เอช ไอ วี ที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิราพร อุดมกิจ. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการทำงานของบุคลากรคอมพิวเตอร์ในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุุ่น. (2536). *ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชญาณิช ลีอวานิช. (2540). *บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ความเครียด และการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชวลี วสุนันทรรัตน์. (2547). *การศึกษาความแตกต่างทางชีวสังคมและความเจตยวดลาดทางอารมณ์ กับการเผชิญความเครียดของพนักงานธนาคารสดนดาร์ตชาร์ดเดออร์ นครธน*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดลนภางค์ จันทร์ทอง. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอภิบาลผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาล รามาธิบดี กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ บุญเยี่ย. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). *การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- นิตยา สุทยากร. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2534). โรคหลอดเลือดสมอง Stroke. กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์เรือนแก้ว การพิมพ์.
- นุกูล ตะบูนพงศ์; ชอลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2537, ตุลาคม-ธันวาคม). ภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 14 : 1 - 12.
- นักรบ หมี่แสน. (2542) . การศึกษาความเครียดในการปฏิบัติงานของพนักงานสาขางานบริการลูกค้าบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร .
- บัทมา กุปตจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์สัมพันธ์ภาพในคูสมรสกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ภายหลังได้รับการตัดเต้านม. ปริญญาพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประพิมพ์พรรณ สุวรรณภู. (2533). การศึกษาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประพันธ์ แฟ้มคลองหอม. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) . กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ประไพ พัวพันธ์. (2530). Stroke Rehabilitation. ใน จเร ผลประเสริฐ, สุรัชย์ เคารพธรรม และกัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ), *Stroke Cerebrovascular Disease*. หน้า 337 - 349. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เียร์บุ๊ก พับลิชเชอร์.
- ปาริชาติ สุวรรณผล. (2548). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของคนพิการ ที่มารับบริการที่ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) . กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ปาลีชาติ ชาวโพธิ์หลวง. (2543). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจชั้นประทวน กองบังคับการตำรวจจราจร. ปรินญาณิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ปิยะเนตร กาญจนเจริญ. (2541). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยงสูงขณะพักรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- มณฑาทิพย์ ไชยศักดิ์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของหัวหน้าภาควิชากับสุขภาพองค์กรในวิทยาลัยพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2526). *วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- พรทิพย์ เกษุรานนท์. (2527). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- พรพรรณ พงศ์สุพัฒน์. (2542). *ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.*
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2536) *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ฟิงเกอร์พริ้นต์ แอนด์ มีเดีย.*
- ธารรัตน์ ชื่นทอง. (2542). *การศึกษาปัญหาความเครียดในการปฏิบัติงานและกลวิธีเผชิญความเครียดของพนักงานระดับหัวหน้างานธนาคารไทยธนาคาร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 2(1) : 84 – 94.*
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และคนอื่นๆ. (2540). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของพยาบาลจบใหม่ระหว่างปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทพยาบาลวิชาชีพ. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 3(1) : 5-20*

- รัตนารณ ศิริจันทร์. (2542). การศึกษาความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลในจังหวัดอุทัยธานี. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535, มกราคม-มีนาคม). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล. 41(1).
- วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล. (2541). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้หญิงที่มีก่อนบริเวณเต้านมในระยะก่อนได้รับรังสีวินิจฉัย. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วันทนา เจริญรัตน์โชติ. (2545). การศึกษาความเครียดและวิธีลดความเครียดในการปฏิบัติงานของครูประถมศึกษา กลุ่มรัตนโกสินทร์ สังกัดกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดา-มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วีระ ไชยศรีสุข. (2536). สุขวิทยา. คณะครุศาสตร์ วิทยาลัยครูอุบลราชธานี. กรุงเทพฯ: ดันอ้อการพิมพ์.
- สุกัญญา คมสัน. (2540). กลวิธีเผชิญความเครียดและพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุนีย์ ดิริทิเพนท์. (2542). การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของบุคคลว่างงานที่มารับบริการจัดหางาน. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุจรีต สุวรรณชีพ. (2532, มีนาคม). ความเครียด, ข่าวสารสุขภาพจิต. 8(3) : 20-22.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) . กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุภัทรา พิณฑุพันธ์. ( 2543). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของพนักงานปฏิบัติการในโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิเจ พรินติ้ง.

- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา. ปรินญาณิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2537). แบบจำลองสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยา ผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ พยาบาลดุษฎีบัณฑิต. (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, วัฒนา น้ำเพชร และ ภัสพร ขำวิชา. (2539). แบบจำลองเชิงสาเหตุภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็ง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 14(2) : 76 -92.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา และประอรนุช ดุลยาทร. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของ ภรรยาผู้ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 13(4) : 75 - 87
- สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ. (2542). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค พิษสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ร.ด.อ.หญิง สีนวล จำคำ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบกับวิธีการ เผชิญความเครียด. ปรินญาณิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. (พยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไสว นรสาร. (2540). ความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสินใจ และการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอ ผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล . ถ่ายเอกสาร.
- ศิริพร โอภาสวัชชัย. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดของ พยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ค.ม.(การบริหารการพยาบาล).. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริรัตน์ อัจฉานันท์สิริ. (2545). ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ ในโรง พยาบาลบำรุงราษฎร์ เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิริอนันต์ จุฑะเตมีย์. (2524). ความเครียดของอาจารย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานศึกษา พยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- ศุภชัย ยาวะประภาส. (2525). ความเครียดของนักบริหาร, ปัญหาและทางออก, *วารสารสังคมศาสตร์*. 19 (2) : 62 - 89.
- อารี รอดอนันต์, เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และพวงพร สุภาวิดา. (1996) . การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย CAPD. *วารสารมหิดล*. 3 (3) : 115 - 118.
- Brunier, G.M. & McKeever, P.T. (1993). The Impact of Home Dialysis On The Family : Literature Review. *ANNA Journal, December*. 20, 6 : 653 - 659
- Carey, P.J., Oberst ; M.T., McCubbin, M.A., & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patient receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 18 (8) : 1341 - 1348.
- Davis, L.L. (1992). *Building a science of caring for caregivers*. Family & Community Health, 15, 21 : 1-10, 185.
- Farmer;Richard. E .,Monaham Lynn Hunt and Hekeder.Reinhold. (1984). *Stress Management for Human services.*,Michigan:Sage Publication.
- Hartshorn, J.C. et al. (1993). *Individual and family response to the critical care nursing*. In: Introduction to critical care nursing. Philadelphia: W.B. Saunders company, 13.
- Hartweg, D.L. (1990) *Dorothea Orem Self-care Deficit Theory*. Newbury park:Sage publication, 15.
- Jalowiec, A., & Power,M.J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research*. 30 : 10-15.
- Kammer, C.H. (1994). *Stress and Coping of family members responsible for nursing home placement*. Research in Nursing Health. 17(4), 89-98.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal, andCoping*. New York: Spinger Publish Company.
- Lubkin, I.M. (1986). *Chronic illness impact and interventions*. 1<sup>st</sup> ed. Boston: Jones and Bartlett publishers. 152.
- Luckmann, Joan and Karen Creason Sorenson. (1987). *Madical Sugical Nursing: A Psycho physiologic Approach*.3<sup>rd</sup> .ed.Philadepia: W.B. Suander.
- McNett, S.C. (1987, March – April). Social Support, Threat and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled, *Nursing Reserch*. 36 : 98 – 103.

- Mc Cubbin, M.A., & Mc Cubbin, H.I. ( 1993). *Family coping with illness* : The resiliencymodel of family stress, adjustment, and adaptation. In C.b. Daniclon, B. Hamel – Bissell, & Pwinstead – Fry ( Eds ). *Family, health, & illness : Perspectives on coping and intervention* pp 21 – 227. St. Louis : Mosby.
- Neundorfer, M. Mc C. (1991). *Coping and health outcome in spouse caregivers of persons with dementia*. *Nursing Research*. 40(5) : 260 - 265.
- Oberst, M.T., Thomas S.E., Gass K.A., & Ward S.E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*. 12(4) : 209-215.
- Oberst, M.T. (1991). *Caregiving demands scale*. Madison: University of Wisconsin.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4st ed. St luis : Mosby Year Book,
- William, M.P., allnagen, M. Doweling, G. (1994, February). Urinary Retentin in Hospitalized Elderly Woman. *Journal of Gerontological Nursing*. 7 – 14.
- Periad, M.E. & Ames, B.D. (1993). Lifestyle changes and Coping pattern among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*. 10 , 252 - 256.
- Seltzer, M.M. & Hoyert,D.L.(1992, January). Factor Related to the Well-Being and Life Activities of family Caregivers. *Family Relations*. 41 : 74 - 81.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life* . New York : Mc Graw – Hill Book.
- Sirapo-ngam, Y. (1994). *Stress, care giving demands, and coping of spousal caregivers of Parkinson's patients*. A Doctoral Dissertation, School of Nursing, University of Alabama at Birmingham, USA.
- Taylor, S. ( 1994 ). *Symposium on Nursing Theory* . Singapore.
- Vitaliano, P.P., Maiuro, R.D., Ruso, J., & Becker, J. (1987). Raw Versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(1) : 1-18.
- Wood, F.G. (1991). *The meaning of care giving*. *Rehabilitation Nursing*, 16, 195-198.
- Zacharias, D.R., Glig, C.A., & Foxal, M.J. (1994). Quality of life and Coping in patients with gynecologic cancer and their spouses. *Oncology Nursing Forum*. 21 (10) : 1699 –1706..

ภาคผนวก

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

### คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. อายุของญาติผู้ดูแล

- 20-45ปี  
 45ปีขึ้นไป

2. ฐานะทางเศรษฐกิจตามการรับรู้

- ไม่ขัดสน  
 ขัดสน

3. ระดับการศึกษา

- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา  
 สูงกว่ามัธยมศึกษา

4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วย \_\_\_\_\_ ปี \_\_\_\_\_ เดือน

**แบบวัดความต้องการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**  
**แบบวัดความเครียดความต้องการจากการดูแลของผู้ป่วย**  
**โรคหลอดเลือดสมอง**

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับปริมาณเวลาที่ใช้ในกิจกรรมแต่ละอย่างในระหว่างที่  
 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระดับความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วย  
 เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องต่อไปนี้ ท่านใช้ปริมาณเวลาระดับใดและการปฏิบัติกิจกรรมนั้น  
 ทำให้ท่านมีความเครียดระดับใด

**ปริมาณเวลาที่ใช้**

|           |         |                                         |
|-----------|---------|-----------------------------------------|
| น้อยมาก   | หมายถึง | ท่านไม่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนั้นๆ เลย   |
| น้อย      | หมายถึง | ท่านใช้เวลาน้อยในการทำกิจกรรมนั้นๆ      |
| ปานกลาง   | หมายถึง | ท่านใช้เวลาปานกลางในการทำกิจกรรมนั้นๆ   |
| มาก       | หมายถึง | ท่านใช้เวลามากในการทำกิจกรรมนั้นๆ       |
| มากที่สุด | หมายถึง | ท่านใช้เวลามากที่สุดในการทำกิจกรรมนั้นๆ |

**ระดับความเครียด**

|           |         |                                                   |
|-----------|---------|---------------------------------------------------|
| น้อยมาก   | หมายถึง | กิจกรรมนั้นไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียด           |
| น้อย      | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดเพียงเล็กน้อย |
| ปานกลาง   | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดปานกลาง       |
| มาก       | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดมาก           |
| มากที่สุด | หมายถึง | กิจกรรมนั้นทำให้ท่านรู้สึกว่ายเครียดมากที่สุด     |





## แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

### คำชี้แจง

แบบวัดนี้เป็นแบบวัดวิธีการที่ท่านใช้ในการเผชิญความเครียดจากการดูแลญาติที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของท่าน โดยให้ท่านนึกถึงสถานการณ์ในการดูแลที่ผ่านมาเพื่อตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

|                         |         |                                           |
|-------------------------|---------|-------------------------------------------|
| ไม่ได้ใช้วิธีนั้นเลย    | หมายถึง | ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย               |
| ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง    | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นนานๆครั้ง               |
| ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง            |
| ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ        | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง               |
| ใช้วิธีนั้นตลอดเวลา     | หมายถึง | ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาที่รู้สึกเครียด |

## แบบวัดการใช้วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

| วิธีการเผชิญความเครียด                                                                | คะแนน         |               |                  |       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------------|-------|----------|
|                                                                                       | ไม่ได้<br>ใช้ | นานๆ<br>ครั้ง | เป็น<br>บางครั้ง | บ่อยๆ | ตลอดเวลา |
| 1. รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย                                        |               |               |                  |       |          |
| 2. ระบายความเครียดด้วยการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น                       |               |               |                  |       |          |
| 3. มีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น                                                      |               |               |                  |       |          |
| 4. ต่อนหน้าผู้อื่นแล้วทำให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องง่าย                        |               |               |                  |       |          |
| 5. คิดหาทางออกหลายๆวิธีที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น                               |               |               |                  |       |          |
| 6. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร (สับปะรด อมยออม ไข่ยาคม) มากขึ้นหรือน้อยลง     |               |               |                  |       |          |
| 7. พยายามคิดถึงเรื่องอื่นที่ไม่เกี่ยวกับเรื่องโรคหรือการดูแลผู้ป่วย                   |               |               |                  |       |          |
| 8. ปลดปล่อยคนอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ญาติ เพื่อน ช่วยจัดการแก้ไขในเรื่องการดูแลผู้ป่วย |               |               |                  |       |          |
| 9. คิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็นจริง                                                    |               |               |                  |       |          |
| 10. หาคะไรทำไม่ให้ยุ่งวุ่นวายเพื่อไม่ให้กังวลเกี่ยวกับเรื่องของผู้ป่วย                |               |               |                  |       |          |
| 11. พูดคุย ปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนที่เคยมีญาติป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง            |               |               |                  |       |          |
| 12. เตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้นไว้แล้ว                                         |               |               |                  |       |          |
| 13. ดูนุ่นเฉียว ดีโพลิตาย นิกสาปแข่งสิ่งต่างๆ ใช้คำสบถ                                |               |               |                  |       |          |
| 14. พยายามทำใจยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย                                             |               |               |                  |       |          |
| 15. มองผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น มีผลต่องาน ค่าใช้จ่าย ภายในครอบครัว       |               |               |                  |       |          |
| 16. หาวิธีการต่างๆที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย                                               |               |               |                  |       |          |

| วิธีการเผชิญความเครียด                                                          | คะแนน         |               |                  |       |          |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------------|-------|----------|
|                                                                                 | ไม่ได้<br>ใช้ | นานๆ<br>ครั้ง | เป็น<br>บางครั้ง | บ่อยๆ | ตลอดเวลา |
| 17. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย                |               |               |                  |       |          |
| 18. สวดมนต์ภาวนา ไหว้พระ นั่งสมาธิ ขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย                    |               |               |                  |       |          |
| 19. รู้สึกหงุดหงิด กระวนกระวาย                                                  |               |               |                  |       |          |
| 20. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด                                                |               |               |                  |       |          |
| 21. โทษผู้อื่นว่าทำให้คุณต้องมารับภาระแบบนี้                                    |               |               |                  |       |          |
| 22. พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกระตือรือร้น                           |               |               |                  |       |          |
| 23. ระบายอารมณ์กับคนหรือสิ่งของ                                                 |               |               |                  |       |          |
| 24. ใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบๆ                                                    |               |               |                  |       |          |
| 25. เลิกคิดแก้ไขเพราะรู้สึกหมดหวัง                                              |               |               |                  |       |          |
| 26. ไม่ทำอะไรเลยชั่วคราวเพราะหวังว่าผู้ป่วยจะดีขึ้นเอง                          |               |               |                  |       |          |
| 27. แสวงหาความช่วยเหลือต่างๆจากญาติและเพื่อนๆ เช่น ไปพูดคุยระบายความรู้สึกกังวล |               |               |                  |       |          |
| 28. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยของผู้ป่วยให้มากขึ้นเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น  |               |               |                  |       |          |
| 29. ลองใช้วิธีการต่างๆที่คิดว่ารักษาโรคได้ เพื่อดูว่าวิธีใดดีที่สุด             |               |               |                  |       |          |
| 30. คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา ที่ทำให้ผู้ป่วยป่วย                              |               |               |                  |       |          |
| 31. นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย                     |               |               |                  |       |          |
| 32. แยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆและพยายามแก้ปัญหาไปที่ละอย่าง                        |               |               |                  |       |          |
| 33. ปลอบใจตัวเองว่าดีขึ้นมาอะไรๆจะดีกว่านี้                                     |               |               |                  |       |          |
| 34. ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาชัดเจน                                           |               |               |                  |       |          |
| 35. ไม่คิดกังวลเชื่อว่าปัญหาจะคลี่คลายไปในทางที่ดีเอง                           |               |               |                  |       |          |
| 36. ยอมรับในส่วนของสิ่งที่เกิดขึ้นจริง                                          |               |               |                  |       |          |

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

## ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

|                              |                                                                      |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ชื่อ ชื่อสกุล                | จิตรา รัตนติลก ณ ภูเกิด                                              |
| วันเดือนปีเกิด               | 26 เมษายน 2517                                                       |
| สถานที่เกิด                  | อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี                                                 |
| สถานที่อยู่ปัจจุบัน          | 5/1 ถนนริมน้ำ อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี 70110                             |
| ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน | พยาบาลระดับ 6 โรงพยาบาลศิริราช                                       |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน         | ตึก 72 ปี ชั้น 4 ตะวันออก โรงพยาบาลศิริราช                           |
| ประวัติการศึกษา              |                                                                      |
| พ.ศ.2536                     | มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนรัตนราษฎร์บำรุง<br>อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี |
| พ.ศ. 2540                    | พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล                                |
| พ.ศ. 2549                    | การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ)<br>มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ   |