

ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง*

สุภาพ เหมือนชู, พย.ม.**

ภาวนา กิริติยวงศ์, ปร.ด. (การพยาบาล)***

วิทยา วชิราวัฒน์, พย.ด.***

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย: ศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง โดยใช้กรอบทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน

การออกแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 รายเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู และแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระจอมเกล้าพระนครเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และการเผชิญความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดทั้งวิธีมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ สามารถทำนายการเผชิญความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 28 ($R^2 = .28, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42 ($R^2 = .42, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .18, p < .01$) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดได้

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล และแสวงหาแหล่งสนับสนุนอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความพร้อมในการดูแล พัฒนาระบบการพยาบาลในการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังได้อย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2559; 31(1) 124-136

คำสำคัญ : การเผชิญความเครียด, ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง, ผู้ดูแล

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี Email: bjithc@gmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัว และสังคม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 41 อุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง ร้อยละ 22 ถูกทำร้ายร่างกาย (ถูกยิง) ร้อยละ 22 และอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา ร้อยละ 7 การบาดเจ็บนี้พบได้บ่อยในบุคคลวัยทำงานมากกว่าวัยอื่น และส่วนใหญ่เป็นเพศชาย¹ (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC]) จากสถิติของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดย ปีพ.ศ. 2552 จำนวน 76 ราย พ.ศ. 2553 จำนวน 80 ราย และพ.ศ. 2554 เพิ่มสูงถึง 100 รายต่อปี² จากการศึกษาถึงต้นทุนสำหรับการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังของโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ปีพ.ศ. 2552 – 2554 พบผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล ปีละ 3 – 4 ครั้ง เฉลี่ยนานครั้งละ 1 เดือน ซึ่งรัฐบาลจะต้องใช้งบประมาณปีละ 288,000 – 324,000 บาท เป็นค่าใช้จ่ายต่อเตียง รวมทั้งส่งผลให้ผู้บาดเจ็บสูญเสียการรับรู้รู้สึก การทำหน้าที่ของระบบประสาทเกิดความบกพร่อง และความสามารถในการทำงานของร่างกายในส่วนที่ต่ำกว่ารอยโรคที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความบกพร่อง³ นอกจากนี้ การบาดเจ็บไขสันหลังยังส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์ และสังคม เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ การถูกตีตราจากสังคม สูญเสียอาชีพการงาน ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ โดยพบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังมักมีอาการไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย หรือมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวต่อสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้ดูแลรู้สึกถูกกดดันกับสภาพอารมณ์ของผู้ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้บาดเจ็บ ในขณะที่ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

ต้องการการดูแลจากผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม⁴

โดยปกติเมื่อบุคคลเผชิญความเครียดจะแสดงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ความเครียดนั้นทุเลาเบาบางลง เกิดความสมดุลทางจิตใจ ซึ่งตามแนวคิดของ Lazarus & Folkman⁵ ได้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ บุคคลอาจใช้การเผชิญความเครียดมากกว่า 1 วิธีขึ้นอยู่กับสถานการณ์ การที่ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นกับปัจจัยหลายประการได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม⁶ ซึ่งปัจจัยภายในบุคคลได้แก่ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ส่วนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือ การใช้ความรู้จากแหล่งบริการ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลพบว่า มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศจำนวนมาก ส่วนใหญ่เน้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ งานวิจัยได้ดำเนินไปถึงขั้นการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาความรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวกับภาระงานดูแล และลดความเครียดในการดูแลได้

สำหรับประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด และการเผชิญความเครียดในญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคจิตเภท โรคมะเร็ง และผู้ได้รับบาดเจ็บศีรษะ เป็นต้น ซึ่งในขณะนี้อัตราการเกิดการบาดเจ็บไขสันหลังรายใหม่มี

จำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ต้นทุนสำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บตลอดชีวิตค่อนข้างสูง ผู้ดูแลต้องใช้พลังทั้งร่างกายและสติปัญญาในการให้การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ หากผู้ดูแลมีข้อจำกัดด้านภาวะสุขภาพ และขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน จะยิ่งเพิ่มความเครียดแก่ผู้ดูแลได้ รวมไปถึงผู้ดูแลที่มีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลถึงคุณภาพของการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บได้

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง สำหรับการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดสรรตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเทียบเคียงกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .40, p < .001$)⁶ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .57, p < .05$)⁷ สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .72, p < .001$)⁸ และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ ($r = 0.48, p < 0.001$)⁹ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน Lazarus & Folkman⁵ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล Lazarus & Folkman กล่าวว่า กระบวนการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งความคิด (cognitive) และการกระทำ (behavior) ในการจัดการกับความเครียดโดยแสดงออกมาทางความคิด อารมณ์ และ/หรือพฤติกรรม การเผชิญความเครียดแบ่งออก เป็น 2 ลักษณะคือ 1) แบบมุ่ง

แก้ปัญหา (problem-focus coping) เป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่กระทำโดยตรงเพื่อจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotional-focus coping) เป็นการลดหรือปรับอารมณ์ความรู้สึก โดยมิได้เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือแหล่งความเครียด

การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น และข้อจำกัดในการใช้แหล่งประโยชน์ สำหรับแหล่งประโยชน์แบ่งเป็น ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา ภาวะสุขภาพ (health) ความเชื่อในทางที่ดี (positive beliefs) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skill) ส่วนปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือ สัมพันธภาพภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งอาจมีผลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลได้

เมื่อเกิดเหตุการณ์สมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ต้องเข้ารับการรักษ ผู้ดูแลเกิดความเครียดในทุกระยะการบาดเจ็บทั้งในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน หากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะดูแลผู้บาดเจ็บได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลจะเกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่ไม่พร้อมดูแล มีข้อจำกัดในการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง รวมทั้งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรึกษาหารือกับสมาชิกในครอบครัว ในการตัดสินใจหาวิธีแก้ปัญหาที่เกิดจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือ หรือการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ

จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังโดยปัจจัยประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive descriptive research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังที่มีผู้บาดเจ็บที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู และแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ในปี พ.ศ. 2556 รวมจำนวนผู้บาดเจ็บไขสันหลังทั้งสิ้น 255 ราย โดยมีลักษณะของผู้บาดเจ็บไขสันหลัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู และแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

เกณฑ์ด้านผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

1. เป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ที่เข้ารับการตรวจติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเวชกรรมฟื้นฟู และแผนกเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ที่มีระยะเวลาการบาดเจ็บมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน และมีอาการคงที่

2. เป็นผู้ที่ไม่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความทุพพลภาพแบบอัมพาตทั้งตัว หรืออัมพาตครึ่งท่อนล่าง

3. เป็นผู้ที่มีความต้องการการดูแลที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บไขสันหลังจากผู้ดูแล เช่น การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

เกณฑ์ด้านผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแล มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง และให้การดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีประสบการณ์การดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บที่บ้านมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน

3. มีการประเมินทัศนสถานการณ์การดูแล ผู้บาดเจ็บไขสันหลังว่าเป็นความเครียด โดยใช้แบบประเมินทัศนสถานการณ์ความเครียด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณจากสูตรดังนี้¹⁰

$$N \geq 50 + 8M \text{ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } \geq 82 \text{ ราย}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินทัศนสถานการณ์ความเครียด เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ว่ามีการประเมินสถานการณ์การดูแลว่า

เป็นความเครียดหรือไม่ เครื่องมือนี้ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น เพื่อคัดกรองผู้ดูแลผู้บาดเจ็บไขสันหลังเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้บาดเจ็บ ระยะเวลาในการ ดูแล ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และโรคประจำตัวของผู้ดูแล

2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลา ที่เจ็บป่วย ลักษณะของความพิการ ภาวะแทรกซ้อน และการมีโรคประจำตัวของผู้บาดเจ็บ

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พัฒนาขึ้นโดยวิลโล สุรสาคร¹¹ สร้างขึ้นโดยใช้กรอบ แนวคิดของแบนดูรา¹² ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถาม 4 ข้อที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ได้รับ บาดเจ็บไขสันหลังรวมเป็น 14 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลไม่มั่นใจ คะแนน เฉลี่ย 1.76 – 2.50 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจ น้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแล มีความมั่นใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลมีความมั่นใจมาก ค่าความ เชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ เท่ากับ .92

4. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ที่พัฒนาขึ้นโดย แวร์และเซอร์เบอร์¹³ แปลโดย วิราพรพรรณ วิโรจน์รัตน์ ประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน คือ ด้านข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และด้านปัญหาสุขภาพใน 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนน

รวมอยู่ในช่วง 36 – 160 คะแนน 36 – 77 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสุขภาพไม่ดี 78 – 119 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสุขภาพปานกลาง 120 – 160 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสุขภาพดี ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ เท่ากับ .83

5. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ที่ พัฒนาขึ้นโดย แครนเดล¹⁴ แปลโดย วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ คือ การแสดง บทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การ แสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 – 80 คะแนน 16 – 37 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 38 – 59 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง 60 – 80 คะแนน แสดงว่า สัมพันธภาพอยู่ใน ระดับดี ค่า ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ เท่ากับ .95

6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจาก บุคลากรทางสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นโดย เหมือนฝัน มณีฉาย⁹ สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการ เผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman⁵ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุน ด้านบริการ 4 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล 6 ข้อ และการ สนับสนุนด้านอารมณ์ 6 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 – 48 คะแนน 16 – 26 คะแนน แสดงว่า ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมน้อย 27 – 37 คะแนน แสดงว่า ได้ รับการสนับสนุนปานกลาง 38 – 48 คะแนน แสดงว่า ได้ รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .84

7. แบบประเมินการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ที่พัฒนาขึ้นโดย Lazarus & Folkman⁵ แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล¹⁶

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านมุ่งแก้ปัญหาจำนวน 10 ข้อ และ 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 4 โดยแบ่งเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กัน คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลไม่เคยใช้วิธีนี้เลย คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลใช้วิธีนี้เป็นครั้งคราว คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.25 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลใช้วิธีการนี้ค่อนข้างบ่อย คะแนนเฉลี่ย 3.26 – 4.00 คะแนน แสดงว่า ผู้ดูแลใช้วิธีการนี้บ่อยที่สุดค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ .95

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้ง 5 ชุดไปหาค่าความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ได้ รับบาดเจ็บไขสันหลังที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ก่อนนำมาใช้ในการวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ (1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน = .86 (2) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล = .76 (3) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว = .95 (4) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ = .89 และ (5) แบบประเมินการเผชิญความเครียด = .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขรหัสจริยธรรมการวิจัย 09 – 05 – 2556 อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย วันที่ 9 พฤษภาคม 2556 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ วันที่ 20 พฤษภาคม 2556 ที่เป็นแหล่งเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดย

คำนึงถึงหลักการรักษาความลับและการเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และมีการลงนามในแบบฟอร์มยินยอมก่อนทุกราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากญาติผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกวันจันทร์ และวันศุกร์เวลา 8.30-12.00 น. แผนกเวชกรรมฟื้นฟู เก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ และวันศุกร์เวลา 13.00 – 16.00 น.และแผนก เวชกรรมสังคม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยติดตามไปกับทีมเยี่ยมบ้านทุกวันอังคาร – วันพฤหัสบดี เวลา 8.30 – 16.00 น.นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซึ่งผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำหน้าที่ดูแลป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และผ่านเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการ ระยะเวลาในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ขณะทำการศึกษา ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ หรือเกิดความเครียดสูง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลทันที พร้อมทั้งรายงานแพทย์พยาบาลผู้ดูแลทราบทันที เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาต่อไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ในรายที่มีปัญหาเรื่องสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบประเมินให้ฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ โดยระหว่างการตอบแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที ในระหว่างการเก็บข้อมูล จะมีผู้ช่วยผู้วิจัย 1 ท่านทำหน้าที่คอยดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังแทนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง วิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ โดยใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (enter method) ก่อนการทดสอบทางสถิติ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วย ค่าเฉลี่ย ความเบ้ ความโด่ง ผลการทดสอบ พบว่า มีการแจกแจงตามปกติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.12) มีอายุระหว่าง 40 – 59 ปี (ร้อยละ 54.88) อายุเฉลี่ย 40.61 ปี ($SD = 10.19$) ประกอบอาชีพเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.78) มีเพียงร้อยละ 1.22 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 48.15) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ได้รับบาดเจ็บโดยเป็นสามี หรือภรรยา (ร้อยละ 73.17) รองลงมาคือ บุตร (ร้อยละ 13.41) ระยะเวลาในการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บมากกว่า 49 เดือน (ร้อยละ 35.37) รองลงมาคือ น้อยกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 32.93) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.63) โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 20.69)

2. กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ($\bar{X} = 3.02$, $SD = .58$) มากกว่าการจัดการกับอารมณ์ ($\bar{X} = 2.42$, $SD = .61$) โดยมีสัดส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา : การจัดการกับอารมณ์ = 3 : 2.4

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51$, $p < .01$ และ $r = .28$, $p < .05$ ตามลำดับ)

สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .01$; $r = .50, p < .01$ และ $r = .25, p < .05$ ตามลำดับ)

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .32$ และ $r = .29$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 82$)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.000				
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.184	1.000			
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	.321**	.073	1.000		
4. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ	.333**	.224	.393**	1.000	
5. การเผชิญความเครียด	.202	.194	.284*	.513**	
5.1 มุ่งแก้ปัญหา	.253*	-.064	.544**	.503**	
5.2 การจัดการกับอารมณ์	.102	.294**	.023	.324**	

* = $p < .05$ ** = $p < .01$

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพสามารถอธิบายการเผชิญความเครียดโดยรวมของ

กลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายการเผชิญความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ($N = 82$)

ตัวแปรพยากรณ์	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i> -value	<i>p</i>
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.000	.136	.000	-.001	.999
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.034	.069	.049	.486	.629
สัมพันธภาพในครอบครัว	.055	.064	.098	.851	.397
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ	.397***	.098	.458***	4.075	.000
Constant (a) = 26.73, $R^2 = .283$, $F(4, 77) = 7.42$, $p = .000$					

*** $p < .001$

สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ $p < .001$ โดยสัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยใกล้เคียงกันเท่ากับ .39 และ .38 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (N = 82)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t -value	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.022	.065	.033	.338	.999
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.120	.033	-.319	-3.603	.629
สัมพันธภาพในครอบครัว	.159***	.031	.394***	3.803	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ	.189***	.047	.383***	3.947	.000
Constant (a) = 25.303, R ² = .424, F (4, 77) = 15.263, p = .000					

* * * = p < .001

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p < .01 โดยการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .32 รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ .23 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำนายการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 82)

ตัวแปรพยากรณ์	b	SE	β	t -value	p
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.012	.119	-.012	-.098	.922
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.215*	.061	.225*	2.563	.012
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.032	.056	-.069	-.566	.573
การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสุขภาพ	.320**	.086	.322**	2.674	.010
Constant (a) = 8.96, R ² = .177, F (4, 77) = 4.154, p = .01					

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

อภิปรายผล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเผชิญความเครียดด้านมุ่งแก้ปัญหา ($r = .25, p < 0.5$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บมาก จะมีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพมาก แต่จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ไม่มากพอ ดังนั้น จึงไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมการดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังนั้นเป็นงานที่หนัก มีความ

ยุ่งยาก ซับซ้อน ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีรูปร่างใหญ่ ในขณะที่ผู้ดูแลซึ่งเป็นเพศหญิง (เป็นภรรยา ร้อยละ 73.17) บางครั้งต้องยก อุ้ม เคลื่อนย้าย กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกท้อถอย ความสับสนก่อให้เกิดความเครียดและความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย⁴ กลุ่มตัวอย่างต้องค้นหาวิธีจัดการเพื่อแก้ปัญหา เลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด จากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในบริบทนั้น หรือจากเครือข่ายในสังคม ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงไม่สามารถทำนายการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่างได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ($r = .29, p < .01$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 35.37) รับรู้ว่าตนมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการดูแล จึงประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงระดับปานกลางทั้งร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถทำนายการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 18 ซึ่งอธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความรัก การเอาใจใส่ ปลอดภัย ปลอดภัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นคงด้านอารมณ์ เผชิญต่อความรู้สึกที่ถูกคุกคามอารมณ์ อดทนต่อสิ่งรบกวนได้มากขึ้น ส่งผลให้มีการจัดการปัญหา และเผชิญความเครียดได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา คุณาวิทิตกุล และคณะ⁷ พบว่า การเผชิญความเครียดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในด้านความจำกัดการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57, p < 0.5$) และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = .28, p < .05$) และรายด้านแบบมุ่งแก้ปัญหา ($r = .54, p < .01$) จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นภรรยา (ร้อยละ 73.17) ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงยอมรับ และเข้าใจความเจ็บป่วยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างดี ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัวจึงสามารถร่วม กันทำนายการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 42 ซึ่งอธิบายได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว ได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ช่วยคิดแก้ไขปัญหที่เกิดจากการดูแล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม และใช้วิธีการจัดการปัญหาที่ถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ

เพียงใจ ติรไพวงศ์¹⁷ ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วย และภาระการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับสมาชิกครอบครัวสามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 13

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญความเครียดโดยรวม ($r = .51, p < .01$) รายด้านแบบมุ่งแก้ปัญหา ($r = .50, p < .01$) และรายด้านแบบการจัดการกับอารมณ์ ($r = .32, p < .01$) และสามารถทำนายการเผชิญความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 28 ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล คำแนะนำการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้มีแนวทางใช้ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การได้ระบายความคับข้องใจ การเอื้ออำนวยความสะดวกในการมารับบริการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้หากกลุ่มตัวอย่างได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความอบอุ่น ได้รับกำลังใจ เกิดความมั่นคงด้านจิตใจ และอารมณ์ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ สามารถทำนายการเผชิญความเครียดโดยรวม รายด้านแบบมุ่งแก้ปัญหา) และรายด้านแบบการจัดการกับอารมณ์ ได้สอดคล้องการศึกษาของเหมือนฝัน มณีฉาย⁹ ศึกษาการเผชิญปัญหาของครอบครัว ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.48, p < 0.001$) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นตัวแปร

ที่ดีที่สุดในการอธิบายความแปรปรวนของการเผชิญปัญหา

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน⁵ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลตกอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้านผสมผสานกัน แต่จะใช้ด้านใดมากน้อยขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์ที่เผชิญของแต่ละคน ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์ โดยมีสัดส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา : การจัดการกับอารมณ์ = 3 : 2.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์¹⁷ ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 2 วิธีผสมผสานกัน โดยใช้การมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการจัดการกับอารมณ์

ข้อเสนอแนะ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บมีวิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรทางสุขภาพควรปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดำเนินโรค การรักษา การดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ได้รับบาดเจ็บแต่ละราย ควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลที่ชัดเจนก่อนจำหน่ายผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังกลับไปอยู่บ้านให้มีความรู้ มีการฝึกปฏิบัติ การดูแล และให้การดูแลตามสภาพปัญหาของผู้ได้รับบาดเจ็บ

2. ควรมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม ด้านจิตใจกับผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ เช่น การให้กำลังใจ ชมเชย ยกย่อง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่า เป็นการส่งเสริมให้

ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม หากพบว่าผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ควรประสานงานกับแพทย์ในทีมการรักษา เพื่อการบำบัดขั้นสูงต่อไป

3. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้ตระหนักถึง การดูแลเอาใจใส่ให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวก และให้กำลังใจในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บ

4. ส่งเสริมการพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการปรับตัวเพื่อการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Spinal Cord Injury Statistical Center. Spinal cord injury facts and figure at a glance. USA Author; 2008.
2. Medical records department. Prachuap Khiri Khan Hospital. Statistics spinal cord injury. Prachuap Khiri Khan Hospital; 2011. (In Thai).
3. Gardner BP, Kluger PJ. The Overall Care of spinal cord injured Current Orthopedics; 2004.
4. Ragsdal D, Yarbough S, Lasher AT. Using social support theory to care for CVA patients. Rehab Nurs 2014;18(3):154-61.
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.

6. Nitaya S. Relationship between family coping behavior and confidence in dependent care of stroke patients. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Bangkok: Mahidol University;1998. (In Thai).
7. Wipada K, Nongkran V, Puttraporn T. Role stress/ strain, coping and factors predicting health status of nurse. Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2004. (In Thai).
8. Kanchana S. The relationship between family relationship, hope and adaptation in hemiplegic patients. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Bangkok: Mahidol University;1998. (In Thai).
9. Muenphun M. The relations between demography, uncertainty in illness and health authority support, with coping of family critically ill patients in Pramongkutklao hospital. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Bangkok:Mahidol University; 1999. (In Thai).
10. Tabachnic BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistic. Boston: Allyn and Bacon;1996.
11. Wilai S. Coping and predicting factors of stress in family caregivers of paralytic patients. [Master of Nursing Sciences Thesis]. Nakhonpathom: Christian University;2006. (In Thai).
12. Bendura A, Self – Efficacy : The Exercise of Control. New York: W .H. Freeman;1997.
13. Ware JE, Sherbourn CD. The Mos 36 – item short from health survey (SF – 36) Medical Care 1992; 30 (6):437–83.
14. Crandall RC. Gerontology: A Behavioral Science Approach. Massachusetts: Addison– Wesley; 1980.
15. Wannarat L, Rachanee S, Yuvadee R. Evidences and Needs of Family Caregiver with Chronically III Adults. Journal of Phapokklao Nursing College 2006;15(2):17–31. (In Thai).
16. Somjit H. Nursing Care in Stroke Patient. In: Hanucharoenkul S, editors. Nursing and Medicine 7th. Bangkok:V.J. Printing;1995. (In Thai).
17. Pornchai J, Yupin T. stress and coping of caregivers of stroke patients. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2001; 9(1):32–45. (In Thai).

Predictive Factors in Stress-Coping Ability of Caregivers of Spinal Cord Injury Patients*

Suphab Mueanchoo, M.N.S.**

Pawana Keeratiyutawong, Ph.D. (Nursing)***

Wariya Wachirawut, D.N.S.***

Abstract: Objective: To study factors that could predict the stress-coping ability of caregivers of spinal cord injury patients, based on Lazarus & Folkman's (1984) stress-coping framework.

Design: Predictive research.

Implementation: This study was conducted on a sample of 82 main caregivers of spinal cord injury patients being treated at the Out-Patient Department, the Rehabilitative Medicine Department and the Social Medical Service Department of Prajuabkhirikhan Hospital. The research instrument was a form used to collect data on (1) a self-efficacy evaluation; (2) health perception; (3) family relationship; (4) social support by healthcare personnel; and (5) stress-coping strategies. The data were analysed using multiple regression statistics.

Results: The stress-coping strategies adopted by the majority of the subjects were problem-solving attempts and emotion management, with the former being preferred over the latter. Social support by healthcare personnel was a factor that could predict the overall stress-coping ability in 28% ($R^2 = .28, p < .001$) of the subjects and, when combined with the factor of family relationship, could predict problem-solving as a stress-coping strategy in 42% ($R^2 = .42, p < .001$) of the subjects. In addition, social support by healthcare personnel and health perception could predict emotion management as a stress-coping strategy in 18% ($R^2 = .18, p < .01$) of the subjects. Self-efficacy perception, on the other hand, was incapable of predicting stress-coping ability.

Recommendations: It is recommended that nurses and healthcare personnel provide caregivers of spinal cord injury patients with adequate caring information and help them seek a proper source of support. This could enhance the caregivers' readiness, strengthen the family-engaged caring system and improve the caregivers' health by equipping them with proper stress-coping strategies.

Thai Journal of Nursing Council 2016; 31(1) 124-136

Keywords: stress-coping; caregivers; spinal cord injury patients

*A thesis for the degree of Master of Nursing Science in Adult Nursing, Burapha University.

**Corresponding Author, Registered Nurse, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Email: bjjthc@gmail.com

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University.