



## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค อคติโนทัศน์ และการสนับสนุนของคู่สมรสกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พร้อมทั้งศึกษากลุ่มของตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาล 8 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของตัวอย่างประชากรไว้ก่อนและทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบ่งเป็นพวก (Stratified Sampling) จำนวน 84 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2533 ถึงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2533 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และแบบวัดจำนวน 4 ชุด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้น ๆ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและสามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด 5 ตัว ได้ข้อค้นพบดังนี้

1. ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการ  
 ค่าเนิ่นชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 ที่ระดับ .001 มี 2 ตัวแปร คือ อັคมโนทัศน์ และการสนับสนุนของกลุ่มสมรส  
 ( $r = .718$  และ  $.401$  ตามลำดับ)

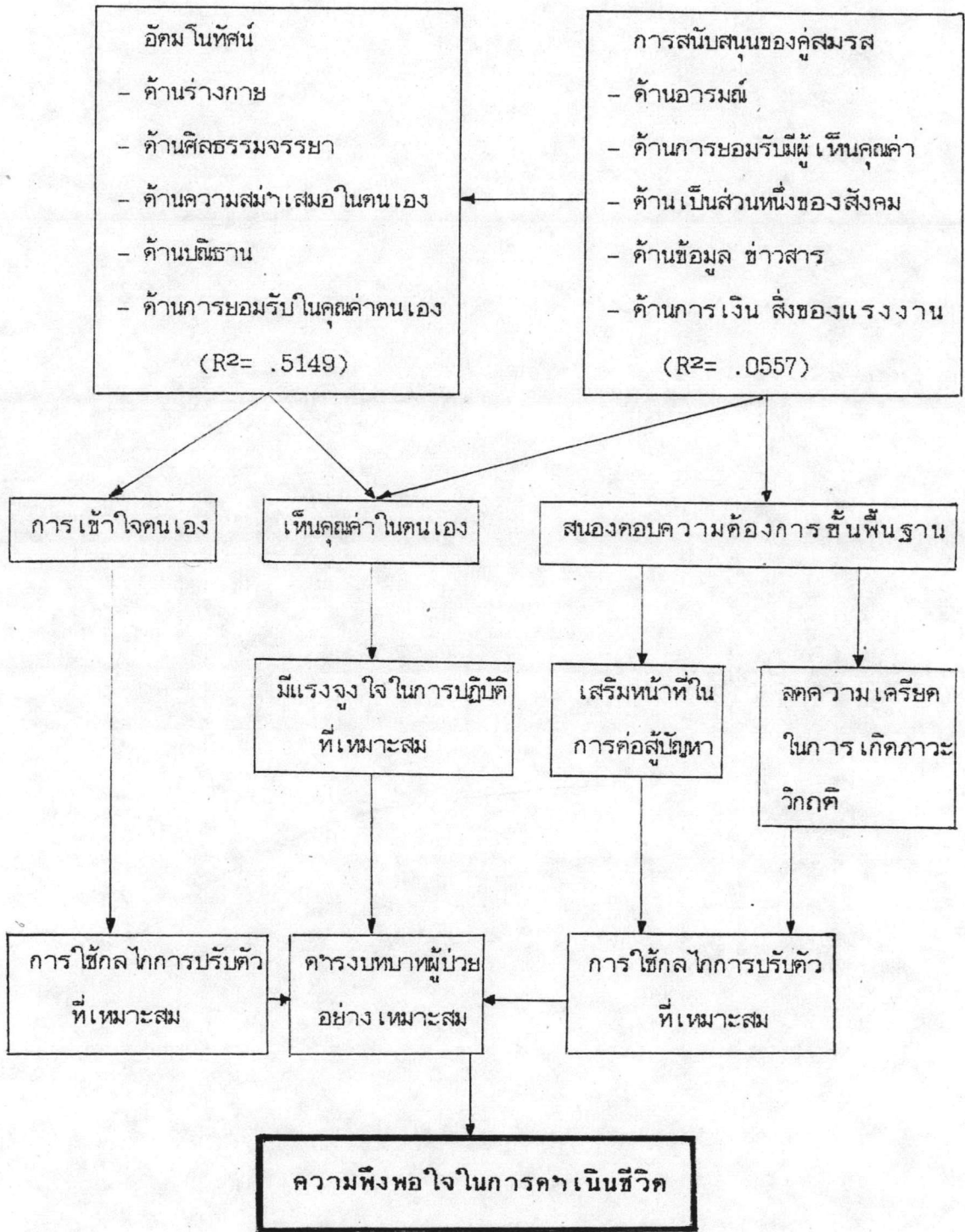
2. กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความพึงพอใจใน  
 การค่าเนิ่นชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทาง  
 สถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 2 ตัวแปร คือ อັคมโนทัศน์ และการสนับสนุนของ  
 กลุ่มสมรส ( $R = .7554$ ) สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของความพึงพอใจ  
 ในการค่าเนิ่นชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 57.07  
 ( $R^2 = .5707$ )

3. เมื่อพิจารณาน้ำหนักและทิศทางของความสัมพันธ์ของตัวพยา-  
 กรณ์ที่มีความสำคัญในการทำนายความพึงพอใจในการค่าเนิ่นชีวิตของผู้ป่วยชาย  
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ตัวพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ในทางบวก  
 และมีความสำคัญเป็นอันดับแรก คือ อັคมโนทัศน์ ( $B = .6592$ ) ส่วนตัวพยากรณ์  
 ที่มีความสัมพันธ์ในทางบวก และมีความสำคัญเป็นอันดับที่สอง คือ การสนับสนุน  
 ของกลุ่มสมรส ( $B = .2432$ )

4. สมการพยากรณ์ความพึงพอใจในการค่าเนิ่นชีวิตของผู้ป่วย  
 ชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีดังนี้

เมื่ออยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = .6592 (ZOSC) + .2432 (ZOSP)$$



แผนภูมิที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวพยากรณ์ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี ขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ตอนที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค อคติโนทัศน์ และการสนับสนุนของคู่สมรสกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยสามารถแยกอภิปราย ได้ดังนี้

### 1. อายุ

ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนสูงสุดถึงร้อยละ 54.8 และรองลงมาที่มีอายุระหว่าง 51-60 ปีอยู่ ร้อยละ 34.5 (ตารางที่ 3) ซึ่งจะเห็นได้ว่าตัวอย่างประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมาก จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองตัว มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ยาก

### 2. ระดับการศึกษา

ผลการวิจัยปรากฏว่า ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสนับสนุนว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจ





เป็นเพราะว่าตัวอย่างประชากรมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นจำนวนมาก สูงสุดถึง ร้อยละ 42.9 รองลงมามีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาคิด เป็นร้อยละ 34.5 ส่วนผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปและอนุปริญญา มีเพียง ร้อยละ 10.7 และ 4.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่า การกระจายของตัวอย่างประชากรในด้านการศึกษาไม่ดี เช่นเดียวกับตัวแปร "อายุ" ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด

### 3. ระยะเวลาของการเป็นโรค

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษานี้ ขัดแย้งกับความเชื่อของผู้วิจัยที่ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด เมื่อ ได้ รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่ง เมื่อผู้ป่วย ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นต่อการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เป็นผลให้ เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลา ของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก ระยะเวลาของการเป็นโรคมิได้เป็น เครื่องบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วย เป็นโรคนี้เป็นเวลานานอาจจะ ไม่เคยมีอาการรุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เลยก็ได้ ในขณะที่ผู้ป่วยบางคนเพิ่ง ได้รับการวินิจฉัยก็พบว่ามีอาการรุนแรงมาก ษศิริ สุขุมาลจันทร์ (2524 : 306) กล่าวว่า ผู้ป่วยบางคนอาจ ไม่มีประวัติ ของโรคนี้เลย และร้อยละ 50 จะไม่มีโอกาสมาพบแพทย์เพราะเสียชีวิตอย่าง ปัจจุบันทันด่วนเสียก่อน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ตัวอย่างประชากรที่ทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการและอาการแสดงของโรค ไม่รุนแรง ดังนั้น ถึงแม้ระยะเวลาของการเป็นโรคแตกต่างกันแต่ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตจะไม่ต่าง

กัน พงศ์ จูตา (2530 : 167) กล่าวว่า ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล หรือระยะพักฟื้นที่บ้านจนกระทั่งถึงระยะที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงาน ได้นั้น จะมีแบบแผนในการดูแลที่เป็นระบบและง่ายต่อการปฏิบัติรวมระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน ผู้ป่วยก็สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวอย่างประชากรมีระยะเวลาของการ เป็น โรคอยู่ระหว่าง 13-60 เดือน เป็นจำนวนสูงสุดถึงร้อยละ 42.9 รองลงมามีระยะเวลาของการเป็น โรคอยู่ระหว่าง 61-120 เดือนอยู่ร้อยละ 28.6 (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นเวลานานพอที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุนี้ถึงแม้ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของการเป็น โรคต่างกันอย่างไรก็ตามจะ ไม่มีความแตกต่างในการปรับตัว อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลบอร์คและเพาเวอร์ (Laborde and Powers 1985 : 187) เรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยข้อเช่าอีก เสนพบว่าระยะเวลาของการเป็น โรคไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. อคติ โนทัศน์

ผลการวิจัยพบว่า อคติ โนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r_s = .718$ ) (ตารางที่ 7) แสดงว่าผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดที่มีอคติ โนทัศน์ในทางบวกจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยยืนยันคากล่าวของ ลี (Lee, quoted in Johnson, et al. 1982 : 29) ที่ว่า อคติ โนทัศน์มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล โดยอคติ โนทัศน์จะมีส่วนผลักดันให้บุคคลผู้นั้นสามารถเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสมรับรู้ในคุณค่าของตน และสามารถนำตนเองผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปสู่จุดหมายที่ต้องการได้ การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับ ทาฟ (Taft 1985 : 77-79) ที่ว่า การยอมรับในคุณค่าตนเองอันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของอคติ โนทัศน์นี้เป็น

รากฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในการ  
 ค่าเนินชีวิตได้ นอกจากนี้แล้วยังมีงานวิจัยอีกหลายชิ้นที่กล่าวว่า อักมโนทัศน์  
 เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการค่าเนินชีวิต (Padilla  
 and Grant 1985 : 54 ; Young and Longman, quoted in  
 Padilla, et al. 1985 : 52 ; Burckhardt 1985 : 14 ; Lewis  
 1982 : 116 ; Ferrans and Powers 1985 : 16) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า  
 อักมโนทัศน์มีอิทธิพลในการปรับตัวของบุคคลทุกช่วงชีวิต (Stuart and Sundeen  
 1979 : 120) ดังนั้นบุคคลที่มีอักมโนทัศน์ในทางบวกจะสามารถเข้าใจตนเอง  
 ได้อย่างถูกต้อง สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เกิดความพึงพอใจใน  
 การค่าเนินชีวิตในที่สุด (Padilla, et al. 1985 : 45) นอกจากนี้บุคคล  
 ที่มีอักมโนทัศน์ในทางบวกจะยอมรับในคุณค่าของตนเอง (Taft 1985 : 78)  
 ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ตลอดจน  
 การให้ความร่วมมือรักษา (Pender 1982 : 157) สามารถดำรงบทบาทผู้  
 บ่วยที่เหมาะสมเกิดความพึงพอใจในการค่าเนินชีวิตเช่นกัน

เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างตัว  
 แปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ด้วยกัน คือ อักมโนทัศน์กับการสนับสนุนของคู่  
 สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = .24$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
 (ตารางที่ 7) นั้นย่อมแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนของคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่ง  
 ที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีอักมโนทัศน์ในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ  
 ไดมัทเตโอและเฮย์ (Dimatteo and Hays 1981 : 132) ที่ว่า ระบบ  
 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) ของบุคคลเป็นการ  
 สนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การประคับประคองอารมณ์ การรู้เห็นคุณค่าและ  
 ให้ความสำคัญ การให้คำแนะนำและการอำนวยความสะดวกสบายที่ผู้ป่วย ได้รับ  
 จากบุคคลในเครือข่ายสังคม (Social-Network) ของเขาซึ่งได้แก่ คู่สมรส  
 บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนสนิท รวมทั้งแพทย์พยาบาลนั้นเป็นปัจจัย  
 สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอักมโนทัศน์ในทางบวก ก่อให้เกิดกำลังใจและความหวังที่  
 จะค่าเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วย และขณะเดียวกัน การสนับสนุนเหล่านี้



ก็เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอันเป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตได้เช่นกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของอัครมนต์ศน์มาแยกอภิปรายเป็นรายด้านดังนี้

อัครมนต์ศน์ด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนอัครมนต์ศน์ด้านร่างกายมีค่าเท่ากับ 16.39 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคือเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาทางยาเพียงอย่างเดียวไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยจึงเกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เพียงเล็กน้อยสมรรถภาพทางด้านร่างกายของผู้ป่วยจะลดลงเพียงร้อยละ 10 ของคนที่มีความสุขภาพเป็นปกติเท่านั้น (พวงค์ จูธา 2530 : 160 - 161) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนอัครมนต์ศน์ด้านนี้อยู่ในเกณฑ์สูง

อัครมนต์ศน์ด้านศีลธรรมจรรยา จากการศึกษาพบว่า ค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนอัครมนต์ศน์ด้านศีลธรรมจรรยามีค่าเท่ากับ 19.56 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 4) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ศาสนาทุกศาสนาต่างสอนให้คนละชั่วประพฤติกดี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคั้งนี้มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนสูงที่สุดถึงร้อยละ 54.8 (ตารางที่ 3) ซึ่งจากการศึกษาของ นิสา ชูโต (2525 : 3-11) พบว่ากิจกรรมทางศาสนาเป็นกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุร่วมทำมากและบ่อยที่สุดถึงร้อยละ 70 เพราะเหตุผลว่าศาสนาจะมีส่วนช่วยให้มองโลกอย่างเข้าใจ เป็นการหาจิตใจให้บริสุทธิ์ ผู้ป่วยจึงดำรงคนในแนวทางพุทธศาสนา การเจ็บป่วยมิได้ เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมทางศาสนาอันได้แก่ การทำบุญ สวดมนต์ หรือ เจริญภาวนา ตรงกันข้ามการประกอบกิจกรรมทางศาสนายังสอดคล้องกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค คือการลดความเครียด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกจิตใจสงบเป็นสุข นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยที่ทำการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการไม่รุนแรง

แรง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งไม่ค่อยเกิดความรู้สึกผิดที่ต้อง เป็นภาระ ของผู้อื่นจึงทำให้อัคมโนทัศน์ด้านศีลธรรมถูกรบกวนเพียง เล็กน้อย เท่านั้น

อัคมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง พบว่า ค่ามัชฌิมเลขคณิต ของคะแนนอัคมโนทัศน์ด้านนี้มีค่าเท่ากับ 15.98 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 4) ซึ่งจะสังเกต ได้ว่า ค่ามัชฌิมเลขคณิตของผู้ป่วยด้านนี้มีค่าต่ำที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา ของแพทย์ตลอดจนคำแนะนำของบุคคลากรในทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวน ความสมคุณุศลย์ของตนเองและส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล (Perley , quoted in Ray 1976 : 211) จึงทำให้ค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนอัคมโนทัศน์ ด้านนี้ต่ำกว่าทุกด้าน แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงที่รบกวนความสมคุณุศลย์ ของตนเอง เป็นการเปลี่ยนแปลง เพื่อลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยงทำให้สุขภาพ ของผู้ป่วยดีขึ้น จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยยินยอมที่จะให้ความร่วมมือรักษา (Perley , quoted in Kinsman and Jone 1976 : 159) อีกทั้งการ เปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ไม่ยุ่งยากมากนักจึงทำให้ อัคมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอในตนเองยังเป็น ไปในทางบวก

อัคมโนทัศน์ด้านปณิธานและความคาดหวัง จากการศึกษาพบว่าค่า มัชฌิม เลขคณิตของคะแนนอัคมโนทัศน์ด้านนี้มีค่าเท่ากับ 18.57 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 4) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอกที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่ อาการไม่รุนแรง หรือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ศุภชัย ไชยวีระพันธ์ 2530 : 787) ดังนั้นสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ตลอดจนความสามารถในการ ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยจึงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก เป็น ผลให้ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น แล้วพยายาม เปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นอย่างที่ตั้งไว้ไม่ถูกรบกวนมากจนถึงขนาดทำให้ผู้ป่วย หักถอยหมดกำลังใจ (Roy 1976 : 225)

อัตรานิวตันด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง จากการศึกษาพบว่าค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนอัตรานิวตันด้านนี้มีค่าสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามัชฌิม เลขคณิตของคะแนนอัตรานิวตันด้านอื่น ๆ คือมีค่าเท่ากับ 19.69 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน (ตารางที่ 4) สาเหตุอาจเนื่องมาจากอัตรานิวตันด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปทางบวก ทำให้การมองตนเองของผู้ป่วยในด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง เป็นไปในทางบวกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการป้องกันของการสนับสนุนทางสังคมจากภรรยาและบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด ได้แก่ บุตร หลาน เป็นต้น ทำให้มีส่วนเสริมสร้างอัตรานิวตันด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเองชัดเจนขึ้น

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตรานิวตันของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดทั้งห้าด้าน เป็นไปในทางบวกทั้งหมด

#### 5. การสนับสนุนของกลุ่มสมรส

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .401$ ) (ตารางที่ 7) แสดงว่าผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดที่ได้รับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ในระดับสูงจะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 การศึกษาครั้งนี้ช่วยยืนยันแนวคิดของ ไดแมทโตและเฮย์ (Dimatteo and Hays 1981 : 132) ที่ว่าการสนับสนุนของกลุ่มสมรสเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่มั่นคง ส่งผลให้ระบบคอมพิวเตอร์ในระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and Immune system) ทำงานดีขึ้น เสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคน และลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤตินั้นด้วย (Cohen and Wills 1985 : 310-357) ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าบุคคลที่แต่งงานจะได้เปรียบทางจิตใจและสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด เช่นจากการศึกษาของ นอร์ทเฮาส์ (Northouse



1988 : 93) และปีเตอร์-โกลด์เคน (Peters-Golden, quoted in Woods, et al. 1989 : 47) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งของเต้านมที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีในระดับสูงจะสามารถปรับตัวต่อปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ นอกจากนี้จากการศึกษาของวอลซ์ (Waltz, quoted in Riegel 1989 : 81) พบว่า บุคคลที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและสามารถปรับตัวให้เข้ากับแบบแผนการเปลี่ยนแปลงใหม่ ได้ง่าย การขาดการสนับสนุนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียด เสี่ยงต่อการกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมีโอกาสหายช้า ดังนั้นการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของกลุ่มสมรส จึงเป็นเสมือนการสื่อสารทางหนึ่ง ที่บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองยังคงเป็นที่รักของผู้อื่น (Colcher, quoted in Stuifbergen 1987 : 47) ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของร่างกายคนดีขึ้น รวมทั้งสามารถเข้าใจในบทบาทของตนเอง ได้ถูกต้อง อันเป็นแนวทางในการให้ความร่วมมือรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (Brown, quoted in Riegel 1989 : 81) ฮัมบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 266) กล่าวว่า สัมพันธภาพของกลุ่มสมรสที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร นอกจากนี้ยังเปิด โอกาสให้ทั้งสองฝ่าย ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะ เป็นด้าน เศรษฐกิจหรือ การตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ โดยที่การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร จะเป็นการให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริงตลอดจนแนวทางการปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว ได้ถูกต้อง ส่วนการสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของ แร่งงานนั้นเป็นการช่วยเหลือโดยตรงในสิ่งที่ผู้ป่วยขาดหรือเป็นการหาหน้าที่จัดหาเพื่อช่วยแบ่ง เบาภาระของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การสนับสนุนทั้งหมดนี้ เปรียบเสมือน เป็นแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เป็นพลังในการช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นไปได้ (Newman, quoted in Kane 1988 : 21 - 24) ซึ่งมิงงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนของกลุ่มสมรส เช่น จากการศึกษานี้ของ ฮัมบาร์ดและคณะ (Hubbard, et al. 1984 : 268) เกี่ยวกับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของประชาชนที่มาร่วมในงานสุขภาพซึ่งจัดที่เมือง อารีโซนา พบว่าบุคคลที่แต่งงานแล้วจะสามารถดูแลตนเอง ได้ดีกว่าบุคคลที่เป็นโสด นอกจากนี้จากการศึกษา ดีวอนและเพาเวอร์ (Devon and Powers, quoted in Stuifbergen 1987 : 47) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้เกิดจากปัจจัยที่สำคัญคือสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยเฉพาะกับคู่สมรส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟอกซ์ฮอลล์ และคณะ (Foxall, et al., quoted in Stuifbergen 1987 : 48) พบว่า คู่สมรสเป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำข้อมูลของการสนับสนุนของคู่สมรสในแต่ละด้านมาแยกอภิปรายตามแนวคิดของ ทอยส์ (Thoit 1986 : 417) ด้วยคือ

ความจำเป็นด้านอารมณ์และสังคม ประกอบด้วย การตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่อง มีผู้เห็นคุณค่า และด้านการครองครองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการศึกษาพบว่า ค่ามัชฌิมเลขคณิตของคะแนนการสนับสนุนทั้งสามด้านมีค่าเท่ากับ 12.79, 12.89 และ 15.51 โดยมีคะแนนเต็มคือ 16, 16 และ 20 คะแนนตามลำดับ (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักจะมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวตาย มีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ สูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ของตนเป็นต้น โดยพบว่าประมาณร้อยละ 20-80 ของผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ (Doehrman and Mayow, quoted in Riegel 1989 : 75) คู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากที่สุด (Lieberman 1986 : 42) จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย (Dimon and Johnes 1983 : 146) การสนองตอบความต้องการด้านอารมณ์มักจะ ได้รับร่วมกับการได้รับการยอมรับ ยก

ย่อง ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า สอดคล้องกับคำกล่าวของ ไรเกิล (Riegel 1989 : 76) ที่ว่าคုံสมรสเป็นบุคคลสำคัญสำหรับการสนับสนุนทางสังคมในระยะฟื้นฟูสภาพ ช่วยพัฒนาความคาดหวังและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่าสำหรับครอบครัว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย เนื่องจากระบบครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบครอบครัวอื่น หรือระบบสังคมอื่นด้วย โดยมีพื้นฐานจากครอบครัวกระจายไปสู่เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงานและชุมชน (Kane 1988 : 20-21) ด้วยเหตุนี้คำมีชมิมี เลขคณิตของคะแนนการสนับสนุนทั้งสามดังกล่าวจึงอยู่ในเกณฑ์สูง

ความจำเป็นด้านข่าวสารหรือของใช้ ประกอบด้วย การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน ซึ่งคำมีชมิมี เลขคณิตของคะแนนการสนับสนุนทั้งสองด้านนี้มีค่าเท่ากับ 12.48 และ 12.75 โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนนทั้งสองด้าน (ตารางที่ 5) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยถือเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต ซึ่งในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสารก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยแหล่งของข้อมูลแหล่งหนึ่ง คือคုံสมรส โดยอาจเป็นผู้ให้คำแนะนำ หรือเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพรตตันและจิม (Preston and Grimes 1987 : 36-40) โดยการสุ่มตัวอย่างประชากรด้วยการใช้โทรศัพท์สอบถามไปยังประชาชน พบว่า คုံสมรสของคนเป็นแหล่งสำคัญที่สุดในการคำแนะนำและช่วยเหลือแบ่งเบาความรับผิดชอบ โดยเฉพาะการให้ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน อันเป็นหน้าที่โดยตรงของคုံสมรสซึ่งเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยหรือไม่สามารถรับผิดชอบในบทบาทนั้นได้ อีกฝ่ายหนึ่งจะเป็นผู้รับผิดชอบแทน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนสิ่งของ เงินทอง และแรงงานจากคုံสมรสด้วยเช่นกัน

**ตอนที่ 2** กลุ่มตัวพหุภรณ์ที่สามารถอธิบายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด



จากสมการพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพบว่า กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันทำนายประกอบด้วยอัตรามโนทัศน์ และการสนับสนุนของคู่สมรส ซึ่งค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R = .7554$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.001$  จึงสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ  $57.07$  ( $R^2 \text{ Change} = .5707$ ) (ตารางที่ 9) โดยอัตรามโนทัศน์สามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เป็นอันดับแรก ซึ่งอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ  $51.49$  ( $R^2 \text{ Change} = .5149$ ) (ตารางที่ 8) และมีความสัมพันธ์ทางบวก เมื่อพิจารณาน้ำหนัก และทิศทางของความสัมพันธ์ ( $B = .6592$ ) (ตารางที่ 9) แสดงว่า ผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอัตรามโนทัศน์ในทางบวกมีแนวโน้มที่จะสามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ถึงร้อยละ  $51.49$  เนื่องจากการมองเห็นตนเองในด้านบวกเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเหนือการสนับสนุนอื่นใด บุคคลที่มีอัตรามโนทัศน์ในด้านบวกจะช่วยให้เข้าใจตนเอง สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้บุคคลที่มีอัตรามโนทัศน์ในทางบวกจะตระหนักในคุณค่าของตนเอง คิดว่าตนเองยังเป็นที่รักที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (Cobb 1976 : 300-301) ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลตนเองตลอดจนการให้ความร่วมมือรักษา (Pender 1982 : 157) ทำให้สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยที่เหมาะสมเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในที่สุด ส่วนการสนับสนุนของคู่สมรสเป็นตัวพยากรณ์อันดับที่ 2 ที่สามารถอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยสามารถเพิ่มอำนาจในการอธิบายความผันแปรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้อีกร้อยละ  $5.57$  ( $R^2 \text{ Change} = .0557$ ) (ตารางที่ 9) โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ในทางบวก ( $B = .2432$ ) (ตารางที่ 9) ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของคู่สมรสซึ่งผู้ป่วยได้รับนั้นเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาและลดความเครียดอันจะ

นาไปสู่ภาวะวิกฤติ เกิดการใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เป็นผลให้ผู้ป่วย ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (Cohen and Wills 1985 : 310-357) นอกจากนี้ การสนับสนุนของกลุ่มสมรสจะช่วยเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อันเป็นแรง จูงใจในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่จะนำมาซึ่ง ภาวะสุขภาพที่ดี (Pender 1982 : 152) เกิดความพึงพอใจในการดำเนิน ชีวิตในที่สุดเช่นกัน

ถึงแม้ว่าตัวพยากรณ์ทั้งสองจะมีอำนาจในการอธิบายความผันแปร ของความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดแต่เป็นที่น่าสังเกตว่า อำนาจในการอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตระหว่างตัวพยากรณ์ทั้งสองแตกต่างกันมาก โดยการสนับสนุน ของกลุ่มสมรสมีอำนาจการอธิบายความผันแปรเพียง 5.57 ในขณะที่อัครมโนทัศน์ มีอำนาจในการอธิบายความผันแปรถึงร้อยละ 51.49 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแม้ผู้ บป่วยจะได้รับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสแต่ก็ไม่สูงมากพอ เนื่องจากมีข้อจำกัดบาง ประการ เช่น การสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร พบว่าภรรยาของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลข่าว สารเกี่ยวกับโรคตลอดจนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้ไม่คึก เนื่องจากผู้ที่มีการ ศึกษาต่ำมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ได้น้อย โดยเฉพาะความรู้ เกี่ยวกับโรคเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ หากภรรยาของผู้ป่วยไม่ได้รับความ รู้จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือ ได้อาจทำให้เกิดความเข้าใจที่ผิดพลาด (Roger 1969 : 157) นอกจากนี้ สเตทเชอร์ (Schetter, quoted in Woods, et al. 1989 : 47) ยังกล่าวว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะ เชื่อถือข้อมูล ข่าวสาร ที่ได้รับ จากบุคคลากรในทีมสุขภาพมากกว่าที่จะได้รับจากกลุ่มสมรสและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ส่วนการสนับสนุนด้านแรงงานหรือพฤติกรรม การช่วยเหลือสามี พบว่าภรรยาของผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีอายุมาก มีภาระงาน ที่รับผิดชอบเช่น เลี้ยงคูหลาน หรือมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงเช่นกัน จึงทำให้ไม่ สามารถช่วยแบ่งเบาภาระงานและให้การช่วยเหลือ เกี่ยวกับการปฏิบัติคนของ สามี ได้เต็มที่ตก เป็นหน้าที่ของบุตรหลานในการช่วยเหลือมาตรวจ ดูแลการ

รับประทานอาหารที่เหมาะสม เหล่านี้เป็นต้น และที่สำคัญมีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า ภาระยาของผู้ป่วยโรคหัวใจก็ตกอยู่ในภาวะวิกฤติเช่นเดียวกับผู้ป่วยก่อนให้เกิดความวิตกกังวลมากพอ ๆ กันหรืออาจมากกว่าผู้ป่วยด้วยซ้ำไป (Thompson 1988 : 223 ; Antonucci and House, quoted in Woods, et al. 1989 : 47) ภาระยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะพบกับความยุ่งยาก เป็นอย่างมากเกี่ยวกับกลไกการปรับตัวตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ภาระยาจะมีความกลัว ขาดความรู้ และรับรู้ผิด ๆ ปัญหาเหล่านี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของภรรยาทำให้ภรรยาปกป้องผู้ป่วยจนเกินกว่าเหตุ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอด และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (Crawshaw, quoted in Riegel 1989 : 78) ประการสุดท้ายการสนับสนุนของกลุ่มสมรสมีความสัมพันธ์ภายในกับอັคม โนทัศน์ซึ่ง เป็นตัวพยากรณ์ตัวแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .240$ ) (ตารางที่ 7) จึงทำให้ผู้อำนวยการอธิบายของการสนับสนุนของกลุ่มสมรสว่า

สำหรับตัวพยากรณ์อื่น ๆ ที่นำมาศึกษา และ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ที่จะสามารถอธิบายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้นั้น มิได้หมายความว่า ตัวพยากรณ์นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต แต่อาจเนื่องจากความแปรปรวนของตัวพยากรณ์ดังกล่าว ยังไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ หรืออธิบายได้ก็แค่เพียง เล็กน้อย หรือตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษามีการผันแปรน้อยมาก หรืออาจจะเนื่องมาจาก ความสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวพยากรณ์กับตัวพยากรณ์ อันจะมีส่วนทำให้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณคลาดเคลื่อน หากได้มีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยวิธีอื่น เช่น การวิเคราะห์ตัวประกอบ หรือการวิเคราะห์ในลักษณะของความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นโค้ง ตัวพยากรณ์เหล่านี้อาจจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้



นอกจากผลการศึกษาดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยพบว่าผลการวิจัยยังมีอีก 2 ประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา ( $r = -.204$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาของการเป็นโรค ( $r = .212$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ( $r = -.276$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ตัวอย่างประชากรที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาต่ำป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคนาน มีแนวโน้มที่จะได้รับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสต่ำ ทั้งนี้เนื่องจาก ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับตัวกลุ่มสมรสเอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษา เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพของตัวภรรยาเป็นตัวขัดขวางทำให้ไม่สามารถทำการสนับสนุนผู้ป่วยได้เต็มที่ เหตุผลประการที่สอง อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคนาน รวมทั้งผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องจนเป็นที่ไว้วางใจของภรรยาทำให้ภรรยามีได้ให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่

2. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอึดทนโนทัศน์ ( $r = .215$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้ป่วยชายคู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีอึดทนโนทัศน์ในทางบวกทั้งนี้เนื่องจาก ผู้ที่มีการศึกษาสูง เมื่อ ไม่มีความรู้ในเรื่องใดก็จะมีใครรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะพยายามแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาคำตอบที่ต้องการ (Roger 1969 : 157) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจโลไวส์ และเพาเวอร์ (Jalowitz and Power 1980 : 10) ที่พบว่า การศึกษาที่คิดว่าจะช่วยใหบุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ ใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้ว เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน สิ่งนี้จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าของตนเองจึงทำให้เกิด อึดทนโนทัศน์ในทางบวกตามมา



## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าอัครม โนทัศน์ และการสนับสนุนของคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนี้

### 1. ด้านการบริหารและการบริการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจะตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยเฉพาะเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยที่แผนกการพยาบาลควรมีปรัชญาและจุดมุ่งหมายการพยาบาลที่เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และมุ่งส่งเสริมความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดย

1.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัครม โนทัศน์ในทางบวก พยาบาลผู้บริหารควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักถึงบทบาทความสำคัญของตน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอัครม โนทัศน์ ดังนี้

ขั้นที่ 1 พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ และในขณะที่ให้การพยาบาลทั่วไป จุดประสงค์ของการสร้างสัมพันธ์ภาพก็เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจกล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงและให้การร่วมมือในการพยาบาลอย่างเต็มที่

ขั้นที่ 2 ประเมินอัครม โนทัศน์ในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยใช้แบบวัดอัครม โนทัศน์ เพื่อเป็นแนวทางในการค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน

ขั้นที่ 3 ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมทัศนคติในค่านต่าง ๆ โดยจุดประสงค์ของการพยาบาล คือ ทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพสูงสุด เพื่อทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป มุ่งให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองอย่างเต็มที่และถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (Stuart and Sundeen 1983 : 269) โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้และเข้าใจพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยแสดงออกมา อยู่ในระยะใดของกระบวนการเศร้าโศก ซึ่ง แอนเจิล (Engel, quoted in Gruendeman 1976 : 195) แบ่งเป็น 3 ระยะด้วยกัน พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลอย่างสอดคล้องกับระยะนั้น ๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี สามารถปรับตัวได้ในที่สุด

ระยะที่ 1 ระยะช็อค และปฏิเสธความจริง บทบาทของพยาบาลอันดับแรกคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์และพฤติกรรมปฏิเสธ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายหรือแสดงความรู้สึกต่อการสูญเสีย พยาบาลต้องแสดงออกให้ผู้ป่วยทราบว่าพยาบาลเข้าใจถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียของผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจประคับประคองและให้กำลังใจ รับฟังถึงความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ ไม่แสดงความคิดเห็นหรือวิจารณ์ใด ๆ

ระยะที่ 2 ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มรู้ต่อสิ่งที่สูญเสียไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก เช่น โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าแห่งตนลดลงอาจกล่าวโทษผู้อื่นต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นด้วยวาจาก้าวร้าว พฤติกรรมแสดงออกถึงการเรียกร้อง ไม่อดทน พยาบาลควรประเมินดูว่า การแสดงออกของผู้ป่วยนั้นเนื่องมาจากสาเหตุใด โดยการเปิดโอกาส หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายถึงความรู้สึกมากที่สุด พยาบาลควรชี้แนะ อธิบายถึงพฤติกรรม และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออก พร้อมทั้งชี้แนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป พยาบาลควรให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค และคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้



ระยะที่ 3 ระยะยอมรับต่อการสูญเสีย ผู้ป่วยจะเริ่มเข้าใจความเป็นจริงและคิดถึงอนาคต ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือ และคำแนะนำที่จะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลต่าง ๆ การสนับสนุนให้กำลังใจและส่งเสริมความมั่นใจจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

1.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนของคู่สมรสอย่างเต็มที่ นอกจากปัจจัยด้านทัศนคติแล้วการสนับสนุนของคู่สมรสก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทั้งพยาบาลผู้บริหารและเจ้าหน้าที่พยาบาลในระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะพยาบาลในหน่วยงานเฉพาะทาง เช่น หออภิบาลหน่วยโรคหัวใจ ให้ความสำคัญและตระหนักในบทบาทของคนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนของคู่สมรสอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะการตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือของคู่สมรสด้วย

### ด้านตัวผู้ป่วย

ขั้นที่ 1 พยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความเอาใจใส่ ยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยและให้ข้อมูลที่แท้จริง ยินยอมให้ความร่วมมือในการพยาบาล

ขั้นที่ 2 ให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความต้องการการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยใช้แบบวัดที่สร้างขึ้น เพื่อพยาบาลจะได้หาแนวทางและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนอย่างถูกต้อง

### ด้านคู่สมรส

ขั้นที่ 1 พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสเช่นเดียวกับผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้คู่สมรสระบายถึงความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว การตกใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสามี (Riegel 1989 : 78) พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงกระบวนการเศร้าโศกครั้งที่กล่าวในข้อ 1.1 โดยเข้าใจถึงความรู้สึกของคู่สมรส เห็นอกเห็นใจ ช่วยประคับประคองและให้กำลังใจเพื่อให้คู่สมรสสามารถผ่านวิกฤติการณ์นี้ไปได้ ซึ่งถ้าสัมพันธภาพของพยาบาลและคู่สมรสของผู้ป่วยสามารถดำเนินไปได้ด้วยดีก็จะเกิดความไว้วางใจขึ้น ตัวของคู่สมรสเอง เมื่อได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ก็จะคลายวิตกกังวลกลัวที่จะบอกถึงสาเหตุของความวิตกกังวลนั้น

ขั้นที่ 2 เมื่อพยาบาลสามารถพาคู่สมรสให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินั้นมาได้จนถึงระยะสุดท้าย คู่สมรสจะยอมรับต่อความเป็นจริงที่เกิดขึ้นและตระหนักถึงความต้องการความช่วยเหลือ เช่น การขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (Riegel 1987 : 78) พยาบาลจะต้องให้ความรู้แก่คู่สมรสเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมทั้งชี้ให้คู่สมรสเห็นความสำคัญของตนเองที่มีบทบาทในการสนับสนุนผู้ป่วยทั้ง 5 ด้าน โดยพยาบาลจะเป็นผู้ประสานระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

ขั้นที่ 3 ช่วยให้ผู้สมรสหาความรู้ที่ได้รับมาปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยเปิดโอกาสให้คู่สมรสได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้คู่สมรสสามารถสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่โรงพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับคู่สมรสว่ามีความรู้ ความสามารถเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้

นอกจากนี้อาจจัดให้กลุ่มคู่สมรสได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย

## 2. ด้านการศึกษาการพยาบาล

2.1 การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี อาจารย์พยาบาล ควรจะ เน้นให้นักศึกษาพยาบาลเห็นความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยฝ่ายกาย โดยเฉพาะเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ตลอดจน อคติ โนทัศน์ และการสนับสนุนของกลุ่มสมรสซึ่ง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เนื้อหาของหลักสูตรที่มีส่วนส่งเสริมความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ได้แก่

2.1.1 จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ เพื่อช่วยให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยเป็นแนวทางที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมพยาบาลที่เหมาะสม

2.1.2 ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ตลอดจนวิธีการประเมิน

2.1.3 อคติ โนทัศน์ วิธีการประเมิน และการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอคติ โนทัศน์ในทางบวก

2.1.4 การสนับสนุนของกลุ่มสมรส วิธีการประเมิน และการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสอย่างเต็มที่

2.2 การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ ฝึกให้นักศึกษาเรียนรู้ถึงการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม เช่นความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต อคติ โนทัศน์ การสนับสนุนของกลุ่มสมรส รวมทั้งการวางแผนการช่วยเหลือ ฝึกทักษะในการให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลที่ให้ในผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายด้วย



### 3. ด้านการวิจัยพยาบาล

3.1 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรบางตัวเช่น อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีหลักฐานที่เพียงพอจะสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยได้ จึงควรทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และระดับการศึกษากับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอีกครั้งหนึ่ง โดยทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และมีระดับการศึกษาที่สูง

3.2 ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ และความวิตกกังวลของกลุ่มสมรสเอง เป็นต้น

3.3 ศึกษากระบวนการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากแหล่งอื่น ๆ เช่น บุตร ญาติ เพื่อน แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเดียวกัน เป็นต้น พร้อมทั้งหาแหล่งที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยด้วย

3.4 ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการได้รับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสที่ผู้ป่วยได้รับจริงกับการสนับสนุนของกลุ่มสมรสตามการรับรู้ของผู้ป่วย

3.5 ศึกษาผลการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการเปลี่ยนแปลงอัตรามโนทัศน์ในผู้ป่วยชาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามที่ได้เสนอไว้ในข้อ 1.1

3.6 ศึกษาผลการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อการส่งเสริมการสนับสนุนของกลุ่มสมรส ตามที่ได้เสนอแนะไว้ในข้อ 1.2

3.7 ศึกษาถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนิน  
ชีวิตนั้นด้วย