

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว

สมพร ชินโนรส* วท.ม.(พยาบาล), สุภาณี แก้วธารงค์** พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)

ลดาวัล อุ่นประเสริฐพงศ์*** พย.ด., กิตติ โตเต็มโชคชัยการ**** อ.ว.(อายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้)

บทคัดย่อ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุเพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว ปัจจัยนั้นคือ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค อาการของโรค จำนวนยาที่ได้รับ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเอดส์แล้วซึ่งมารับการตรวจและรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2541 ถึงเดือนพฤษภาคม 2541 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลฉบับชุมชน และแบบสอบถามถึงการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการสนับสนุนทางสังคมของเยาวร์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉลี่ย 65.49 คะแนน จากคะแนนเต็ม 115 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการของโรคมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่มีเพศ สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนยาที่ได้รับ และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายงานเดือนพยาบาลสาร 2544; 7(2) : 111-23.

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเอดส์แล้ว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

*รองศาสตราจารย์, **ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาชารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยคริสเดียน

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาภาษาอังกฤษ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์แอลอีเป็นโรคที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่สร้าง antibody ขึ้น เพื่อต่อต้านเนื้อเยื่อของตนเอง และมีปฏิกิริยาต่อภูมิคุ้มกันที่เกิดจาก antibody จับกับ antigen แล้วทำให้มีการอักเสบ การทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะของตนเอง ผลที่ตามมาก็คือโรคเอดส์แอลอีมีอาการ การดำเนินโรคและความรุนแรงของโรคต่างกัน

อาการ โรคเอดส์แอลอีมีอาการของโรคไม่แน่นอน อาจมีอาการเพียงระบบเดียว หรือหลายระบบก็ได้ และอาการที่เกิดขึ้นอาจแตกต่างกัน สำหรับการดำเนินโรค โรคเอดส์แอลอีมีการดำเนินโรคทั้งระยะกำเริบและระยะสงบ การดำเนินโรคอาจเป็นแบบต่อเนื่อง คือดีขึ้นหรือทรุดลงสลับกัน และการกำเริบของโรคจะเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ ส่วนความรุนแรงของโรคอาจมีเพียงเล็กน้อย หรือมีความรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคเอดส์แอลอีจึงมีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนการรักษาจะปรับเปลี่ยนไปตามอาการของโรค เพื่อควบคุมการกำเริบของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และหลีกเลี่ยงอาการซ้ำซึ่งของยา¹ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยโรคเอดส์แอลอีจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม แต่การพยากรณ์โรคก็ไม่แน่นอน จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์แอลอีมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล มาเป็นแนวทางในการ

ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์

มิเชลได้พัฒนาทฤษฎีจากการวิจัยต่างๆ ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการณ์ทางคลินิก รวมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาชาร์ส จนได้ทฤษฎีระดับกลาง ที่ใช้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล มีแนวคิดหลักคือ 1) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านต่างๆ 2) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3) การประเมินตัวสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และ 4) การเผชิญปัญหาและการปรับตัวเมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถตัดสินความหมายของความเจ็บป่วย ทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยไม่ได้ และไม่สามารถจำแนกความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล การอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยที่ไม่ครบถ้วน ไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยที่รุนแรง และการมีอาการซ้ำหรือกำเริบ และเกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนใน 4 ด้าน คือ 1) เกิดความคลุมเครือในความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) รู้สึกซับซ้อนไม่แน่นอนของระบบการรักษาและการดูแล (Complex) 3) ความรู้สึกไม่แน่นอนในการได้รับข้อมูล (Inconsistency of information) ใน การเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งรวมถึงการได้รับข้อมูลไม่สม่ำเสมอ หรือแตกต่างกันเดิม และ 4) ความไม่แน่นอนของการทำนายระยะเวลา และการพยากรณ์โรค (Unpredictability) ซึ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนดังกล่าวจะมากหรือ

น้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมี 3 ส่วนคือ 1) ด้านตัวกระตุ้น (Stimuli frame) ประกอบด้วย แบบแผนของการแสดงอาการ หรือความรุนแรงของโรค (Symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความจริง (Event congruence) ซึ่งตัวกระตุ้นเหล่านี้ถ้ามีรูปแบบเป็นในทิศทางดีจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง แต่ถ้าเป็นในทิศทางไม่ดี ความรู้สึกไม่แน่นอนก็จะมากขึ้น 2) ด้านความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ (Cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลงข่าวสารได้ถูกต้องกับเหตุการณ์ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งต้องผ่านมาทางตัวกระตุ้น 3) ด้านแหล่งประযุชน์ที่สนับสนุน (Structure provider) เช่น การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย²

3. การประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การลงความเห็น (Inference) และการสร้างความเชื่อใหม่ (Intuition) การลงความเห็นเป็นการประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มี 2 แบบคือ การประเมินว่าเป็นโอกาส (Opportunity-appraisal) และการประเมินว่าเป็นอันตราย (Danger-appraisal) เมื่อมีการประเมินเหตุการณ์ได้ว่าเป็นโอกาสหรือเป็นอันตราย จะมีการสร้างความเชื่อใหม่ที่เป็นผลต่อความรู้สึกซึ่งทำให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเอง

4. การเผชิญปัญหา (Coping) มิเซลได้ใช้กรอบแนวคิดของลา札รัสที่เชื่อว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ดังนั้นจึงใช้การเผชิญความเครียดของลา札รัส sama เป็นแนวทางในการอธิบายการเผชิญปัญหาของบุคคล ลา札รัสและคณะได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่าเป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนิ่งคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประযุชน์ที่เกินกว่าธรรมดា การเผชิญความเครียดนี้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยใช้รูปแบบการเผชิญความเครียด (Functional coping) ใน 2 หน้าที่ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) ซึ่งจะมุ่งแก้ปัญหาหรือจัดการกับอารมณ์ต้องมีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด (Coping mode) ใน 5 วิธีเหล่านี้คือ 1) การแสวงหาข้อมูล (Information-seeking) 2) การกระทำโดยตรง (Direct action) 3) การหยุดการกระทำ (Inhibit of action) 4) การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแรงสนับสนุนในสังคม (Seeking support) และ 5) การใช้กลไกทางจิต (Intrapyschic) ซึ่งเป็นกระบวนการของการของความคิดที่ใช้ในการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยนี้คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนของสิ่งกระตุ้น และแหล่งประยุชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ

ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส มีผลโดยตรงต่อการให้ความหมายของเหตุการณ์ของความเจ็บป่วย แบบแผนของสิ่งกระตุ้น คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค อาการ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเօสแอลอี

ของโรคและจำนวนยาที่ได้รับ มีผลโดยตรงในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจแบบแผนของอาการ ความรุนแรงของโรค ความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและระบบการรักษา และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง ส่วนแหล่งประโภชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือ คือ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ คือ พยาบาลและแพทย์ มีผลทางอ้อมในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผ่านแบบแผนของสิ่งกระตุน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับรู้แบบแผนของสิ่งกระตุน และมีผลโดยตรงในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยช่วยให้ข้อมูลของความหมายของความเจ็บป่วย ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเօสแอลอี และปัจจัยต่างๆย่อมมีความสัมพันธ์กัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเօสแอลอี

2. เปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเօสแอลอีกับเพศ สถานภาพสมรสและอาการต่างกัน

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนยาที่ได้รับ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ คือ จากพยาบาลและจากแพทย์ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเօสแอลอี

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่นำมายศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเօสแอลอีที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนก

อายุรกรรมโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2541 ถึงเดือนพฤษภาคม 2541 จำนวน 100 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกตามคุณสมบัติตั้งนี้ เป็นโรคเօสแอลอีไม่เกิน 5 ปี มารับการตรวจ/รักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ครั้ง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2. เครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีแก้ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การดำเนินโรค อาการ การรักษา ความพิการ ระยะเวลาที่เป็นโรค และจำนวนครั้งที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นโรคเօสแอลอี

- แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล-ฉบับชุมชน³ มี 23 ข้อ แต่ละข้อจะสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แบบสอบถามแต่ละข้อมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อที่มีความหมายทางลบต้องกลับคะแนนก่อน ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิตสเกล มีให้เลือกตอบ 5 ข้อ จากไม่จริงที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงจริงที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนระหว่าง 23-115 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดให้ 23-53 คะแนน หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ 54-84 คะแนน หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง และ 85-115 คะแนน หมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เนื่องจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนใน

ความเจ็บป่วยของมิเชล-ฉบับชุมชน และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล-ฉบับที่ใช้ในโรงพยาบาล มีข้อค่าถ้วนที่เหมือนกัน และสมบูรณ์ หนูเจริญกุลได้แปลเป็นภาษาไทย⁴ และมีผู้นำมาใช้ทดลองครั้ง⁵⁻⁸

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยของมิเชล-ฉบับชุมชนนี้ไปใช้ โดยไม่ต้องตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามใหม่ แต่ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงของแบบสอบถามในผู้ป่วย โรคเอสแอลอีที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย แล้วหาค่าความสอดคล้องภายใต้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟ่าเท่ากับ 0.94 และ 0.89 ตามลำดับ

- แบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในกิมสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลและแพทย์ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ แบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในกิมสุขภาพมี 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ 6 ข้อ ด้านการให้ความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่า 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ และด้านการช่วยเหลือดูแล 4 ข้อ รวม 22 ข้อ แบบสอบถามแต่ละข้อจะมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อที่มีความหมายทางลบต้องกลับคะแนนก่อน ลักษณะค่าตอบเป็นแบบลิคิตสเกล มีให้เลือกดู 4 ข้อ จากไม่ได้รับ การสนับสนุนช่วยเหลือเลยเท่ากับ 0 คะแนน จนถึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือมากที่สุดเท่ากับ 3 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนระหว่าง 0-66 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดให้ 1-22 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลหรือจากแพทย์ในระดับต่ำ 23-44 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลหรือจากแพทย์ในระดับปานกลาง และ

45-66 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลหรือจากแพทย์ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในกิมสุขภาพไปหาความทรงจำเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาล 5 ท่าน

สำหรับการหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในกิมสุขภาพไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย หาค่าความสอดคล้องภายใต้ของแบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลและจากแพทย์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อเก็บข้อมูลที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม เลือกกลุ่มตัวอย่างตามต้องการ ระหว่างที่ผู้ป่วยรอรับการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยการทดสอบค่าที่ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอสแอลอีที่มาวันการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาธิบดี 50 รายโรงพยาบาลศิริราช 28 รายและโรงพยาบาลพระมงกุฎ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดโซลี

เก้า 22 ราย รวมเป็น 100 ราย กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 91 อายุเฉลี่ย 31.06 ปี สถานภาพสมรสไม่โสดร้อยละ 52 การศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 35 และอาชีพวันจ้างร้อยละ 31

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นโรคอยู่ในระดับ กำเริบ ระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 2.74 ปี และจำนวนครั้งของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจาก โรคเอดโซลี 2.46 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 เมื่อเป็นโรคแล้วไม่มีความพิการเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87 มีอาการ และร้อยละ 35 มีอาการ 1 ระบบ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 รับการรักษา ด้วยยา ร้อยละ 25 ได้ยา 4 ชนิด ร้อยละ 26.53 ได้ยาหลักคือยาสเตียรอยด์ (91 คน) และร้อยละ 9.90 ได้ยาร่วมคือยาบำรุง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยเฉลี่ย 65.49 คะแนน ($SD = 14.08$

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่างโรคเอดโซลี ระหว่างเพศ หญิงและเพศชาย ที่มีสถานภาพสมรสโสดและไม่โสด และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการกับมีอาการ โดยใช้สถิติทดสอบที่อิสระ ($n=100$)

ข้อมูล	จำนวน (n)	ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย		t
		M	S.D.	
เพศ				
หญิง	91	65.60	13.80	0.26 ^{ns}
ชาย	9	64.33	17.59	
สถานภาพสมรส				
โสด	48	64.04	13.89	-0.99 ^{ns}
ไม่โสด	52	66.82		
การมีอาการ				
ไม่มีอาการ	13	59.23	8.96	-2.46*
มีอาการ	87	66.43		

^{ns} = $p > 0.05$ * = $p < 0.05$

คะแนน) หรือมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลหรือจากแพทย์เฉลี่ย 21.56 คะแนน ($SD = 8.87$ คะแนน) และ 44.61 คะแนน ($SD = 10.42$ คะแนน) ตามลำดับ หรือมีคะแนนการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลและจากแพทย์ในระดับต่ำและระดับปานกลางตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอาการต่างกัน ด้วยสถิติที่ พบว่า ผู้ป่วยที่มีเพศและสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย น้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 1)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนยาที่ได้รับ ระดับการศึกษา การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลและจากแพทย์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พนว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนยาที่ได้รับและการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนยาที่ได้รับ ระดับการศึกษา และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลและจากแพทย์ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n = 100$)

ข้อมูล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย p

อายุ	0.03	> 0.05
ระยะเวลาที่เป็นโรค	0.11	> 0.05
จำนวนยาที่ได้รับ	0.14	> 0.05
ระดับการศึกษา	- 0.25	< 0.05
การสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาล	- 0.01	> 0.05
แพทย์	- 0.40	< 0.001

การอภิปรายผล

การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจาก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอก

ช่วงตามปกติจะมีอาการน้อยกว่าผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกราย มีอาการกำเริบ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีอาการ 1 ระบบ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ไม่มีความพิการ อันเนื่องมาจากการเอดส์อยู่ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรุนแรงของโรคน้อยและโรคไม่ซับซ้อน ซึ่ง สอดคล้องกับค่าตอบของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นรายข้อที่พนว่า ข้อที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำที่สุด คือ ฉันไม่รู้ว่าฉันป่วยเป็นอะไร รองลงมาคือ ฉันทราบความรุนแรงของความเจ็บป่วยของฉัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างรู้ว่าตนเป็นโรคเอดส์อยู่ และ ขณะนี้อาการของโรคไม่รุนแรง อนึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์กับอาการของโรค ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก็จะมากด้วย จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับปานกลาง

เมื่ออาการของโรคไม่รุนแรง อาการของโรคไม่ซับซ้อน ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจึงมีน้อย ดังจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเอดส์อยู่ 1-5 ปี หรือเฉลี่ย 2.74 ปี จากการที่เป็นโรคนานนานทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับโรคและการรักษา ในด้านความคุ้นเคยกับโรค กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากแพทย์และพยาบาล และทราบจากประสบการณ์ตรง คือ ทราบว่าโรคเอดส์มีลักษณะของโรคที่ไม่แน่นอน การดำเนินของโรคมีระยะสงบและระยะกำเริบ มีอาการแสดงที่หลากหลาย และความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกัน ในด้านการรักษา กลุ่มตัวอย่างต้องไปโรงพยาบาลทุกสัปดาห์ ทุก 2 สัปดาห์ หรือทุกเดือน เพื่อตรวจเลือด

พบรหทธิ์และรับยา ผลจากการปฏิบัติตั้งกล่าวทำให้เกิดคุณค่าอย่างคุ้นเคยกับการรักษา

อนึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 ได้รับการรักษาด้วยยา ยาหลักที่ผู้ป่วยเกินทุกคน (91 คน) ได้รับคือยาสเตียรอยด์ ในรูปยารับประทานซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ง่าย และการรักษามีแนวโน้มว่าจะควบคุมการกำเริบของโรคได้ จึงทำให้เกิดคุณค่าอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดโซดี¹⁰ ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์^{11,12} ผู้ป่วยโรคมัลติเพลสเคอโรซิส¹³ และผู้ป่วยโรคหอบหืด¹⁴ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบรหทธิ์และสตานภาพสมรรถต่างกัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด¹⁴ และในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว¹⁵ ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย¹⁶ และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีสตานภาพสมรรถต่างกัน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่มีอาการทั้งนี้อาจเป็น เพราะถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะอยู่ในระยะโรคกำเริบ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการมีแนวโน้มว่าจะสามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้ หรือโรคมีแนวโน้มจะเข้าสู่ระยะโรคสงบ

หรือแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม รวมทั้งสามารถวางแผนชีวิตได้ การไม่มีอาการเจ็บป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วย เรียนรู้ที่จะสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อความเจ็บป่วย สามารถทำงานยผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยน้อยกว่า

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการการมีอาการหมายถึงการดำเนินโรคอยู่ในระยะโรคกำเริบ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการ 1-4 ระบบกล่าวคือ มีอาการ 1 ระบบร้อยละ 35 อาการ 2 ระบบร้อยละ 32 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการที่เกิดขึ้นในระบบที่สำคัญ เช่น อาการทางไตร้อยละ 28.98 อาการทางหัวใจและกล้ามเนื้อร้อยละ 17.05 อาการทางผิวหนังและเยื่อบุช่องปากร้อยละ 15.34 ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ อนึ่งแม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสามารถทำงานยผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย และไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยได้อย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บป่วยมากกว่า

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภัยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย⁶ ในผู้ป่วยอายุรกรรมที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล¹⁸ และในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์¹² ที่พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรค และจำนวนยาที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะอายุไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่มีผลต่อการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ

การศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์¹¹ และในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด¹⁷ ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจ เป็นเพาะเกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเอดส์และอีวามีเกิน 5 ปี และเป็นโรคเฉลี่ย 2.76 ปี จากระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคถือได้ว่าเป็นช่วงเริ่มต้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์และอีวี เป็นช่วงเวลาที่โรคมีการกำเริบอยู่ มีอาการหลอกหลอนและมีความรุนแรงของโรคมาก ซึ่งโรคเอดส์และอีวามี การกำเริบของโรคอย่างรุนแรงในระยะเวลาเฉลี่ย 2.70 ปีแรกที่เป็นโรค¹⁹ และโรคเอดส์และอีวีมีอาการแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ประกอบกับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้ใน 5 ปี ร้อยละ 95²⁰ และ 15 ปี ร้อยละ 85²¹ ซึ่งเป็นอัตราการรอดชีวิตที่สูง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์และอีวี ผลการศึกษาครั้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ_rumaตอยด์ที่พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย¹¹

ส่วนการที่จำนวนยาที่ได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเฉลี่ย 2.74 ปี จึงเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและเรียนรู้ว่า เป็นการรักษาที่สำคัญเพื่อควบคุมอาการของโรคบรรเทาความไม่สุขสบาย และบรรเทาอาการชาซึ่งที่เกิดจากยา รวมทั้งรักษาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 91 คน ได้รับยาสเตียรอยด์ และได้รับการรักษาด้วยยา 4 ชนิดถึงร้อยละ 25 และยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยา

รับประทาน ซึ่งไม่มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ ดังนั้น จำนวนยาที่ได้รับจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ อาจเป็นเพราะบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นผู้รับข้อมูลช้า สารที่ดี เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีความรู้กว้างชวาง มีความเข้าใจศักย์มากและมีความเข้าใจข้อมูลช้า สารได้²² นอกจากนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูงมัก มีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ทั้งจากสื่อต่างๆ และจากบุคคล²² สำหรับ การแสวงหาข้อมูลจากบุคคล บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ข้อมูลปัญหาที่ตนเองไม่เข้าใจ ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่า^{23,24} ผลที่ตามมาคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการพยากรณ์โรคจากแพทย์ได้มากกว่าและชัดเจนกว่า

บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงนอกจากจะมีการแสวงหาข้อมูลและได้รับข้อมูลแล้ว บุคคลเหล่านี้ยังรู้จักใช้ทักษะในการแก้ปัญหา นำข้อมูลที่ได้รับมาประยุกต์ให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย²⁶

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเอดส์และอีวีที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยโรคลัลติเพลลส์เคอโรซิส²⁷ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลิน²⁸ ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงเออร์ติกที่ห้องโปงพอง²⁹ ซึ่งพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาค่าคะแนนการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลโดยรวมและรายด้านพบว่าอยู่ในระดับคะแนนน้อย การที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลน้อยอาจเนื่องจากการให้บริการของพยาบาลในแผนกตรวจผู้ป่วยนอก มุ่งเน้นในเรื่องการเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์ การนัดหมายครั้งต่อไป การตรวจพิเศษหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการให้ยาทางหลอดเลือดดำ มากกว่าการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งแสดงถึงการเป็นแหล่งประโภชน์ที่ดีต่อผู้ป่วย

ดังนั้นพยาบาลจึงไม่ได้เป็นแหล่งประโภชน์ที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความเจ็บป่วย ไม่ทำให้ความคลุมเครือหรือความซับซ้อนของความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น และไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความนั่นใจและไว้วางใจในตัวพยาบาล จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่ลดลง

ในการกลับกันการสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแพทย์มาก จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

อาจเป็นเพราะระบบบริการของแผนกผู้ป่วยนอกเน้นที่กระบวนการตรวจรักษา แพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากเหตุผลดังกล่าว แพทย์จึงเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้จะได้ข้อมูลแพทย์มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องมา

รับการตรวจรักษาทุก 1-3 สัปดาห์ หรือทุก 3 เดือน เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคย ไว้วางใจ และเล่าปัญหาของตนให้แพทย์ทราบ การกระทำดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อถือและยอมรับในแพทย์ ซึ่งความเชื่อถือที่มากส่งผลให้บุคคลยึดถือแพทย์เป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย³⁰ และการศึกษาของสุกัตรา ไกรโสกา²⁸ พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทลายทำที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย^{3,16,31}

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการ พยาบาลจึงควรให้ความรู้เรื่องโรคอาการที่เป็นและการรักษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากขึ้น เพื่อลดความคลุมเครือในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้นนี้เป็นผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ซึ่งมีอาการรุนแรงไม่นัก ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการรุนแรงมาก หรือเป็นผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการรุนแรงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

- Hahn Iselbacler KJ, et al. (Eds.) *Harrison's principles of internal medicine*. U.S.A.: McGraw Hill, 1994.
- Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*. 1988; 20:225-32.

3. Mishel MH, & Epstein D. *Uncertainty in illness scales manual*. Arizona : College of Nursing University of Arizona, 1990.
4. สมจิต หนูเจริญกุล บุญจันทร์ วงศ์สุนพัรัตน์ และทีมพาร์ วงศ์หงษ์กุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*. 2534;40:11-26.
5. จุฬารักษ์ กิริวิธชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสร้าง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์สุรนารามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2536.
6. จันทร์กิริพัฒน์ วงศ์วิวัฒน์. แรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์สุรนารามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2536.
7. บุญจันทร์ วงศ์สุนพัรัตน์. ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์สุรนารามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2533.
8. ไสว นรสาร. ความรู้สึกไม่แน่นอน การประเมินตัดสินและการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่รอผ่าตัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์สุรนารามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2540.
9. House JS, Kahn RL, McLeod JD, & Williams D. In S cohen, & SL Syme.(Eds.), *Social Support and Health*. Orlando : Academic, 1985:83-108.
10. Failla S, et al. Adjustment of women with SLE. *Applied Nursing Research*. 1996; 9:87-96.
11. Bailey JM, Nielsen BI. Uncertainty and appraisal of uncertainty in women with rheumatoid arthritis. *Orthopaedic Nursing*. 1993; 12 :63-67.
12. Braden CJ. A test of the self help model: Learned response to chronic illness experience. *Nursing Research*. 1990; 39:42-46.
13. Wineman NM, Durand EJ, and Steiner RP. A comparative analysis of coping behaviors in persons with multiple sclerosis or a spinal cord injury. *Research in Nursing & Health*. 1994; 17:185-94.
14. Bjerkie SJ, Ferketich S, & Benner P. Predicting the outcomes of living with asthma. *Research in Nursing & Health*. 1993;16:251-263.
15. Hawthorne MH, and Hixon ME. Functional status, mood disturbance and quality of life in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*. 1994; 9:22-33.
16. Bennett SJ. Relationship among selected antecedent variables and coping effectiveness in post-myocardial infarction patients. *Research in Nursing and Health*.1993;16:131-139.
17. Wong CA, & Bramwell L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nursing*. 1992; 15 : 363-371.
18. Mishel MH, et al. Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing & Health*. 1984; 7 : 163-171.
19. สุชิลา จันทร์กิริพัฒน์. ในสุรศักดิ์ นิลกานุวงศ์ และสุรุ่ย ปรีชานนท์. บรรณาธิการ. *คู่มือโรคชั้น*. กรุงเทพ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2541.
20. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. *Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1995.
21. พูลสุข เจนพาณิชย์ และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. *การพยาบาลผู้ใหญ่* เล่ม 2. กรุงเทพ: มปท, 2542.
22. ประนง สะเวกิน. *หลักนิเทศศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8 กรุงเทพ: ภาพพิมพ์จำกัด, 2538.
23. Hanucharumkul S. *Self care, social support and quality of life in cancer patients receiving Radiotherapy in Thailand*. Doctoral dissertation, College of nursing, Wayne State University, Detroit MI,1988.
24. Muhlenkamp AF, and Sayles JA. Self esteem, social support and positive health practice. *Nursing Research*. 1986; 35:334-338.

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและป้ออี้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์

25. Bloom JR. Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science Medicine*. 1982; 16:1338.
26. Jalowiec A, & Power MJ. Stress and coping in hypertension and emergency room patients. *Nursing Research*. 1981; 30:10-15.
27. Crigger NJ. Testing and uncertainty model for women with multiple sclerosis. *Advanced Nursing Science*. 1996;18:37-47.
28. สุภัตรา ไกรโภกา. อิทธิพลของการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรในกิจสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึงอินสูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.

Uncertainty in illness, and factors related to uncertainty in illness among patients with S.L.E.

Somporn Chinnoros* M.Sc. (Nursing)

Supanee Keathumrong**M.N. (Adult Nursing)

Ladawan Aunprasertpong,***D.N.S.

Kitti Totemchokchaikarn****Cert. (Clinical Immunology and Rheumatology)

Abstract: This descriptive research aimed to study uncertainty in illness, and factors related to uncertainty in illness in patients with systemic lupus erythematosus (S.L.E.). The factors are: gender, marital status, age, duration of having S.L.E., number of medications, educational level and professional support. The Mishel's uncertainty in illness model was utilized as a conceptual framework. One hundred subjects were purposively selected from S.L.E. patients receiving medical therapy at the medical clinic of Ramathibodi Hospital, Siriraj Hospital and Pramongkutklao Hospital from February to May, 1988. Data was collected by using questionnaires which consisted of demographic data, Mishel uncertainty in illness scale-community forms, and questionnaires about professional support, which were designed by the researcher and developed from House's social support concept.

The results revealed that the subjects' perception of uncertainty in illness was at a moderate level ($x=65.49$). The subjects without symptoms of illness had significantly less uncertainty than the subjects with symptoms ($t=-2.46$, $p < 0.05$). There were significant negative correlations between educational level and physician support and uncertainty in illness ($r=-0.25$, $p<0.05$ and $r=-0.40$, $p<0.001$ respectively). The uncertainty in illness was not significantly different when identified by gender and marital status. No significant relationships were found with age, duration of S.L.E., number of medicines and nurse support and uncertainty in illness. Rama Nurs J 2001; 7(2) : 111-23.

Keywords: patient with systemic lupus erythematosus/uncertainty in illness

* Associate Professor, *** Assistant Professor, Department of nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

** Instructor, Faculty of Nursing, Cristain Colledge.

**** Assistant Professor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.