บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Group Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ

หลังจากการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณก่อนทำการทดลอง (Pre Test) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 กลุ่มแล้ว ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยให้ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะเวลาเท่ากัน ภายหลังสิ้นสุดการทดลองให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 2 กลุ่ม ตอบแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณอีกครั้ง (Post Test)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 66-70 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 68 ปี โดยเพศของทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน คือ เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นคู่มากที่สุดและสถานภาพทางครอบครัวพบว่ากลุ่มทดลองเป็นหัวหน้าครอบครัวมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยประมาณ 4-6 ราย และระดับการศึกษากลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาประถมศึกษาเท่ากับมัธยมศึกษา และทั้งสองกลุ่มมีรายได้เพียงพอกับรายรับ ส่วนใหญ่ได้รับมาจากบุตร-หลาน มากที่สุด และทั้งสองกลุ่มมีระยะในการเจ็บป่วยเท่ากันในระหว่าง 4-6 เดือน มากที่สุด โดยทั้งสองกลุ่มนี้มีอวัยวะที่กล้ามเนื้อแขน-ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งทั้งหมด

สำหรับลักษณะข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ในกลุ่มทดลองทดลองมีอายุมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนี้ กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 31-40 ปี และ 51-60 ปี มากที่สุด มีอายุเฉลี่ย 41 ปี

และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงทั้งหมด สถานภาพสมรสในครอบครัวส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ทั้งสองกลุ่มมากที่สุด โดยความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุตร ซึ่งกลุ่มทดลองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ส่วนกลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 4-6 เดือน มากที่สุด และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.89$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.59$, $p < .001$) ทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ มีข้อจำกัดหรือบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งพาบุคลอื่นเพื่อช่วยตอบสนองความต้องการ เช่น ความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งบุคคลที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพามักเป็นบุคคลในครอบครัว และจากปัญหาความพร่องทางด้านความคิดสติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความรู้สึก อีกทั้งสภาพร่างกายไม่เอื้อต่อการทำงาน บทบาทในการหารายได้ให้ครอบครัวหมดไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดความใกล้ชิดกับบุตร-หลาน หรือครอบครัว ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า เมื่อหลังจากการทดลองผู้ป่วยได้เข้ารับการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามแนวคิดของ ฟริดส์แมน (Friedman, 1981)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ร่วมกับ มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow & Wilson, 1961) ในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 4 ด้านคือ ด้านความรักความเข้าใจ ความอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ด้านการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยใช้กระบวนการการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ซึ่งพัฒนามาจาก Illness Belief Model (Wright, 1996) ในการเข้าใจบริบทของครอบครัว เพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อ แยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาและเปิดเผยความเชื่อในการดูแลความเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพในครอบครัวได้อย่างเหมะสม ซึ่งเป็นสิ่งช่วยให้ระบบพึ่งพาระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี จะเห็นได้ว่าการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นคง รู้สึกอบอุ่นใจ มีกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรค และปัญหาที่อยู่รอบข้างได้โดยไม่ท้อถอย และทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการมีชีวิตอยู่ โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งของการให้ความรัก ให้กำลังใจ ไม่ท้อแท้สิ้นหวัง และการได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราณี เพ็ชรสงฆ์ (2542) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากครอบครัว

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพใน 4 ด้าน คือด้านความรักความเข้าใจ ความอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ด้านการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จึงมีผลทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งโดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย ทำให้มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวด้วย อีกทั้งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งจากภาวะการเจ็บป่วยและการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ จากการที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและ

ภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นปกติ ส่งผลต่อด้านสังคมของผู้ป่วยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทสัมพันธภาพในครอบครัว ถ้าครอบครัวยอมรับไม่ได้จะทำให้มีสัมพันธภาพที่ห่างเหิน ผู้ป่วยมักแยกตัว รู้สึกโดดเดี่ยว โดยพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อสามารถอยู่ได้อย่างไม่ทุกข์ทรมาน และมีความต้องการทางจิตวิญญาณเพิ่มมากขึ้นโดยต้องการความรัก ความหวัง กำลังใจ (O'Brien, 1999) เมื่อหลังจากการทดลองผู้ป่วยได้เข้ารับการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว 4 ด้าน คือด้านความรักความเข้าใจ ความอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ด้านการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยใช้กระบวนการการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ซึ่งพัฒนามาจาก Illness Belief Model (Wright, 1996) มาดำเนินงานในโปรแกรม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้าใจบริบทและสัมพันธภาพในครอบครัว แยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ค้นหาและเปิดเผยความเชื่อของตนในการดูแลความเจ็บป่วย และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อและคงไว้ซึ่งความเชื่อความศรัทธา มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีความพึงพอใจในชีวิต เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ต้องการปฏิบัติตามความเชื่อในสิ่งที่ตนยึดเหนี่ยว เช่น สิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศาสนา ฯลฯ และการที่ได้ปฏิบัติตามความเชื่อ ศรัทธาในสิ่งที่ยึดเหนี่ยว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวัง และมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต อีกทั้งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยได้รับความมั่นใจว่าจะได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแลแบบแผนการดำเนินชีวิต ปลอบใจให้กำลังใจตลอดจนมีส่วนช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต เช่น การทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รัตนพันธ์ (2542) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณในโรงพยาบาลโดยรวมและรายด้าน และการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (2543) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติธรรม กับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณร้อยละ 52

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วย ได้รับโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพใน 4 ด้าน คือด้านความรักความเข้าใจ ความอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ด้านการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จึงมีผลทำให้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ควรจัดทำโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จะทำให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น

1.2 ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนำมาปฏิบัติ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม และนำไปสู่การตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพครอบครัวที่ดี แต่การนำไปใช้ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับงานที่ปฏิบัติอยู่เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงาน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารสามารถนำโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและวางแผนในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการให้โปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

3. ด้านการศึกษา

จัดให้มีการเรียนการสอนในการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วย โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนำมาศึกษาต่อไป

4. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University