

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กาญจนา กิ่งมะลิ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

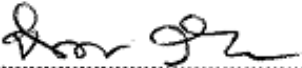
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

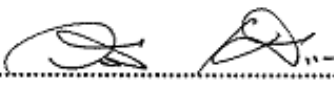
มกราคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

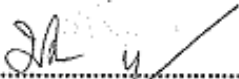
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ กาญจนา กิ่งมะลิ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

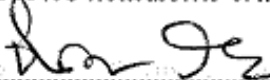
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

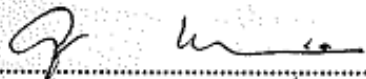

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิสระ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาคฐป)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียวอิสระ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุณี พงศ์จตุรวิทย์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 23 เดือน มกราคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา การเสนอแนะแนวทางที่ถูกต้อง การตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ กรรมการที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาดำเนินการและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตลอดจนคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากสถาบันต่าง ๆ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ขอบขอบคุณผู้ช่วยวิจัย ที่สละเวลามาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาครั้งนี้อย่างยิ่ง

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ขอบขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น เพื่อนร่วมงาน และผู้เป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือมาโดยตลอด

กาญจนา กิ่งมะลิ

54920264: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คำสำคัญ: ความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว/ สัมพันธภาพในครอบครัว/ การสนับสนุน

ทางสังคม/ การเผชิญปัญหาของครอบครัว/ ความผาสุกของครอบครัว/

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กาญจนา กิ่งมะลิ: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (FACTORS INFLUENCING FAMILY WELL-BEING AMONG FAMILIES EXPERIENCING STROKE PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D., วรฉนิ เดียววิเศษ, Ph.D. 90 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ความผาสุกของครอบครัว มีความสำคัญยิ่งสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลจากครอบครัว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 135 ราย ซึ่งเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว และแบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ .86, .75, .74, .85 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .247, p < .001$ และ $r = .384, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และการเผชิญปัญหาของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .218, F = 19.664, p < .001$)

ผลการศึกษาแนะนำให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพครอบครัวควรนำผลที่ได้นี้ไปใช้พัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลและการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัวมีความผาสุกเพิ่มมากขึ้น

54920264 : MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

KEY WORDS: ABILITY OF FAMILY CARGIVERS/ FAMILY RELATIONSHIP/ FAMILY SUPPORT/ FAMILY COPING/ FAMILY WELL-BEING/ STROKE PATIENT

KANCHANA KINGMALI: FACTORS INFLUENCING FAMILY WELL-BEING AMONG FAMILIES EXPERIENCING STROKE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: CHINTANA WACHARASIN, Ph.D., WANNEE DEOISRES, Ph.D. 90 P. 2018.

Family well-being is of great importance for a family with chronic illness, and stroke is a chronic illness that needs care from the family. The study aimed to examine factors influencing family well-being among a family member experiencing stroke. A purposive sampling was used to recruit a sample of 135 primary family caregivers for stroke patients, who brought the patient to receive follow-up treatment at an outpatient department, Nangrong hospital, Buri Ram province. Data were carried out from December, 2016 to May, 2017. Research instruments included a demographic questionnaire, the ability of family care giver questionnaire, the family relationship questionnaire, the social support questionnaire, the family coping questionnaire, and the family well-being questionnaire. Their reliability were .86, .75, .74, .85, and .74 respectively. Descriptive statistics, Pearson's correlation coefficients and standard multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results showed that ability of family caregivers in family with stroke patients and family coping had significant correlation with family well-being among a family member experiencing stroke ($r = .247, p < .001$ and $r = .384, p < .001$ respectively), However, family relationship and social support had not significantly correlated with family well-being among a family member experiencing stroke. Ability of family caregivers in family with stroke patients and family coping together significantly accounted for 21% in variance prediction of family well-being among families experiencing stroke patients (Adjusted $R^2 = .218, F = 19.664, p < .001$).

The findings suggest that nurses who are responsible for family health should utilize these results to develop activities to promote ability of care and coping of family caregivers among families with stroke or other chronic illness. Consequently, family well-being would increase.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
แนวคิดเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง.....	9
แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว	12
แนวคิดความผาสุกของครอบครัว.....	28
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง.....	28
3 วิธีดำเนินงานวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
คุณภาพเครื่องมือวิจัย.....	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	42
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	42
ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา.....	45
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจของครอบครัว ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	46
5 สรุป และอภิปรายผล.....	49
การอภิปรายผล	50
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้.....	53
บรรณานุกรม.....	54
ภาคผนวก	62
ภาคผนวก ก	63
ภาคผนวก ข	65
ภาคผนวก ค	70
ภาคผนวก ง.....	74
ประวัติย่อของผู้วิจัย	80

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	43
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	45
3	ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา.....	46
4	ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง	47
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ระหว่างตัวทำนายกับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ..	48

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2	Model of Family well-being.....	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็น โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ทั้งยังเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยโรคระบบประสาทที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลของประเทศพัฒนาแล้ว ปัจจุบันในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 500,000 คน ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตร้อยละ 30 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากครอบครัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตลอดชีวิต อีกร้อยละ 50 มีปัญหาด้านการพูดและการสื่อสารกับผู้อื่น มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่หายเป็นปกติ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ความพิการของผู้ป่วยแต่ละรายจะมีลักษณะอาการแตกต่างกันไปแต่ในกรณีหากผู้ป่วยมีอาการชา อ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แล้วดีขึ้นเองเป็นปกติ นั้น เป็นลักษณะอาการของ โรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว ซึ่งมักมีอาการหลังตื่นนอนหรือขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นและซึมลงในภายหลังได้ หากผู้ป่วยมีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองแตก ผู้ป่วยจะมีอาการไม่รู้สึกรู้ตัวหรือหมดสติทันที มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของร่างกายซีกซ้ายหรือขวาเพียงซีกใดซีกหนึ่งที่เรียกว่า อัมพฤกษ์ อัมพาต มีการสูญเสียการมองเห็น การพูดการเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและต้องพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีการทำหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นบกพร่องอีกด้วย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยพบว่า ร้อยละ 13 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับรุนแรง และร้อยละ 16 มีภาวะทุพพลภาพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 30-50 มีภาวะซึมเศร้า มักแสดงอาการหงุดหงิด เหนื่อย อ่อนเพลียมีความลำบากในการสื่อสารและขาดความมั่นใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากภาวะพึ่งพิงผู้อื่น (ถัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล, 2555) โดยพบว่าร้อยละ 70-80 ของผู้ดูแลนั้นเป็นสมาชิกของครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง (ปิติพร สิริทิพากร, 2555)

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลด้วย (อรอนงค์ กุลณรงค์ เพลินพิศ ฐานิวัตนานนท์ และลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2555) การที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Klinedinst et al.,

2009) นอกจากนี้การที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลต้องออกจากงาน สูญเสียรายได้ ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมถึงปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวด้วย การที่ครอบครัวได้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงแต่ส่งผลเสีย หากแต่ยังพบว่า ผลของการที่ครอบครัวได้ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึก มีความสุข ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีขึ้น ถือเป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ อีกทั้งยังทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม (ยุพาพิน ศิริ โปธิ์งาม, 2539) การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย ยังเป็น โอกาสที่สมาชิกใน ครอบครัวจะได้แสดงออกถึง ความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวยามทุกข์ยาก เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือกัน ให้ข้ามผ่านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวิศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2550)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวนี้ยังส่งผลทำให้เกิดปัญหาการเปลี่ยนแปลง บทบาทอย่างมากของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดที่เกิดจากการรับบทบาทเป็น ผู้ดูแล ซึ่งปัญหาที่มักจะเกิดขึ้น ได้แก่ วิถีชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป สัมพันธ์ภาพ ทางสังคมน้อยลง เกิดความขัดแย้งในบทบาท จากผลของการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการทำหน้าที่ ในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งพากัน (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550) เนื่องจากครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของสมาชิก ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัว ยังมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมาก ในการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว ทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และ การกลับเป็น โรคซ้ำ รวมถึงบำบัดฟื้นฟู ในช่วงระยะ 1-12 เดือนหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นช่วง การปรับเปลี่ยนของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วย เมื่ออยู่ที่บ้าน โดยปราศจากการดูแลของพยาบาล และทีมสุขภาพอย่างเช่นใน โรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นช่วงที่ครอบครัวต้องจัดการกับระบบภายในครอบครัว และแสวงหา วิธีการการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541)

การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงถือเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน ครอบครัวจำเป็นจะต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ในภาวะวิกฤติที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ของครอบครัว ส่งผลให้ความเครียดส่งผ่านเข้าสู่ระบบครอบครัว ส่งผลต่อความเป็นอยู่และสมดุล ของระบบครอบครัว หากครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤตินี้ได้

ย่อมส่งผลให้ความเครียดส่งผ่านเข้าสู่ระบบครอบครัว เกิดความเปราะบาง และคุณภาพความสุขของครอบครัว (Caldwell, 1988)

ความสุขของครอบครัวตามแนวคิดของ Caldwell (1988) เป็นกระบวนการดำเนินไปของชีวิตครอบครัวที่เป็นพลวัต มีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความสุข หากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้นก็หมายถึง มีความสุขของครอบครัวลดลง ความสุขของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และบุคคลปรารถนาให้เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล แต่หมายถึง ครอบครัวทั้งระบบ เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของสมาชิก ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีความรับผิดชอบที่จะสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ในอันที่จะรักษาและเพิ่มพูนความสุขของครอบครัวไว้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญของความสุขของครอบครัว ที่สามารถทำนายอัตราเสี่ยงของแนวโน้มหรือการเกิดความผิดปกติ รวมทั้งความเครียดที่คงอยู่ในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว การดำเนินบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และความเปราะบางของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีการเผชิญปัญหาที่ดี สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น โดยจะเป็นการรักษาและคงไว้ซึ่งความสุขของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเรียนรู้บทบาทผู้ดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การทำหน้าที่ของครอบครัว ประสิทธิภาพและความเชื่อ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ความพิการหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลด้วย (Grant et al., 2006) รวมถึงส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลอย่างเหมาะสม ครอบครัวจะไม่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม จะเป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Driscoll, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรินทร์ จรูญสิทธิ์ (2554) ที่พบว่า ความสามารถของครอบครัวในการปฏิบัติภาระการดูแลผู้ป่วยนั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพันห่วงใย เอื้ออาทร มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการจัดการ ของครอบครัวที่สมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความเชื่อว่า การดูแลเป็นภาระของสมาชิก ทุกคนที่ต้องช่วยกัน (จันทนา ชาญประโคน นงพิมล นิมิตรชานันท์ วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และสุพัฒนา คำสอน, 2551) และจากการศึกษาของ Garrison, Mansukbani, and Bobn (2013) พบว่า ผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือแต่งงานแล้ว มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยที่อยู่ เพียงลำพัง หรือ โสด อาจเนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี จะก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นใจ และความสาม สามัคีระหว่างสมาชิกในครอบครัว สำหรับการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกัน เพื่อจะได้ผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้นั้น จะส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ก่อให้เกิดความผาสุกของครอบครัวตามมา

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 54 (ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า, 2550) อีกทั้งยังเป็นปัจจัยที่ดีที่สุด ที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล (Grant, Elliott, Giger, & Bartolucci, 2001) การสนับสนุนทางสังคม แก้ปัญหา และการแสวงหาความช่วยเหลือ ยังเป็นหนึ่งใน วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (Cameron, Cheung, Streiner, Coyte, & Stewart, 2011)

สำหรับการเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัว ที่ร่วมกันแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ทั้งยังเป็นการประเมินและ ให้ความหมายต่อภาวะวิกฤตินั้นใหม่ เพื่อแก้ปัญหาให้ดีขึ้น ตลอดจนยอมรับเหตุการณ์ เพื่อให้ ผ่อนคลาย จึงสรุปได้ว่าการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ดีจะทำให้เกิดความผาสุกของครอบครัว จากการศึกษานี้ของ สาสิณี เทพสุวรรณ ณิชฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และศรีรินทร์ เกรย์ (2556) พบว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ดีจะทำให้ความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความพิการทางกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ ละกำป็น (2551) ที่พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของครอบครัวด้วย

จะเห็นได้ว่าการปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะเครียดในภาวะวิกฤติของครอบครัว จากสถานการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับปัจจัย แหล่งประ โยชน์ต่าง ๆ ของครอบครัว อันได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม เมื่อปัจจัย ดังกล่าวถูกสะสมและเปลี่ยนแปลงไป จะมีผลกระทบต่อความผาสุกของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ซึ่งผลของการศึกษาค้างนี้ จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการที่ต้องเผชิญกับความเครียด และช่วยให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ในระยะวิกฤติ ให้ลุล่วงไปได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว ในการที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว สามารถทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว (McCubbin, Thompson, & McCubbin, 1996) ร่วมกับแบบจำลองมโนคติความผาสุกของครอบครัว (Model of family well-being) ของ Caldwell (1988) และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว (McCubbin & Patterson, 1996) อธิบายว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิกฤติของครอบครัวในระยะก่อนและหลังภาวะวิกฤติ ได้แก่ ปัจจัย A B C และ X โดยแต่ละปัจจัยมีเกี่ยวข้องกันคือ ปัจจัย A (เหตุการณ์) มีปฏิสัมพันธ์กับ B (แหล่งประโยชน์ที่ช่วยผ่อนคลายภาวะวิกฤติ มีปฏิสัมพันธ์กับ C (การรับรู้และการให้ความหมายกับเหตุการณ์ A) ทำให้เกิด X (ภาวะวิกฤติ) หากครอบครัวไม่สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงได้ ส่งผลให้ความเครียดยังคงอยู่จะทำให้หลังภาวะวิกฤติมีปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ปัจจัย AA: สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทับถมมากขึ้น หากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข เหตุการณ์นั้นยังคงอยู่ เป็นการสะสมความเครียด ครอบครัวจึงต้องปรับตัวให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัจจัย BB: ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัว

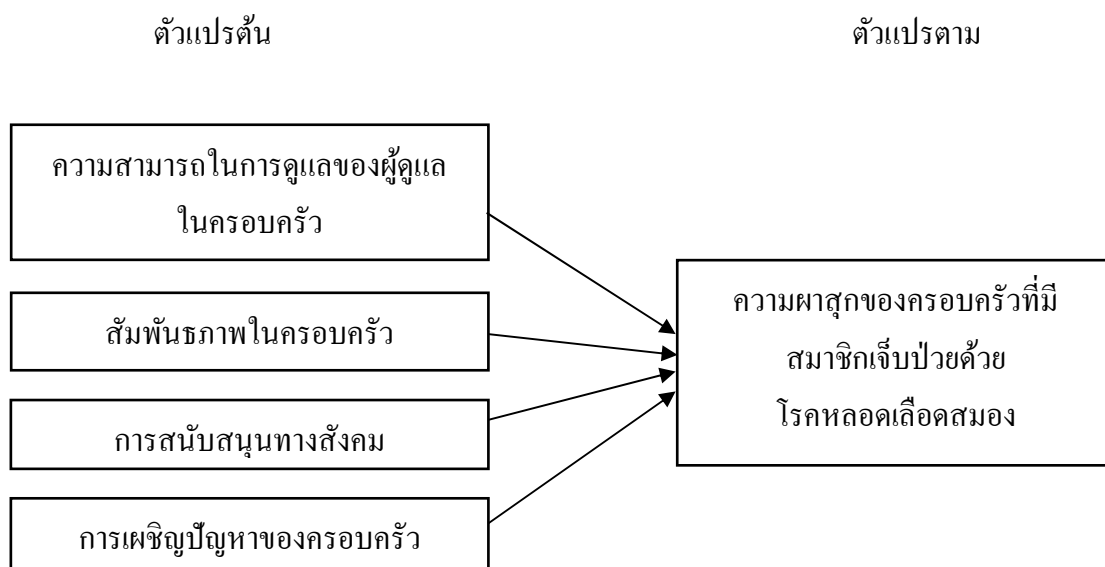
ที่นำมาใช้ในภาวะวิกฤติ ปัจจัย CC: ปัจจัยการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับทั้งเหตุการณ์และ วิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติขึ้น และการรับรู้ต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วว่าสิ่งที่เกิดขึ้นมีความหมายกับครอบครัวตนอย่างไร มีผลดี ผลเสียต่อสมาชิกครอบครัวอย่างไร และปัจจัย XX: ปัจจัยการปรับตัวของครอบครัวเป็นการที่ สมาชิกพยายามที่จะปรับไปสู่สมดุลใหม่ที่เหมาะสมหลังภาวะวิกฤต ซึ่งปัจจัยดังกล่าว สามารถ นำมาอธิบายกลไกการเกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวได้ การปรับตัวของครอบครัว จึงเป็น กระบวนการที่ครอบครัวพยายามที่จะรักษาความสมดุลของครอบครัว ซึ่งผลลัพธ์ของการปรับตัว ของครอบครัวที่เหมาะสม ก็คือความผาสุกในครอบครัวนั่นเอง

ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และบุคคลปรารถนาให้เกิดขึ้นในการดำรง ชีวิต ไม่เพียงแต่ผู้ป่วย หรือผู้ดูแล แต่หมายถึงครอบครัวทั้งระบบ ความผาสุกของครอบครัว ตามแนวคิดของ Caldwell (1988) เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินไปของชีวิต ซึ่งเกิดจากรับรู้ ของครอบครัวอันประกอบไปด้วย โครงสร้าง การดำเนินบทบาทหน้าที่ และความเปราะบางของ ครอบครัว ที่เป็นพลวัตและมีลักษณะต่อเนื่องระหว่างความเครียดกับความผาสุก เพราะครอบครัว เป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งจะส่งผ่าน ความเครียดเข้าสู่ระบบ (Caldwell, 1988) ในกรณีที่เหตุการณ์นั้น ๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดและจะคุกคามความผาสุกของครอบครัว ครอบครัวจะพยายามปรับตัวเพื่อที่จะรักษา และคงไว้ซึ่งความสมดุลระบบครอบครัว หากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้นก็หมายถึงมี ความผาสุกของครอบครัวลดลง ในทางกลับกันหากครอบครัวมีความเครียดในครอบครัวลดลง ก็หมายถึงมีความผาสุกของครอบครัวสูงขึ้น กล่าวคือ เมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มี สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อ ครอบครัว หากครอบครัวมีการรับรู้ต่อสถานการณ์อย่างเหมาะสม มีการสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งจากในครอบครัวและภายนอก มีความสามารถในการเผชิญปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม จะเป็นการช่วยรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ คือ ความผาสุกของครอบครัวต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่จะช่วยส่งเสริมให้ ครอบครัว สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น โดยจะเป็นการรักษาและ คงไว้ซึ่งความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยนี้ศึกษา เฉพาะปัจจัยสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ความพิการหรือความสูญเสียที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลด้วย (Grant et al., 2006) รวมถึงส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลอย่างเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะเป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Driscoll, 2000) ทำให้ความเครียดลดลง สามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ การปรับตัวต่อความเครียดและการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวนั้นจึงส่งผลต่อความผาสุกของครอบครัว นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพันห่วงใย เอื้ออาทร มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการจัดการของครอบครัวที่สมบูรณ์ เนื่องจากครอบครัวมีความเชื่อว่าการดูแลเป็นภาระของสมาชิกทุกคนที่ต้องช่วยกัน (จันทนา ชาญประ โคน และคณะ, 2551) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ทั้งยังต้องมีการประเมินและให้ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤต ตลอดจนยอมรับเหตุการณ์ หากครอบครัวมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี ช่วยเหลือกัน ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดการทับถมของความเครียดอย่างต่อเนื่องจนเกิดความเปราะบางของครอบครัว สามารถรักษาคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการดำเนินบทบาทของครอบครัวจะนำมาซึ่งผลลัพธ์ คือ ความผาสุกของครอบครัว

จากแนวคิดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่คาดว่ามอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว โดยสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว

สถานที่ทำการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงระยะ 1-12 เดือน หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล (Barthel index) (Harmony & Barthel, 1965 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-11 คะแนน

ตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงระยะ 1-12 เดือน มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีความช่วยเหลือในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-11 คะแนน

ความผาสุกของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินชีวิตครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของโครงสร้างครอบครัว การดำเนินบทบาทหน้าที่ และความเปราะบางของครอบครัว ประเมินด้วยแบบสอบถาม ความผาสุกของครอบครัวของ บุนหา ภูษะคราม (2533) ที่แปลมาจาก Family well-being Assessment ของ Caldwell (1988)

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ประเมินด้วยแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของ จารึก ธานีรัตน์ (2544)

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกหรือการกระทำที่แสดงถึงความรัก ความผูกพันทางอารมณ์ ความห่วงใย เอื้ออาทร การแสดงที่สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีต่อกัน ประเมินด้วยแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากครอบครัว และสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านบริการและวัตถุ โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (สินี กระจาลัย, 2547)

การเผชิญปัญหาของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่ร่วมกันแสวงหาแหล่งช่วยเหลือครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือกลวิธีการแสดงออกของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น ในด้านการประเมินและให้ความหมายตลอดจนยอมรับเหตุการณ์ที่ต่างไปจากสถานการณ์ทั่วไปตามปกติเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัวของ ชุติกร ทาทอง (2550)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว
3. แนวคิดความผาสุกของครอบครัว
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง

แนวคิดเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน ก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท จากสมองบางส่วน หรือสมองทั้งหมด ซึ่งสมองทำหน้าที่ในการควบคุมการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย จึงส่งผลให้เกิดความบกพร่องของร่างกายอย่างทันทีทันใด เช่น มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น (World Stroke Organization [WSO], 2014)

สถานการณ์ของ โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15-69 ปี ไม่เพียงแต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต แต่ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดภาวะโรคของประชากรไทย ในอันดับต้น ๆ อีกด้วย โดยเฉพาะคนไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสุขภาพทั้งในเพศชายและหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง และพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และในทุก 1 ชั่วโมง จะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้พัฒนาไปอย่างมาก ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดน้อยลงกว่าในอดีต ผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 มักจะเสียชีวิตด้วยโรคเส้นเลือดตีบหรืออุดตัน (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เนื่องด้วยผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาที่ช้าเกินไป หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามพยาธิสภาพของโรค ลักษณะความพิการของผู้ป่วยแต่ละราย จะมีอาการแตกต่างกันไป แต่ในกรณีของเส้นเลือดตีบหรืออุดตันจะมีลักษณะพิเศษ คือ ผู้ป่วยจะมีความพิการ ในซีกซ้ายหรือขวาเพียงซีกใดซีกหนึ่ง ความพิการที่พบเห็นบ่อย ได้แก่ ความพิการทางความรู้สึก เช่น แขนขาอ่อนแรง (อัมพาตครึ่งซีก) หรืออาการชาและความพิการ ด้านการพูด เช่น พูดไม่ชัดพูดไม่เป็นภาษา หรือเปล่งคำพูดไม่ได้ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะด้านต่าง ๆ เช่น การเคลื่อนไหวการมองเห็น การฟัง การพูด และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 60 จะเกิดความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวตลอดชีวิตตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง (บันทึกการฟื้นฟูอาการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคเส้นเลือดสมอง, 2554) จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อในระยะยาว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเส้นเลือดสมองตีบหรืออุดตัน มีโอกาสประมาณร้อยละ 2-3 ที่จะเกิดโรคเดิมซ้ำอีก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปี นับตั้งแต่ป่วยครั้งแรก (Klinedinst et al., 2009)

ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556) ได้แบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ประเภท ตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke)

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70-75 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ทำให้เซลล์สมองและเซลล์เนื้อเยื่ออื่น ๆ ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเกิดจากภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือด เช่น ไขมันและเกล็ดเลือดมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดหรือมีการสร้างชั้นของผนังหลอดเลือดที่ผิดปกติ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและเสียความยืดหยุ่น ทำให้มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดได้ นอกจากนี้ อาจเกิดจากลิ่มเลือดที่มาจากที่อื่น ๆ เช่น ลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือจากหลอดเลือดแดงคาโรติดที่คอหลุดลอยมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการชา อ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แล้วยืดขึ้นเองเป็นปกติ ซึ่งเป็นลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบชั่วคราว มักมีอาการหลังตื่นนอน หรือขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนแรงมากขึ้น และซึมลงในภายหลังได้

2. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบน้อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ แต่มีความรุนแรงมากกว่า พบโรคหลอดเลือดสมองแตกประมาณร้อยละ 25-30 โดยแบ่งได้เป็น

2 ชนิด คือ 1) เลือดออกในเนื้อสมอง (Intracerebral hemorrhage) ซึ่งจะพบลักษณะของลิ่มเลือดในเนื้อสมอง และ 2) เลือดออกใต้ช่องเยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid hemorrhage) ผู้ป่วยจะมีเนื้อสมองที่บวมขึ้น และกดเบียดเนื้อสมองส่วนอื่น ๆ และทำให้การทำงานของสมองที่ถูกเบียดเสียไป

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะที่ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่รู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาต หลังจากผ่าน 48 ชั่วโมงไปแล้วกล้ามเนื้อจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การดูแลรักษาเน้นที่การฟื้นฟูสภาพ เพื่อลดความพิการ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา การพูด ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลา 4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สมองทำหน้าที่ควบคุมสมรรถนะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหวของแขนขา การมองเห็น การพูด เป็นต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่า รอยโรคนั้นเกิดขึ้นบริเวณตำแหน่งใดของสมอง การบกพร่องบางอย่างอาจสามารถฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติได้ แต่อาการบางอย่างอาจจะทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการ ไปตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ระยะเวลาที่เริ่มได้รับการรักษา ระยะ เวลาที่เริ่มทำการบำบัดฟื้นฟู วิธีที่ทำการบำบัดฟื้นฟู และปัจจัยอื่น ๆ อีกมาก จึงพยากรณ์ได้ยากว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นฟูอาการบกพร่องต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใดอาการทั่วไปที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง มีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1. อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อข้างใดข้างหนึ่งอาจเป็นทั้งแขนและขา
 2. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น การนั่ง การยืน หรือเดินไม่ได้ แม้ว่ากล้ามเนื้อจะยังคงแข็งแรง
 3. ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสารผู้ป่วยบางรายไม่สามารถพูด และไม่สามารถเข้าใจภาษา ทั้งพูดและเขียน บางรายพูดไม่ได้ แต่ฟังรู้เรื่อง บางรายพูดลำบาก
 4. ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจอวัยวะข้างใดข้างหนึ่ง มักเกิดในผู้ป่วยที่อ่อนแรงข้างซ้าย
 5. มีอาการชา หรือปวดข้างใดข้างหนึ่ง
 6. มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความคิด และการเรียนรู้
 7. มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหาร
 8. มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
 9. ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่าย
 10. ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวนเช่น หัวเราะ หรือร้องไห้เสียงดัง
 11. อาการวิตกกังวลอาจพบได้ในระยะแรกของโรค เกิดจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร สาเหตุจากอะไร ต้องรักษาอย่างไร เสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเท่าไร รักษาหายหรือไม่ ซึ่งอาจแสดงออกมาทางร่างกาย คือ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมถดถอย เรียกร้องความสนใจ ต้องการให้ช่วยเหลือทั้ง ๆ ที่สามารถทำได้
 12. มีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เมื่อกิจกรรมทุกอย่าง ท้อแท้ อยากรตาย ผู้ป่วยมักคิดว่าตนเองไม่มีโอกาส ไม่มี的希望เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า
 13. พฤติกรรมต่อต้าน ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ จะปฏิเสธการดูแลจากคนอื่น ไม่ยอมให้ช่วยเหลือ ไม่ยอมรับประทานยา
 14. พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตัวเองไม่ได้ เอาแต่ใจ เมื่อไม่ได้รับการตอบสนองทันที เกิดความโกรธ และแสดงความก้าวร้าว
 15. พฤติกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลง เช่น มีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้นหรือลดลง การรักษา
- วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้นขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วเท่าใด ความพิการและอัตราการตายมีโอกาสน้อยลงมากเท่านั้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) หลักการรักษาประกอบด้วย

1. การรักษาทางยา สำหรับผู้ที่เป็ นโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด แพทย์จะให้ยาในกลุ่มยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเกร็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และจะต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับขนาดของยาตามแผนการรักษา

2. การรักษาโดยการผ่าตัดในบางราย โดยเฉพาะผู้ที่เป็ นหลอดเลือดสมองจากการมีเลือดออกในสมอง

3. การรักษาโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

4. การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู

การฟื้นฟูสภาพ

สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (บันทึกการฟื้นฟูการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคเส้นเลือดสมอง, 2554) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน คือ ระยะ 1-2 สัปดาห์ หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ควรทำการบำบัดฟื้นฟูให้กับผู้ป่วย ตั้งแต่ในระยะเฉียบพลันเพื่อกระตุ้นการฟื้นฟูให้เร็วขึ้น การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย Active และ Passive range of motion การเคลื่อนย้ายตัวเองและการฝึกเดิน ซึ่งการฝึกเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 1-3 เดือน หลังเกิดโรคเป็นระยะเวลาที่ได้ประโยชน์และได้ผลที่ดีที่สุด การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานได้มากที่สุด ป้องกันภาวะกล้ามเนื้อฝ่อลีบและข้อติดจากการไม่ได้ใช้งาน (Disuse syndrome) การระมัดระวังจนเกินไป และให้ผู้ป่วยพักผ่อนอยู่บนเตียงแต่เพียงอย่างเดียว จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วยจะเคลื่อนไหวตัวยากมากยิ่งขึ้น จะเป็นอุปสรรคในการบำบัดฟื้นฟูในระยะถัดไป อีกทั้งยังจะทำให้เกิดอาการติดเชื้ได้ง่ายในระยะยาว อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนใช้ชีวิตอยู่บนเตียงไปตลอดชีวิต

ดังนั้น ในช่วงแรกนักกายภาพบำบัดจะช่วยทำและฝึกสอนการทำกายภาพบำบัดเพื่อคลายอาการเกร็งของแขนขาและป้องกันข้อต่อติด หลังจากนั้นจะฝึกให้ผู้ป่วยเริ่มเคลื่อนไหวด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถทรงตัวในท่านั่ง เพื่อให้สามารถนั่งบนเตียงหรือบนเก้าอี้ได้ด้วยตนเองการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะลุกขึ้นนั่งบนเตียงถือเป็นเรื่องที่น่าทึ่งอย่างยิ่ง เพราะร่างกายยังอ่อนปวกเปียก ทรงตัวไม่อยู่และจะล้มไปทางซีกที่อ่อนแรงในช่วงแรกจึงต้องใช้เครื่องช่วยพยุงตัวและค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาในการฝึกนั่งให้นานยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นนั่งและนั่งทรงตัวได้แล้วจะเริ่มฝึกกิจกรรมบำบัดพื้นฐานที่จำเป็นในการใช้ชีวิตประจำวันต่อไป

2. ระยะฟื้นตัว คือ ระยะ 3-6 เดือน หลังจากมีอาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการของผู้ป่วยในช่วงนี้จะเริ่มทรงตัว และสามารถนั่งเป็นเวลานาน ๆ ได้จึงจะเริ่มทำการบำบัดฟื้นฟูที่อย่างเข้มข้นการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูจะเริ่มฝึกกิจกรรมบำบัดพื้นฐานให้กับผู้ป่วยต่อไป

3. ระยะทรงตัว คือ ระยะที่พ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้ว โดยทั่วไปผู้ป่วยแต่ละรายจะมีการฟื้นฟูที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรก ภายหลังจากที่ล้มป่วยใหม่ ๆ แต่ในทางตรงกันข้าม หากสมรรถนะใดไม่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติได้ในช่วงนี้ ก็มีโอกาสูงที่อาการบกพร่อง ความพิการนั้นจะเหลือติดตัวไปตลอดชีวิต จึงเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะต้องทำการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้สูญเสียสมรรถนะที่ฟื้นฟูมาได้แล้วนั้น ไปอีก เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับมา อยู่ที่บ้าน จึงยังต้องทำการบำบัดฟื้นฟูที่บ้านหรือที่สถานพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่อง ไปตลอดชีวิต เพื่อรักษาสมรรถภาพนั้น ๆ ให้คงอยู่ตลอดไป ดังนี้

3.1 การฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น หลักการฟื้นฟูอยู่ที่เน้นการลงน้ำหนักบนส่วนร่างกายทั้งสองด้านเท่า ๆ กัน พยายามฟื้นฟูสภาพส่วนที่เสียไปให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ มีความตื่นตัวของกล้ามเนื้อ ลักษณะท่าทาง และการเคลื่อนไหวอย่างปกติ การฟื้นฟูสภาพต้องกระทำไปพร้อม ๆ กับการกระตุ้นเสียง การสัมผัสร่างกาย การใช้สายตา เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความอยากเรียนรู้ซึ่งทำให้กระบวนการฟื้นฟูสำเร็จ

3.2 การสื่อสาร ผู้ดูแลควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ควรแสดงอารมณ์โกรธ หรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวมานาน ๆ ควรคอยสังเกตการณ์สื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย สำหรับหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคือใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน และพูดซ้ำ ถ้าไม่เข้าใจ ควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ผู้ป่วยตอบ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย

3.3 การกลืน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ลิ้นปากข้างอัมพาตจะชา สูญเสีย Gag reflex ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกการกลืนและการรับประทานอาหาร

3.4 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สถานะเศรษฐกิจ ที่แย่ง อาการที่แย่ง ผู้ป่วยบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับ

โรคและภาวะคุกคามของโรค ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมิน และการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับการช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้น และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการสื่อสารกับคนอื่น ๆ พร้อมทั้งได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพิ่มเติมตามความต้องการ

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลสุขภาพนั้น ไม่ใช่เป็นบทบาทของบุคลากรทางสาธารณสุขแต่เพียงเท่านั้น ครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างมากในทางสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของสมาชิกทั้งในภาวะสุขภาพปกติและภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ บทบาทของสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่พึงกระทำด้วยความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทรต่อกัน การดูแลสุขภาพนั้น ไม่ใช่ให้การดูแลเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเท่านั้น หากแต่ต้องดูแลทั้งในยามปกติสุขและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป้าหมายสำคัญของการดูแลสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงแต่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หากแต่ยังรวมไปถึงการส่งเสริม ป้องกัน พิสูจน์เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข หรือจนถึงที่สุดของชีวิตย่อมได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องรับผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการบกร่องหรือความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรู้คิด การสื่อสาร หรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง รวมไปถึงการทำหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จำเป็นจะต้องมีผู้ดูแล ซึ่งร้อยละ 70-80 ของผู้ดูแลนั้น เป็นสมาชิกของครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง (ปิติพร สิริทิพากร, 2555) ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นในการดูแล ช่วยเหลือ พิสูจน์ให้ผู้ป่วย สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเมื่อสิ้นสุดการรักษาจากโรงพยาบาลนั้นมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำกิจกรรมด้วยตนเองได้เร็วหรือใกล้เคียงปกติให้ได้มากที่สุดสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

ในช่วงระยะ 1-12 เดือน เป็นช่วงการปรับเปลี่ยนของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน โดยปราศจากการดูแลของพยาบาลและทีมสุขภาพอย่างเช่นในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เป็นช่วงที่ครอบครัวต้องจัดการกับระบบภายในครอบครัว และแสวงหาวิธีการการดูแลเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย (สุคติรี หิรัญชุนหะ, 2541) จึงถือได้ว่าช่วงนี้เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของครอบครัว ดังนั้น บุคลากรทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองนั้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพ และสามารถดำรงชีวิต อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัว มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวต่อไปสำหรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยนั้น ประกอบไปด้วย (สุทธิดา รัตนสมาน, 2542)

1. การดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น สำหรับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน มีดังต่อไปนี้

1.1 การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ผู้ป่วยควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2-3 มื้อ/วัน และได้รับน้ำเพียงพอประมาณ 8-10 แก้ว ขณะรับประทานอาหารผู้ป่วยอาจสำลักได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเริ่มทดสอบบริเฟล็กซ์ในการกลืนของผู้ป่วย โดยเริ่มจากบ้วนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครั้งละน้อย ๆ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนด้วยการบ้วนของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดี สำหรับผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้น การกลืนควรให้ผู้ปวยนั่งในท่าก้มหัวคางชิดอก จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝากล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ควรตัดอาหารคำเล็ก ๆ ในกรณี que ผู้ป่วยสามารถบ้วนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้อง รวมทั้งให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จแล้วควรให้ผู้ป่วยอยู่ในที่นั่งอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลัก กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายอาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออก หรือหลุด ผู้ป่วยควรได้รับอาหารวันละ 4-6 มื้อ หรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

1.2 การจับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มิมีปัญหาบีบปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะ

สำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึม หรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อย และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.3 การขับถ่ายอุจจาระผู้ป่วยควรได้รับการดูแลความสะดวกหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และได้รับการกระตุ้นในการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้องและมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ ควรหัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระโดยนั่งส้วมหรือกระโถนในเวลาเดียวกันทุกวัน แม้ว่าจะไม่ปวดเพื่อฝึกสุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้า เนื่องจากอาหารเช้า และการรับประทานอาหารที่มีกากประเภทผัก ผลไม้ จะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ 2-3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน หรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องให้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระหรืออาจจะล้างทุก 2-3 วัน และทุกครั้งผู้ป่วยต้องการขับถ่ายต้องรีบให้ถ่ายอุจจาระหรือพาไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ การขับถ่ายจะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้น คือ นั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายและเดินได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น และช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพอย่างแข็งขันแต่เนิ่น ๆ จะทำให้ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระอย่างปกติได้

1.4 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

1.5 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่ายสะดวก หลวม ๆ ใส่สบาย เสื้อผ้าต้องโปร่งไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นให้ช่วยตนเองให้มากที่สุดในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และแต่งกายอื่น ๆ เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวดซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม ควรสวมใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดี และถอดข้างที่ดีก่อน

1.6 การนอนหลับ ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนเป็นเวลาและควรได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมท่านอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น แสงสว่าง กลิ่น และควรได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้องเพื่อให้รู้สึกสุขสบาย มีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปล่อยมือสูงกว่าข้อศอก และให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวันเพื่อให้ผู้ป่วยตื่นในช่วงกลางวันและสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน ผู้ดูแลควรรหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

2. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้าน จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ และภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

2.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้ป่วยด้วยวิธีลาก เพราะผิวหนังจะเกิดการเสียดสี ทำให้เกิดการระคายเคืองและเป็นแผลนอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะโปรตีนเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหายของแผล

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและทางเดินหายใจ การดูแลคือสังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ และดูแลเพื่อลดการค้างค้ำของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น การพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จากการใส่สายสวนปัสสาวะ การค้างค้ำของปัสสาวะ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะและดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

2.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 ครั้ง ในการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่งตัวตรงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ฝึกการยืนขึ้นและนั่งลง

3. การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น หรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สูงสุดทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา ซึ่งการฟื้นฟูนั้นควรเริ่มตั้งแต่นั้นระยะเฉียบพลัน ในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องนอนพักอยู่บนเตียง ลำดับแรกจะเป็นการฝึก เพื่อจัดวางตำแหน่งของมือและเท้าในท่านอนให้

ถูกต้องและฝึกการพลิกตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยจะต้องเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยทุก ๆ 2 ชั่วโมง และใช้ผ้าห่ม หมอนหรือถุงทราย เพื่อรองมือหรือเท้า ซึ่งเป็นการจัดท่านอนของผู้ป่วย ให้ถูกต้องนอกจากนี้จะต้องช่วยขยับข้อต่อต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการกล้ามเนื้อหดเกร็ง และข้อต้อติด ให้กับผู้ป่วยด้วยซึ่งทั้งหมดนี้ถือเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในระยะเวลาที่ต้องนอนอยู่บนเตียงก่อนที่จะเริ่มทำการบำบัดฟื้นฟูอย่างจริงจังในระยะต่อไป

โรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาวต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งความคิด ความจำ สติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการ รู้คิด ไม่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้ (นิพนธ์ พงษ์วรินทร์, 2544) ผู้ป่วยต้องตก อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ซึ่งใช้เวลาในการฟื้นฟู ก่อนข้างนานจำเป็นต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อที่จะช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟู ลดความพิการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตาม ศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วยและครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมอง และก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีรายละเอียด (สถาบัน ประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อสมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื่องจากเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ หรือตัน อวัยวะที่สมองส่วนดังกล่าวควบคุมจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดอาการ อ่อนแรง หรือการรับรู้ความรู้สึกหยุดทำงาน เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง สมองส่วน ที่ขาดเลือดจะสูญเสียหน้าที่การทำงาน ซึ่งระยะเวลาของการสูญเสียและการฟื้นคืนสภาพนั้น ขึ้นอยู่กับว่าสมองขาดเลือดไปเลี้ยงนานเพียงใด และขึ้นอยู่กับว่าสมองส่วนใดที่เกิดพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มี หลอดเลือดสมองซีกซ้ายผิดปกติ (Brain's left hemisphere) ผู้ป่วยจะเกิดอัมพาต หรือมีแขนขาซีก ขวาอ่อนแรง มีความผิดปกติของการพูด พูดไม่ได้ (Aphasia) หรือพูดไม่ชัด (Dysarthria) อ่านและ เขียนไม่ได้ มีปัญหาเกี่ยวกับสติปัญญาและมีความจำในระยะสั้น ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดซีกขวา ผิดปกติ (Brain's right hemisphere) ผู้ป่วยจะเกิดอัมพาต หรือมีแขนขาซีกซ้าย อ่อนแรง มีความพร่องในการกระระยะ รวมทั้งด้านความจำ พฤติกรรม อารมณ์ การรับรู้ตำแหน่งของร่างกาย และความสนใจ ความผิดปกติที่เกิดกับผู้ป่วยทำให้มีการสูญเสียการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก สูญเสียอำนาจการควบคุมตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถดูแลตนเอง และไม่สามารถปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันได้ (ภรภัทร อัมโธฐ, 2550) การสูญเสียสมรรถภาพมี 2 รูปแบบ ได้แก่ การอ่อนแรงแบบถาวร ไม่มีการฟื้นตัว แต่อาจมีอาการเกร็งร่วมด้วย (อัมพาต) และการอ่อนแรงชั่วคราว มีการฟื้นตัวบางส่วน (อัมพฤกษ์) ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวรวมทั้งความคิด ความจำ สติปัญญา ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการรู้จัก หรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ข้อจำกัดด้านร่างกายเป็นปัญหาโดยตรง ที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในวัยสูงอายุและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยจะต้องอาศัยทั้งกำลังกายและสติปัญญา หากผู้ดูแลมีสุขภาพไม่แข็งแรงเมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแล ซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้จะทำให้สุขภาพทรุดโทรมลง (สุคติรี หิรัญชอุณหะ, 2541)

นอกจากนี้ผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อย ๆ เช่น ปวดหลัง ปวดเมื่อยตามตัวร่างกาย อันเนื่องมาจากการยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยวิธีที่ไม่ถูกต้องและเกินกำลังตัวเอง นอกจากนี้ปัญหาการปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุจากภาวะเครียดที่จะสื่อให้ทราบว่า 1) ภาระที่ผู้ดูแลรับไว้หนักขึ้นเรื่อยๆ 2) อ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากผู้ดูแล ไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ และยังทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย 3) มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือ ภรรยา และสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ และมักมีโรคประจำตัว ด้วยภาระที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบปะแพทย์ตามนัด รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา โรคประจำตัวที่เป็นกำเริบมากขึ้น และอาจมีสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนี้ เนื่องจากมีผลต่อสภาพร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย จึงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสภาพร่างกายของตนเองและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการสื่อสาร การสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้รู้สึกอาย ไม่กล้าพบปะผู้คน วิตกกังวลต่อความผิดปกติของร่างกาย มีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกเป็นภาระ ไร้คุณค่า ท้อแท้สิ้นหวังในการมีชีวิตอยู่ (วรลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550) ผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีพฤติกรรมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานบุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัว นอกจากนี้ลักษณะและความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ และเข้าใจ

อาการที่เกิดขึ้นเช่นกัน บางคนอาจเกิดการสูญเสีย ระบบการควบคุมต่าง ๆ สูญเสียความจำ การรู้คิด และการปรับตัว ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและ ความเป็นตัวของตัวเอง เกิดภาวะซึมเศร้า มีอาการของ การถอยหนีจากสังคม เช่น แยกตัวเอง แสดงอารมณ์หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว (ภรภัทร อิม โอสฐ, 2550)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแล เกิดอารมณ์ ความรู้สึกของการสูญเสียของที่ตนรักไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจำผู้ดูแล ไม่ได้ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิด อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ รู้สึกไม่มีแรง บางครั้งผู้ดูแล เกิดความรู้สึกผิด เนื่องจาก อาจจะไม่พอใจกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลทำกิจกรรมต่าง ๆ แล้วมักจะ รู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง รวมทั้งผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตนเอง หรือโกรธ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล หรือ โกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การพยาบาลการรักษา ผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม บางครั้งผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้ ผู้ดูแลเกิดความอับอาย หรือในบางครั้งผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

3. ด้านครอบครัว การที่บุคคลรับเอาบทบาทใหม่เข้ามาในชีวิตตนเอง เมื่อเกิด การเจ็บป่วยบุคคลจะต้องตอบสนอง โดยการเรียนรู้บทบาทใหม่และรับเข้ามาเป็นบทบาทหนึ่ง ของตนเอง คือบทบาทผู้ป่วย ความบกพร่องของผู้ป่วยเป็นสิ่งสะท้อนถึงภาวะพึ่งพา และการทำให้ การทำงาน การแสดงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด สมองซึ่งเป็น โรคเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือทำงานหารายได้ได้อีกทั้งผู้ป่วยยัง ต้องการการดูแลรักษาและใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการแสวงหา การดูแลรักษา ในการที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจฐานะของคนในครอบครัวในทางบวก พบว่า การเจ็บป่วยนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว เป็นโอกาสที่จะได้แสดงออกถึงความรักความห่วงใย การเอาใจใส่ดูแลของสมาชิกในครอบครัว ยามทุกข์ยาก เพื่อช่วยเหลือกันให้ก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวนี้ (วรลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550)

การเจ็บป่วยนี้ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วย หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนิน ชีวิตของผู้ดูแลและการดำเนินบทบาทครอบครัว อาจทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอขาดการออกกำลังกาย และมีความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยวเนื่องจากถูกจำกัดทางสังคม (Brown, 1991) ผลกระทบ ต่อบทบาทหน้าที่ ผู้ให้การดูแลส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากเดิม เช่น ภรรยาที่เป็น

ผู้ให้การดูแลจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำครอบครัวแทนสามีที่เจ็บป่วย ซึ่งหน้าที่และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการแสดงบทบาท โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแล ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน ไม่สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคามและอาจใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไปพบปะเพื่อนฝูง ขาดการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว สังคม เสมือนถูกตัดขาด รู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม รู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความเครียด รู้สึกเป็นภาระในการแบกรับบทบาทผู้ดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแล บางรายอดทนไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวได้ง่าย สูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายในการดูแล ท้อแท้หมดกำลังใจ บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (จินตนา สมนึก, 2540) จากการศึกษาของ Chow, Wong & Poon (2007) พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยที่ลดลง ส่งผลให้ครอบครัวต้อง มีการดูแลสนับสนุนในระยะยาว ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีระดับความวิตกกังวลสูง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยยังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย

แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Kramer (1997 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2544) พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการดูแล เนื่องจากความต้องการที่จะให้การดูแลการได้รับรางวัลความเพลิดเพลิน ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น ทำให้เบิกบานใจ และแม้ว่าการดูแลจะก่อให้เกิดปัญหาหลายประการดังที่ได้กล่าวข้างต้น ผู้ดูแลยังได้โอกาสในการให้บทเรียนสอน ตนเอง ได้เห็นความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานถือเป็นประสบการณ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ได้บทเรียนสอนคนอื่น จากการได้ทราบเกี่ยวกับโรคและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ช่วยเหลือกัน ตลอดจนได้ทำหลาย ๆ สิ่งที่ไม่ได้ทำมาก่อน ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ศึกษาพบว่า ผลกระทบทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกว่าการดูแลทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเอง

เป็นที่ต้องการและได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้างในสังคม ซึ่งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับ เหตุผลในการเข้ารับบทบาทดูแลของญาติผู้ดูแล ระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ เสาวภา พราวตะคุ (2550) ซึ่งพบว่า ความรักและความผูกพัน ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากมีเวลาใกล้ชิดกันมากขึ้น และผู้ป่วยก็ให้ความรักแก่ตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมอีกด้วย (วารลักษ์ณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550)

4. ด้านสังคม เศรษฐกิจการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น ตามสภาวะการดำเนินของโรค ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ให้การดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงเป็นอุปสรรคอย่างยิ่ง ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยจากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน มีผู้ดูแลบางรายที่อาจต้องปรับลักษณะการทำงานของตน ให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น เปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย ต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาส่งผลให้มีรายได้ลดลงถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะงานหรือต้องลาออกจากงาน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแล้วย่อมมีการสูญเสียรายได้เกิดขึ้นและบางรายอาจเป็นหนี้สินเพิ่มขึ้นอีก จนส่งผลให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (Family conflict) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเอง และอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย หากแต่การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยหลังสิ้นสุดการรักษาในโรงพยาบาล ถือได้ว่าเป็นระยะที่ครอบครัวกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ต้องจัดการการดูแล ยังต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งบทบาทหน้าที่ การดำเนินชีวิต และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งการความสมดุลของระบบครอบครัว อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดและภาวะวิกฤติของบุคคลและครอบครัวนั้น เริ่มต้นจาก Hill (1949 อ้างถึงใน รุจา ภูโพนบูลย์, 2537) ซึ่งเป็นนักวิจัยที่พัฒนาแบบจำลอง ABCX ขึ้นมา โดยเป็นผลจากการศึกษาครอบครัวที่อยู่ในภาวะวิกฤติระหว่างที่ถูกแยกจากกันในช่วง สงครามเวียดนาม และทฤษฎี ABCX ของ Hill ซึ่งได้อธิบายปัจจัย 4 ประการ ที่มีผลต่อภาวะวิกฤติ ได้แก่ ปัจจัย A B C และ X โดยแต่ละปัจจัยจะเกี่ยวข้องกัน คือ ปัจจัย A (เหตุการณ์) มีปฏิสัมพันธ์ กับ B (แหล่งประ โยชน์ที่ช่วยผ่อนคลาภาวะวิกฤติ มีปฏิสัมพันธ์กับ C (การรับรู้และการให้ ความหมายกับเหตุการณ์ A) ทำให้เกิด X (ภาวะวิกฤติ) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นปัจจัยภายนอก เช่น บริบทภายในของครอบครัว และบริบทภายนอกครอบครัวมีผลกับกลไกการปรับตัวต่อ ภาวะวิกฤติของครอบครัว โดยบริบทภายในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว ด้านร่างกาย และด้านจิตใจของสมาชิก บริบทภายนอกครอบครัว ได้แก่ บริบททางด้านพันธุกรรม ระดับ พัฒนาการ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ ที่เป็นบริบทที่มีผลกระทบต่อ การเผชิญปัญหาของครอบครัวในภาวะวิกฤติ ทฤษฎี ABCX ได้ถูกพัฒนาต่อ (McCubbin & Patterson, 1983 อ้างถึงใน รุจา ภูโพนบูลย์, 2537) จนกลายเป็นทฤษฎี Double ABCX model ซึ่งอธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิกฤติของครอบครัวในระยะก่อนและหลังภาวะ วิกฤติ ดังนี้

1. ปัจจัย AA: สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาที่บวมมากขึ้น เมื่อครอบครัว เจอปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาแล้ว หากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข เหตุการณ์นั้น ยังคงอยู่ เป็นการสะสมปัญหาไว้ รวมทั้งครอบครัวต้องปรับตัวให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือ กับปัญหา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกลายเป็นเหตุการณ์หรือสาเหตุของความเครียดในครอบครัว เพิ่มขึ้นอีก จนทำให้ครอบครัวหลังภาวะวิกฤติแรกมีการรับมือปัญหาเพิ่มมากขึ้น จนอาจทำให้เกิด ภาวะตึงเครียดและอ่อนล้า และทำให้คงอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะวิกฤติต่อไป

2. ปัจจัย BB: ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัวที่นำมาใช้ในภาวะวิกฤตินั้น อาจหมดไปในภาวะหลังวิกฤติ หรืออาจไม่เพียงพอกับความต้องการ ควรมีการแหล่งประโยชน์ เพิ่มเติมอย่างเพียงพอ แหล่งประโยชน์ที่ถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความแข็งแกร่งของครอบครัว ที่จะร่วมกันช่วยเหลือกัน ฟังตนเอง มีความภาคภูมิใจในครอบครัวตน สมานสามัคคีระหว่างสมาชิก ส่วนแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ จากสังคมและเพื่อนบ้านก็ถูกนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน

3. ปัจจัย CC: ปัจจัยการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับทั้งเหตุการณ์และวิกฤติการณ์ที่ เกิดขึ้นการรับรู้ของครอบครัวมี 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ภาวะวิกฤติขึ้น และการรับรู้ต่อวิกฤติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นทั้ง 2 ประการ มีความหมาย

กับครอบครัวตนเองอย่างไร มีผลดีผลเสียต่อสมาชิกครอบครัวอย่างไร การรับรู้ของครอบครัวในระยะหลังวิกฤตินี้ ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนา ที่จะทำให้มองเหตุการณ์และวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นว่าทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้างอาจรู้สึกขมขื่น ได้รับความทุกข์จากวิกฤตการณ์ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวแน่นแฟ้นมากขึ้น รู้สึกว่าครอบครัวตนมีความไว้วางใจกันมากขึ้น มีความสมัครสมานสามัคคีกันมากขึ้น

4. ปัจจัย XX: ปัจจัยการปรับตัวของครอบครัวเป็นการที่สมาชิกพยายามที่จะปรับเปลี่ยนไปสู่สมดุลใหม่ที่เหมาะสมหลังภาวะวิกฤติ ซึ่งการปรับตัวหลังระยะวิกฤติแตกต่างกับการปรับตัวในระยะวิกฤติ เนื่องจากสาเหตุของความเครียดในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป แหล่งประโยชน์จึงมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน รวมทั้งมุมมองของครอบครัวต่อเหตุการณ์ในระยะหลังวิกฤติเปลี่ยนแปลงไป ขึ้นอยู่กับว่าครอบครัวได้รับความยากลำบากจากเหตุการณ์ที่ผ่านมามากน้อยอย่างไร และได้แก้ไขปัญหามาอย่างไร ซึ่งการปรับตัวของครอบครัวในระยะหลังวิกฤติเป็นการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลระยะยาวระหว่างครอบครัวและสังคม ให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมต่อไปได้ด้วยดี

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย ABCX ในระยะวิกฤติ และปัจจัย AA BB CC และ XX ในระยะหลังวิกฤติ ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของปัญหา เมื่อปัจจัยทั้งสามถูกสะสมและเปลี่ยนแปลงไปในระยะหลังวิกฤติ จะมีผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง โดยที่ครอบครัวพยายามปรับตัวในระยะหลังวิกฤติ ให้ออกมาพ้นจากวงจรภาวะวิกฤติ ถ้าปรับตัวรักษาสมดุลไม่ได้ก็จะคงอยู่ในภาวะวิกฤติ เมื่อครอบครัวมีความเปราะบาง อาจนำมาซึ่งความแตกแยกหรือเกิดการล่มสลายในที่สุด

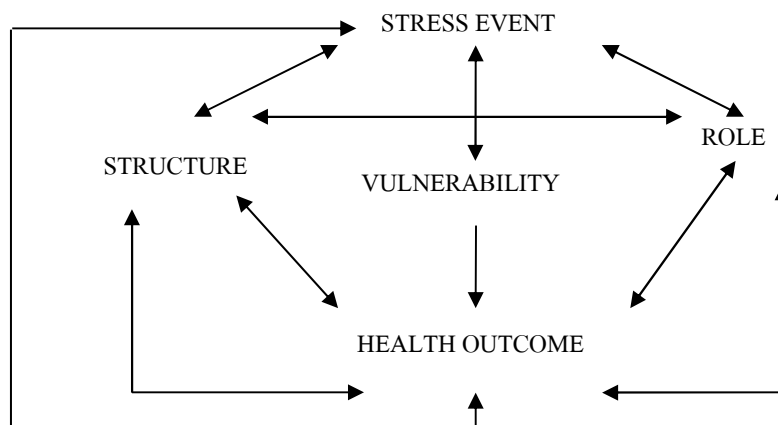
สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็น การเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่ได้คาดการณ์ไว้นั้น ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความพิการหลงเหลืออยู่ หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ซึ่งต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของครอบครัว หากครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดคิดนี้ได้ ย่อมส่งผลให้ความเครียดส่งผ่านเข้าสู่ระบบครอบครัว เกิดความเปราะบาง อีกทั้งการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาวที่บ้านเมื่อสิ้นสุดการรักษาจากโรงพยาบาล ถือได้ว่าเป็นระยะที่ครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในระยะหลังวิกฤติ เป็นช่วงที่ครอบครัวจะต้องจัดการการดูแลผู้ป่วยและระบบครอบครัว การปรับตัวในหลังระยะวิกฤตินั้น แตกต่างกับการปรับตัวในระยะวิกฤติช่วงแรกที่เกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวใหม่ ๆ เนื่องจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ตามระยะเวลา สาเหตุของความเครียดในครอบครัวจึงเปลี่ยนแปลงไป รวมไปถึงแหล่งประโยชน์ของครอบครัวซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

นอกจากนี้มุมมองของครอบครัวต่อสถานการณ์หลังระยะวิกฤติ ในภาวะที่ครอบครัวได้รับความยากลำบากจากภาวะวิกฤติอันเกิดจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวมาแล้ว และได้ผ่านกระบวนการในการเผชิญปัญหา ความพยายามในการปรับตัวของครอบครัวมาระยะหนึ่ง ดังนั้น การปรับตัวของครอบครัวหลังระยะวิกฤติ จึงเป็นการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลระยะยาวระหว่างครอบครัวและสังคม อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความผาสุกของครอบครัว ตามแบบจำลองมโนคติความผาสุกของครอบครัว (Model of Family well - being) ของ Caldwell (1988) ซึ่งเชื่อว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและประสบการณ์ของสมาชิกแต่ละคน ครอบครัวมีความรับผิดชอบที่จะสร้างและดำรงรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม อารมณ์ และจิตใจ ในอันที่จะรักษาไว้และเพิ่มพูนความผาสุกของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งจะส่งผ่านความเครียดเข้าสู่ระบบในกรณีที่เกิดเหตุการณ์นั้น ๆ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและจะคุกคามความผาสุกของครอบครัว โดยทำให้ระบบครอบครัวสูญเสียดุลยภาพ กล่าวคือ หากมีความเครียดในครอบครัวสูงขึ้นก็หมายถึงมีความผาสุกของครอบครัวลดลง ในทางกลับกันหากมีความเครียดในครอบครัวลดลง ก็หมายถึงมีความผาสุกของครอบครัวสูงขึ้น (Caldwell, 1988) ความผาสุกของครอบครัวเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการที่ครอบครัวพยายามปรับตัวต่อสถานการณ์เพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัวซึ่งความผาสุกของครอบครัวเป็นการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ที่มีลักษณะต่อเนื่องเป็นพลวัตรและมีหลายมิติ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Model of Family well-being (Caldwell, 1988)

Caldwell (1988) ได้อธิบายองค์ประกอบต่าง ๆ ในแบบจำลองความผาสุก ซึ่งมี 3 องค์ประกอบดังนี้

1. โครงสร้างครอบครัว (Family structure) มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่าเป็นการพัฒนาจากการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกได้แสดงออกอย่างอิสระ มีเหตุผล มีความชัดเจน และได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการเผชิญกับปัญหาหรือภาวะเครียด สามารถแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยให้ความผาสุกของครอบครัว อีกทั้งเป็นการช่วยสนับสนุนการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะเครียดของชีวิตครอบครัว ความผาสุกด้าน โครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1 ภาวะเครียดภายในครอบครัว (Family stress) เป็นการรับรู้ถึงความอ่อนล้า ความคับข้องใจ ความตึงเครียดที่มีในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันไม่ชัดเจน จนกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ถ้าเกิดอย่างสม่ำเสมอจะเกิดการแบ่งแยกในครอบครัว

1.2 ความพึงพอใจในครอบครัว (Family satisfaction) เป็นความพึงพอใจ ความสุขของครอบครัวโดยรวม ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์

1.3 การสนับสนุนภายในครอบครัว (Family support) เป็นการทำให้สมาชิกในครอบครัวเชื่อว่าตนได้รับการเอาใจใส่ ได้รับความรัก และได้รับคุณค่าแรงสนับสนุนภายในครอบครัวจะช่วยปกป้องคุ้มครองบุคคลในภาวะวิกฤติจากภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพระยะยาว

1.4 ความผูกพันกลมเกลียวภายในครอบครัว (Family cohesion) ความรู้สึกผูกพันซึ่งสมาชิกครอบครัวมีต่อบุคคลในครอบครัวและความมีอิสระในตนเองเป็นความสมดุลระหว่างการแยกจากและการอยู่ร่วมกัน ครอบครัวที่มีสุขภาพดีจะรับรู้ถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวจะลดความไวต่อการรับความเครียด แต่ขณะเดียวกัน ความเครียดก็อาจเพิ่มกับสมาชิกที่พยายามจะเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของครอบครัว

1.5 การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptation) เป็นความสามารถของครอบครัว ในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอำนาจ เป็นความเกี่ยวพันของบทบาทหน้าที่ กฎเกณฑ์ในการ ตอบสนองต่อสถานการณ์ และการขยายตัวของภาวะเครียด ความสามารถในการปรับตัวขึ้นกับ ระดับความเข้มงวด โครงสร้างความยืดหยุ่นหรือความลึบสนยุ่งเหยิง เชื่อว่าในขณะที่ภาวะเครียด เพิ่มมากขึ้น ครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นในการปรับเปลี่ยน โครงสร้างจะมีสุขภาพที่ดี ความผาสุก ของครอบครัวจึงขึ้นอยู่กับความสามารถครอบครัวที่ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และการปรับตัวต่อระยะต่าง ๆ ในวงจรชีวิตครอบครัว เช่น การเกิด การเจ็บป่วย และการตาย เป็นต้น

2. การดำเนินบทบาทในครอบครัว (Family function and role) บทบาทเป็นแบบแผน หรือเป้าหมายโดยตรง หรือเป็นลำดับของการกระทำ ถูกหล่อหลอมโดยกระบวนการทางวัฒนธรรม โดยผ่านทางบุคคลในครอบครัวหรือสังคม บทบาทในครอบครัวตามแนวคิดของ Caldwell เป็น พฤติกรรมของบุคคลและความคาดหวังที่สมาชิกในครอบครัวมีการดำเนินบทบาทครอบครัวเป็น หัวใจสำคัญในการนำไปสู่ความผาสุกหรือความเครียดในระบบครอบครัว การดำเนินบทบาท ประกอบด้วย

2.1 ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (Role conflict) เกิดขึ้นเมื่อมีความคิดเห็นขัดแย้ง กับบทบาท หรือบทบาทนั้นไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ความขัดแย้งนี้จะสกัดกั้นหรือขัดขวาง ความพยายามของสมาชิกในครอบครัวที่จะเผชิญปัญหา หรือการกระทำใด ๆ ให้บรรลุตาม เป้าหมายของครอบครัว

2.2 บทบาทมากเกินไป (Role overload) เป็นความขัดแย้งระหว่างกฎเกณฑ์และ แนวทางที่บุคคลจะไปถึง ซึ่งเป็นความต้องการที่มากมายหลากหลายแตกต่างกันออกไป

2.3 ความสงสัยคลุมเครือในบทบาท (Role ambiguity) เกิดเมื่อสมาชิกในครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทไม่เพียงพอหรือบทบาทที่ครอบครัวคาดหวังในตัวสมาชิกนั้นไม่ชัดเจน

2.4 บทบาทที่ไม่มีส่วนร่วม (Role nonparticipation) การมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วน ร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เมื่อใดที่สมาชิก ครอบครัวยุติกันรับผิดชอบและเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกต่อการเผชิญปัญหาจะทำให้การ เผชิญความเครียดในครอบครัวเป็นไปได้ด้วยดี

2.5 การเตรียมความพร้อมในบทบาท (Role preparedness) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ เหตุการณ์ที่ผ่านมาเป็นประสบการณ์และการเรียนรู้ของครอบครัวในการช่วยเหลือกันในการเตรียม ความพร้อมต่อบทบาทใหม่

3. ความเปราะบางของครอบครัว (family vulnerability) สภาพหรือสภาวะที่เป็นข้อบกพร่อง หรือไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจเป็นจุดเปราะบาง จุดอ่อน หรือช่องโหว่ให้เกิดอันตราย การประเมินความผาสุกด้านความเปราะบางของครอบครัว ประกอบด้วย

3.1 อาการทางกายซึ่งสัมพันธ์กับจิตใจ (Psychosomatic symptoms) อาการที่ตอบสนองต่อภาวะเครียดที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ภาวะอาหารปั่นป่วน เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพยาธิสภาพเหล่านี้ อาจถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และอาจก้าวไปสู่การตอบสนองต่อภาวะเครียดในครอบครัว

3.2 ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นความรู้สึกมีความสุข บรรลุตามความคาดหวัง หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้

ดังนั้น ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการดำเนินไปของชีวิตครอบครัว ในด้านโครงสร้าง การดำเนินบทบาทหน้าที่ และความเปราะบางของครอบครัว ที่มีลักษณะต่อเนื่องเป็นพลวัตร เพื่อที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งความสมดุลของครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัวที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว กระทบต่อบทบาทหน้าที่ วิธีการดำเนินชีวิต และปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ถ้าครอบครัวไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของครอบครัว หรือไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ ย่อมส่งผลกระทบต่อความผาสุกของครอบครัว อาจทำให้ครอบครัวมีความเปราะบางหรือแตกแยกได้ แต่หากครอบครัวมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สนับสนุนช่วยเหลือกันในการเผชิญปัญหา สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กำจัดความเครียดหรือความเปราะบางในครอบครัว เพื่อที่จะรักษาและคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การดำเนินบทบาทหน้าที่ ให้คงความสมดุลของครอบครัวแล้ว จะนำมาซึ่งผลลัพธ์คือ ความผาสุกของครอบครัวต่อไป

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย

โรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยหลายประการที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัว ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดความผาสุกของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัย ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญปัญหาของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหัน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองที่เปลี่ยนแปลงไป อาจมีความพิการ ทำให้ครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นที่สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในด้านการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้การฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ลดภาระในการดูแล ไม่เกิดความเครียด ซึ่งหากครอบครัวสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือจัดการกับความเครียดที่คงอยู่ในครอบครัว สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์หรือรับรู้ว่าเป็นภาระการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นไปอย่างปกติสุข ในการที่จะช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่คุกคามความผาสุกของครอบครัวได้นั้นถือได้ว่าเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพมีบทบาทอย่างมาก ในการที่จะส่งเสริมความผาสุกของครอบครัวถ้าหากผู้ดูแลไม่ได้รับคำแนะนำก่อนการจำหน่าย จะก่อให้เกิดความเครียด มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (สุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) ทั้งยังคุกคามต่อความเป็นอยู่ ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตแก่ครอบครัว ส่งผลต่อความสมดุลของครอบครัว ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม จะเป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Driscoll, 2000) นอกจากนี้ อรินทร์ จรุงสุทธิ (2554) ยังพบว่าความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับบริการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ให้คงไว้ซึ่งการดำเนินไปของชีวิตครอบครัวอย่างปกติสุข จะนำมาซึ่งผลลัพธ์ คือ ความผาสุกของครอบครัวต่อไป

สรุปได้ว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวจะมีการแสดงออกถึงความรัก ความผูกพันห่วงใย เอื้ออาทร มีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการจัดการของครอบครัวที่สมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวมีความเชื่อว่าการดูแลเป็นภาระของสมาชิกทุกคนที่ต้องช่วยกัน หากครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกันสมาชิกจะมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงต้องรับภาระในการจัดการดูแลเพียงลำพัง เนื่องจากสมาชิก

เชื่อว่าเป็นภาระของผู้ดูแลหลักเป็นส่วนใหญ่ (จันทนา ชาญประ โคน และคณะ, 2551) จากการศึกษาของ ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณิ ป้องเรือ และกุลสตรี วรธนะไพสิฐ (2554) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัว ของสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด เนื่องจาก สัมพันธภาพมีพื้นฐานของความเข้าใจที่ดีระหว่างกัน เต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุข มีความเชื่อมั่น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการพูดคุยติดต่อสื่อสารกัน ตลอดจนมีการยอมรับในคุณค่า และเคารพในศักดิ์ศรีของกันและกัน สัมพันธภาพที่ดี จะก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นใจ และความสมานสามัคคีระหว่างสมาชิก ในการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมและช่วยเหลือกันเพื่อจะได้ผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้นั้น จะส่งผลให้ครอบครัวมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ก่อให้เกิดความผาสุกของครอบครัว

สรุปได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนทางสังคม

การที่สมาชิกในครอบครัวให้การช่วยเหลือกัน รวมถึงการที่ครอบครัวได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ เช่น ทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน และสังคมทั้งในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ/ ยกย่องการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเงินทองสิ่งของหรือการให้บริการ จะช่วยให้ครอบครัวจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งยังช่วยลดความตึงเครียดในครอบครัว ส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ และจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด หรือความเปราะบางของครอบครัว ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละครอบครัว อันจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวต่อไป จากการศึกษาของ Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakopoulos, and Stamatelopoulos (2000) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้าน การทำหน้าที่ บทบาททางสังคม และภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ดีที่สุด ที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล (Grant et al., 2001) การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นส่วนประกอบหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและนำไปสู่การปรับตัวของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเหลือให้ผู้ดูแล มีการพัฒนาความสามารถ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการป้องกันอาการซึมเศร้า และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้น (Grant et al., 2006) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 54 (ฉัญญาภรณ์ ดาวันพเก้า, 2550) การสนับสนุน

ทางสังคม ยังเป็นส่วนประกอบหนึ่ง ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและนำไปสู่การปรับตัวของผู้ดูแล โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเหลือให้ผู้ดูแล มีการพัฒนาความสามารถและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการป้องกันอาการซึมเศร้า และส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้ดีขึ้น หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลอย่างเหมาะสม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จะเป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Driscoll, 2000) นอกจากนี้ การสนับสนุนในครอบครัว ด้านอารมณ์ ความรักการเอาใจใส่และยกย่อง ยอมรับเห็นในคุณค่า ทำให้ทุกคนในครอบครัวเกิดความผูกพันกันมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความผาสุกของครอบครัว (รัชณี สรรเสริญ และคณะ, 2554)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ช่วยเหลือให้ครอบครัว มีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติจากการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

การเผชิญปัญหาของครอบครัว

การที่มีสมาชิกครอบครัว หรือครอบครัวทั้งระบบแสดงออก เพื่อลดหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เรียกร่องของครอบครัว ซึ่ง McCubbin and McCubbin (1996) ได้กำหนดรูปแบบการเผชิญปัญหาไว้ 4 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหาของครอบครัว หรือ การแสดงออกของครอบครัว เพื่อกำจัดหรือลดจำนวนหรือความรุนแรงของสถานการณ์เรียกร่องของครอบครัว 2) การจัดการกับอารมณ์เชิงเครียดของครอบครัว 3) การแสวงหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ ของครอบครัว 4) การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวยอมรับและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การเผชิญปัญหาของครอบครัวควรใช้ความพยายามร่วมมือกันในการจัดการกับสิ่งที่เผชิญอยู่หรือทำกิจต่าง ๆ ให้บรรลุตามเป้าหมายร่วมกัน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ฐชื่อน วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ วินัส ลิพหกุล และวันเพ็ญ ภิญญาสาสกุล. (2560) ที่พบว่า เมื่อครอบครัวมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลทำให้ครอบครัวปรับตัวได้ดี และนำมาซึ่งความผาสุกในครอบครัว นอกจากนี้ สุนีย์ ละกำป็น (2551) ยังได้ทำการศึกษา พฤติกรรมการเผชิญปัญหา และความผาสุกของครอบครัวไทยเขตเมือง พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับความผาสุกของครอบครัว

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหาของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของครอบครัว ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงระยะ 1-12 เดือน หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดซ์นิบาร์เทล (Barthel Index) ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-11 คะแนน
3. สามารถฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power สำหรับสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยกำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .08 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรขนาดเล็ก (Effect size) เท่ากับ .25 (Burn & Grove, 2005) ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่าง 123 ครอบครัว เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวน 135 ครอบครัว

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

1. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรองแล้ว หลังจากนั้น ประสานขออนุญาตหัวหน้าแผนกงานผู้ป่วยนอกและงานเวชระเบียน ในการค้นหารายชื่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียนผู้ป่วย 1 สัปดาห์ก่อนวันนัดพบแพทย์ เพื่อจัดทำทะเบียน รายชื่อผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08:00-12:00 น.
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ในวันที่ ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนางรอง ระหว่างรอรับ การตรวจรักษา โดยนัดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย หลังจากผู้ป่วยรับบริการตรวจ รักษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว
3. ผู้วิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งรายละเอียดของการวิจัย และขออนุญาตประเมินผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ด้วยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล ถ้าได้ คะแนน อยู่ในช่วง 0-11 คะแนน คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก จึงเลือกผู้ดูแลในครอบครัวเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้ดูแลหลักตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบ 135 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง กลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล (Barthel Index) (Harmony & Barthel, 1965 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ซึ่งแปลเป็นไทย โดยประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537) ได้ค่า Interrater reliability เท่ากับ .85
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และสิทธิการรักษา

2.2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น และผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อประเมินความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ จารึก ชานีรัตน์ (2544) ที่สร้างขึ้นโดยยึดหลักของการวางแผนจำหน่ายร่วมกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 12 ข้อ ด้านป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 11 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลจิตใจ จำนวน 8 ข้อ รวมทั้งหมด 36 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 0 = ไม่ปฏิบัติ 1 = ปฏิบัติบางครั้ง และ 2 = ปฏิบัติทุกครั้ง โดยจะมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 0-72 คะแนน

การแปลผลคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่าแสดงถึงผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวดีกว่าผู้ดูแลที่ได้คะแนนน้อยกว่า

2.3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย 2 = ตรงกับความเป็นจริงเล็กน้อย 3 = ตรงกับความเป็นจริงปานกลาง 4 = ตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่ และ 5 = ตรงกับความเป็นจริงทั้งหมด โดยจะมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 14-70 คะแนน

การแปลผลคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนสูงกว่าแสดงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวดีกว่าคะแนนต่ำกว่า

2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ลินี กะราลัย (2547) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านบริการและวัตถุ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เป็นจริงเลย 2 = เป็นจริงน้อย 3 = เป็นจริงปานกลาง 4 = เป็นจริงส่วนมาก และ 5 = เป็นจริงมากที่สุด โดยจะมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ในช่วง 13-65 คะแนน

การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนสูงกว่า แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าครอบครัวที่มีคะแนนต่ำกว่า

2.5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของซูตีกร ทาทอง (2550) โดยใช้กรอบแนวคิดในการประเมินวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวของ McCubbin et al. (1996) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การแก้ไขปัญหาของครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ดี เครียดของครอบครัว การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดีของครอบครัว โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 36 และ 37 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 9, 12, 13, 14, 15, 22, 29 และ 33 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่ทำ 2 = ทำบางครั้ง 3 = ทำบ่อยครั้ง และ 4 = ทำประจำ โดยจะมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 37-148 คะแนน และกำหนดให้

ไม่ทำ	หมายถึง	ปัจจุบันไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย
ทำบางครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นส่วนน้อย 1-2 วัน/ สัปดาห์
ทำบ่อยครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก 3-4 วัน/ สัปดาห์
ทำประจำ	หมายถึง	ใช้วิธีการนั้นจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก 5-7 วัน/ สัปดาห์

เกณฑ์ในการให้คะแนนมีรายละเอียด ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ทำ	1	4
ทำบางครั้ง	2	3
ทำบ่อยครั้ง	3	2
ทำประจำ	4	1

การแปลผลคะแนนวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงการเผชิญปัญหาดีคะแนนต่ำกว่า

2.6 แบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว โดย บุนหา ภูษะคราม (2533) ซึ่งแปลจาก Family well-being assessment ของ Caldwell (2003) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้าน โครงสร้าง

ครอบครัว ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความเครียดของสมาชิกในครอบครัว ความพึงพอใจในครอบครัว แรงสนับสนุนในครอบครัว และความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัว ด้านการดำเนินบทบาท ซึ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความขัดแย้งในบทบาท บทบาทที่มีมากเกินไป ความสงสัยคลุมเครือในบทบาท บทบาทที่ไม่มีส่วนร่วม และการเตรียมความพร้อมในบทบาท และด้านความเปราะบาง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกายซึ่งสัมพันธ์กับจิตใจ และความพึงพอใจในชีวิต มีข้อคำถาม ทั้งหมด 40 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 โดยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15, 18, 19, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37 และ 39 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 36, 38 การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นความคิดเห็นของครอบครัว โดยมีข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วยปานกลาง 3 = ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย 4 = เห็นด้วยเล็กน้อย 5 = เห็นด้วยปานกลาง และ 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยจะมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 40-240 คะแนน เกณฑ์ในการให้คะแนนมีรายละเอียด ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	6	1
เห็นด้วยปานกลาง	5	2
เห็นด้วยเล็กน้อย	4	3
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	3	4
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	2	5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	6

ตอนที่ 2 ข้อ 26-40 เป็นการอธิบายปฏิกิริยาต่อสถานการณ์ โดยผู้วิจัยได้ปรับ

ข้อคำถามตัดบางข้อออก มีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เคยเป็นเลย 2 = ไม่เคยเป็นส่วนมาก 3 = เป็นครั้งคราว 4 = บ่อยครั้ง 5 = บ่อยมาก 6 = เกือบตลอดเวลา เกณฑ์ในการให้คะแนนมีรายละเอียด ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เกือบตลอดเวลา	6	1
บ่อยมาก	5	2
บ่อยครั้ง	4	3
เป็นครั้งคราว	3	4
ไม่เคยเป็นส่วนมาก	2	5
ไม่เคยเป็นเลย	1	6

การแปลผลคะแนนความผาสุกของครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีความผาสุกของครอบครัวมากกว่าคะแนนต่ำกว่า

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานแล้ว และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากผู้วิจัยท่านอื่น ดังนี้

1.1 เครื่องมือที่มีมาตรฐานแล้ว คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล (Barthel index) (Harmony & Barthel, 1965 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ส่วนแบบสอบถามสัมพันธภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ วรรณรัตน์ ลาวัจ และคณะ (2547) แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว (ชวลีกร ทาทอง, 2550) และแบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว (บุหงา ภูษะคราม, 2533) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เคยนำไปใช้ในงานวิจัยแล้ว จึงไม่ต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

1.2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลง ได้แก่ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (จาริก ธานีรัตน์, 2544) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (สินี กะราลัย, 2547) ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน อาจารย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าดัชนี แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ค่า CVI เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI เท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบหาความเที่ยงต่อไป

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ครอบครัว ที่โรงพยาบาล โนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ หลังจากนั้นได้นำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด ดังนี้ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ในครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 แบบสอบถามเผชิญปัญหาของครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 แบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการนำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพิจารณาอนุมัติการเก็บข้อมูลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง
3. ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจ เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนกำหนดได้
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ในการวิเคราะห์ผลการศึกษา กระทำในภาพรวมไม่มีการอ้างอิงผลการวิจัยเป็นรายบุคคล และทำลายข้อมูลหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัยมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1 คน โดยดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง การบันทึกคำตอบ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะร่วมทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พร้อมด้วยแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง และใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อพิจารณาอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

3. เมื่อได้รับการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนางรองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้ดูแลหลักของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรองจังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างรอรับการตรวจรักษา โดยนัดหมายเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยหลังจากผู้ป่วยรับบริการตรวจรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้ว

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามบริเวณที่พักผู้รับบริการด้านหน้า ซึ่งจัดเป็นสัดส่วนมีความสงบและมิดชิด ใกล้กับบริเวณที่ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในความดูแลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 แจกแบบสอบถาม และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยไม่กำหนดเวลาในระหว่างที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอยู่กับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามได้เมื่อมีข้อสงสัยและสังเกตดูปฏิกิริยาของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่เกิน 30 นาทีต่อครอบครัว

2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จและส่งคืน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ หากพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปทบทวนตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยคำนวณค่าสถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ปัจจัยรอบครัวในการทำนายความผาสุกของครอบครัว โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 135 ครอบครัว ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน นำเสนอเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.10) การศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 74.82 อยู่ในระดับประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.15 ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.26 เกินครึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 5, 001-10, 000 บาท (ร้อยละ 59.30) ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวนั้นส่วนใหญ่ร้อยละ 84.45 มาจากการประกอบอาชีพ มีเพียงร้อยละ 11.10 ที่ได้รับจากบุตร/ หลาน และมีเพียงร้อยละ 4.44 ที่ได้รับสวัสดิการทางสังคม ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย โดยมีสมาชิกตั้งแต่ 2-9 คนต่อครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ระหว่าง 1-4 คน (ร้อยละ 50.40) สำหรับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวนั้น มีเพียงร้อยละ 14.80 ที่มีโรคประจำตัว สำหรับระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.80) ใช้เวลามากกว่า 7 ชั่วโมงขึ้นไป ในการดูแลผู้ป่วย ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 53.30 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และยังพบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีผู้ช่วยในการดูแลถึงร้อยละ 56.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 135)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	127	94.10
ชาย	8	5.90
อายุ (\bar{X} = 49.32, SD = 11.86, Min-Max = 34-79 ปี)		
31-40 ปี	33	24.40
41-50 ปี	52	38.50
51-60 ปี	19	14.10
61 ปี ขึ้นไป	31	23.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	0.74
ประถมศึกษา	101	74.82
มัธยมศึกษา	30	22.22
อนุปริญญา/ ปวส.	3	2.22
การนับถือศาสนา		
พุทธ	135	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	25	18.52
คู่	92	68.15
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	18	13.33
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	34.07
รับจ้าง	80	59.26
ค้าขาย	8	5.93
เกษตรกรกรรม	1	0.74
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท) (\bar{X} = 7,521.48, SD = 5,414.98, Min-Max = 600-60,000)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	46	34.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
5,001-10,000 บาท	80	59.30
10,001-15,000 บาท	8	5.90
มากกว่า 20,000 บาท	1	0.70
แหล่งที่มาของรายได้		
การทำงาน	114	84.45
บุตร/ หลาน	15	11.11
สวัสดิการสังคม	6	4.44
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน) (\bar{X} = 4.55, SD = 2.31, Min-Max = 2-9)		
1-4 คน	68	50.40
5-8 คน	47	34.80
8 คนขึ้นไป	20	14.80
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
สามี/ ภรรยา	50	37.00
บุตร	37	27.40
พี่/ น้อง	48	35.60
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	115	85.20
มีโรคประจำตัว	20	14.80
ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน) (\bar{X} = 6.30, SD = 2.78, Min-Max = 1-12)		
น้อยกว่า 3 เดือน	29	21.50
3-6 เดือน	36	26.70
7-9 เดือน	55	40.70
มากกว่า 9 เดือน	15	11.10
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมงต่อวัน) (\bar{X} = 14.80, SD = 8.54, Min-Max = 2-24)		
1-3 ชั่วโมง	1	0.70
4-6 ชั่วโมง	56	41.50
7 ชั่วโมงขึ้นไป	78	57.80

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น		
มีประสบการณ์	72	53.30
ไม่มีประสบการณ์	36	46.70
ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย		
มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	76	56.30
ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	59	43.70

สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.50) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 89.63) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.30) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.10) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยทำการศึกษาไม่เกิน 1 ปี สำหรับสิทธิการรักษาเกือบทั้งหมดใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 92.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 135)

ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	61.50
หญิง	52	38.50
อายุ (\bar{X} = 57.87, SD = 11.30, Min-Max = 45-98 ปี)		
น้อยกว่า 51 ปี	66	48.90
51-60 ปี	15	11.10
61-70 ปี	37	27.40
71-80 ปี	15	11.10
81 ปี ขึ้นไป	2	1.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	11	8.15
ประถมศึกษา	121	89.63
มัธยมศึกษา	3	2.22
การนับถือศาสนา		
พุทธ	135	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.70
คู่	80	59.30
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	54	40.00
การประกอบอาชีพก่อนป่วย		
ประกอบอาชีพ	39	28.90
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	96	71.10
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (เดือน) (\bar{X} = 7.44, SD = 3.58, Min-Max = 1-12)		
1-3 เดือน	29	21.50
4-6 เดือน	25	18.50
7-9 เดือน	40	29.60
10-12 เดือน	41	30.40
สิทธิการรักษา		
สิทธิบัตรทอง	125	92.60
สิทธิเบิกได้	10	7.40

ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

ลักษณะของตัวแปรที่ผู้วิจัยทำการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 66.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.14 สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.63 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.14

การเผชิญปัญหาของครอบครัว พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 110.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.09 ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 164.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.73 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา (n = 135)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าจริง	\bar{X}	SD
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	0-72	53-72	66.26	5.14
สัมพันธภาพในครอบครัว	14-70	48-70	64.80	3.63
การสนับสนุนทางสังคม	13-65	39-52	47.85	3.14
การเผชิญปัญหาของครอบครัว	37-148	99-130	110.47	8.09
ความผาสุกของครอบครัว	40-240	113-194	164.14	9.73

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

หลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การกระจายของข้อมูลของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีการกระจายแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	1.00	.127	-.273**	-.099	.247**
สัมพันธภาพในครอบครัว		1.00	.491**	-.730	.150
การสนับสนุนทางสังคม			1.00	-.312**	-.137
การเผชิญปัญหาของครอบครัว				1.00	.384**
ความพึงพอใจของครอบครัว					1.00

** $p < .001$,

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ($r = .4247, p < .001$) และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ($r = .384, p < .001$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) โดยมีตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังนี้

2.1 การทดสอบการกระจายของตัวแปรทำนายและตัวแปรตามแต่ละตัว

โดยพิจารณาจาก Histogram พบว่า ตัวแปรทำนายมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

2.2 การทดสอบ Errors มีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระไม่เกิด Autocorrelation ได้
ค่า Durbin-Watson coefficient = 1.801

2.3 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม โดยดูจาก Scatter Plot พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรต้นและตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหาของครอบครัว และความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.4 การทดสอบความสัมพันธ์พหุคูณ ร่วมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ตัวแปรทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น เนื่องจากค่า $r < .85$ ($r = .479$) Tolerancer = .990 ค่า VIF = 1.010 ผลการวิเคราะห์ที่ใช้สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ระหว่างตัวทำนายกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว	.545	.145	.288	3.747	.00
การเผชิญปัญหาของครอบครัว	.496	.092	.413	5.374	.00
Constant (a)	73.194	14.729	-	4.969	.00

$R = .479$, $R^2 = .230$, $R^2 \text{ adj} = .218$, $F = 19.664$ Sig of $F = < .001$

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ระหว่างตัวทำนายกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเผชิญปัญหาของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 21.8 (Adjusted $R^2 = .218$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559-เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาในระดับปานกลาง จนถึงระดับรุนแรงมาก กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงมี จำนวน 135 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประเมินด้วยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์เทล และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในครอบครัว แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว และแบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว ได้ค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86, .75, .74, .85 และ .74 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.10) การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.82) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.15 ส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.26 เกินครึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 59.30) ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.45 มาจากการประกอบอาชีพ มีเพียงร้อยละ 11.10 ที่ได้รับจากบุตร/หลาน และมีเพียงร้อยละ 4.44 ที่ได้รับสวัสดิการทางสังคม ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย โดยมีสมาชิกตั้งแต่ 2-9 คนต่อครอบครัว ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ระหว่าง 1-4 คน (ร้อยละ 50.40) สำหรับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักในครอบครัวนั้น มีเพียงร้อยละ 14.80 ที่มี

โรคประจำตัว สำหรับระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.80) ใช้เวลามากกว่า 7 ชั่วโมงขึ้นไปในการดูแลผู้ป่วย ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 53.30 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และยังพบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีผู้ช่วยในการดูแลถึงร้อยละ 56.30

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.50) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 89.63) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.30) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 71.10) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยทำการศึกษาไม่เกิน 1 ปี สำหรับสิทธิการรักษาเกือบทั้งหมดใช้สิทธิบัตรทอง (ร้อยละ 92.60)

3. ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของครอบครัวค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 164.14$, $SD = 8.02$, Min-Max = 113-194)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ($r = .247$, $p < .001$) และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ($r = .384$, $p < .001$) โดยปัจจัย ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ถ้าผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีความผาสุกของครอบครัวเพิ่มขึ้น ($r = .247$, $p < .001$) และการเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ถ้าครอบครัวมีการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้น จะมีความผาสุกของครอบครัวเพิ่มขึ้น ($r = .384$, $p < .001$)

5. ปัจจัยทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = .545$) และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ($\beta = .496$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ร้อยละ 21.8 (Adjusted $R^2 = .218$)

การอภิปรายผล

1. ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกของครอบครัวค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 164.14$, $SD = 8.02$, Min-Max = 113-194) อาจเนื่องจากครอบครัวที่ศึกษาเป็นครอบครัวขยาย ได้รับอิทธิพลจากศาสนาพุทธ ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับการทำดีได้ดีและความกตัญญูต่เวที ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว เป็นแบบแผนที่สืบทอดกันมาจนเป็นวัฒนธรรม เมื่อครอบครัวต้องให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวจึงดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความผูกพัน ความเอาใจใส่ หรือความสำนึกในบุญคุณและหน้าที่ (ศิริพันธ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2553) ถึงแม้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน แต่ก็ยังเป็นโอกาสที่ครอบครัวจะได้แสดงออกถึงความรักความห่วงใย การเอาใจใส่ดูแลของสมาชิกในครอบครัวยามทุกข์ยาก (วาราลักษณ์ ทองใบปราสาท และคณะ, 2550)

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัว เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีช่วงอายุอยู่ในวัยกลางคนจำนวนเกือบเท่ากับวัยสูงอายุ ($\bar{X} = 49.32$, $SD = 11.86$, Min-Max = 34-79 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่เป็นมีความรับผิดชอบต่อครอบครัวอย่างมาก เป็นวัยที่ต้องทำงานหนักเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน (ร้อยละ 59.30) ซึ่งรายได้เฉลี่ยของครอบครัวนั้น ร้อยละ 84.45 มาจากการประกอบอาชีพ แสดงถึงความมั่นคงทางการเงินในระดับหนึ่งส่วนวัยชราเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่บุคคลรู้สึกภาคภูมิใจในคุณค่าของตน มีความพึงพอใจกับชีวิต

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อภิปรายได้ดังนี้

2.1 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเนื่องจากเมื่อผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล สามารถทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ความเครียดลดลง ความผาสุกจึงเพิ่มขึ้นในครอบครัว และยังส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว (Grant et al., 2006) การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาแล้ว 7-9 เดือน (ร้อยละ 40.70) ถือเป็นระยะที่พ้นจากระยะฟื้นตัวไปแล้ว เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้ผู้ป่วยจึงมีการพัฒนาในการพึ่งพาตนเองได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การใช้ภาษา การพูด ระยะนี้อาจใช้เวลา

4-6 เดือน หรือในบางรายอาจนานถึง 1 ปี (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) ถือได้ว่าเป็นระยะที่ครอบครัวมีการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวมาระยะหนึ่งแล้ว เป็นระยะที่ครอบครัวยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงหรือเข้าสู่ระยะฟื้นตัว ทำให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาคำถามได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น หรือเริ่มเข้าสู่ระยะปรับตัวเข้ากับสถานการณ์และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 66.26$, $SD = 5.14$, Min-Max = 53-72) ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ อาจเนื่องจากได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจึงเป็นการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (Driscoll, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรินทร์ จรุงสิทธิ์ (2554) ที่พบว่า ความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการให้บริการสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถจัดการกับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ตั้งแต่ก่อนระยะวิกฤติ และเมื่อครอบครัวต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตครอบครัวที่เกิดจากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ จะช่วยให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงหน้าที่ที่จำเป็นของครอบครัวไว้ รักษาความสมดุลในครอบครัวได้ ไม่ให้ผลกระทบจากภาวะวิกฤตทำลายคงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบครอบครัว จึงนำมาซึ่งผลลัพธ์ คือ ความผาสุกของครอบครัว

2.2 การเผชิญปัญหาของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวได้พยายามร่วมกันช่วยเหลือพึ่งพากัน ทำให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว และมีการจัดการกับปัญหาแล้วระยะหนึ่ง จนสามารถเผชิญปัญหาและแสวงหาแหล่งช่วยเหลือทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว (Cameron et al., 2011) ทั้งยังเป็นการประเมินและให้ความหมายต่อภาวะวิกฤตนั้นใหม่ เพื่อแก้ปัญหาให้ดีขึ้น ตลอดจนยอมรับเหตุการณ์เพื่อให้ผ่อนคลาย ทำให้ความผาสุกของครอบครัวเพิ่มขึ้น การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณีย์ ละกำป็น (2551) พบว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในครอบครัว อีกทั้งความเข้มแข็งและการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก และสอดคล้องกับการศึกษาของ สาสินี เทพสุวรรณ และคณะ (2556) พบว่าการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ดี จะทำให้ความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีความพิการทางกายเพิ่มขึ้น การที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือเกิดความพิการผู้ป่วยนั้น เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลอยากให้ผู้ป่วยหาย มีอาการดีขึ้น โดยผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีแก้ปัญหา และ แหล่งช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Egertson, 1994 อ้างถึงใน นันทพร ศรีน้อม, 2545) นอกจากนี้ Saban and Hogan (2012) ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตเพื่อรับมือกับภาระในการดูแลผู้ป่วยช่วงปีแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีแก้ปัญหาโดยมีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทีมสุขภาพ และต้องต่อสู้ กับการทำงานหลากหลาย เพื่อต้องการที่จะใช้ชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความพยายามที่จะให้การดูแลที่ดีที่สุดเพื่อคนที่ตนรัก และเมื่อครอบครัวมีทักษะในการเผชิญ ปัญหาที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งผลทำให้ครอบครัวปรับตัวได้ดี และนำมาซึ่งความผาสุกใน ครอบครัว (กรรณิการ์ ชูซ้อน และคณะ, 2560)

2.3 สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวก แต่ไม่สามารถทำนาย ความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.10) และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.15 ในส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.50) มากกว่าครึ่ง มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.30) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะ คู่สมรส (ร้อยละ 68.15) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้หญิง จะมีการเปลี่ยนแปลง ในชีวิตช่วงปีแรกของการเจ็บป่วย เพื่อรับมือกับภาระในการดูแลผู้ป่วย และมีความพยายามที่จะ ให้การดูแลที่ดีที่สุดเพื่อคนที่ตนรัก (Saban & Hogan, 2012) ส่วนผู้ป่วยที่มีครอบครัวหรือแต่งงาน แล้ว จะก่อให้เกิดความเข้าใจเห็นใจ และความสมานสามัคคีระหว่างสมาชิก ในการที่ครอบครัวมี ส่วนร่วมและช่วยเหลือกันเพื่อจะได้ผ่านภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้นั้น จะส่งผลให้ครอบครัวมี ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ก่อให้เกิดความผาสุกของครอบครัว (Garrison et al., 2013) นอกจากนี้ ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจึงได้รับการ อบรมเลี้ยงดู ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ในการเอาใจใส่ดูแลกันในยามเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนข้างสูง ($\bar{X} = 64.80$, $SD = 3.63$, Min-Max = 48-70) อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ ดีต่อกันอยู่แล้วนั้น สมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการจัดการการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิด กระบวนการจัดการของครอบครัวที่สมบูรณ์ไม่ตกเป็นภาระของใครคนใดคนหนึ่ง (จันทนา ชาญประ โคน และคณะ, 2551) การที่ครอบครัวมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จึงไม่มีความ แตกต่างระหว่างความผาสุกของครอบครัว ทั้งก่อนเกิดการเจ็บป่วยหรือหลังการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัว จึงไม่สามารถทำนายความผาสุกของ ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดสมองได้

2.4 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบ และไม่สามารถทำนาย

ความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นอาจมีมากในช่วงที่เกิดภาวะวิกฤติช่วงแรก ทำให้ครอบครัวหลังภาวะวิกฤติแรก ที่ยังคงอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะวิกฤติมีการนำแหล่งประโยชน์ของครอบครัวมาใช้ในระยะวิกฤติหมดไป ทำให้อาจไม่เพียงพอกับความต้องการในระยะหลังวิกฤติ (McCubbin & Patterson, 1983) แต่หากครอบครัวได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อนบ้าน ชุมชน หรือแม้แต่การสนับสนุนช่วยเหลือภายในครอบครัวมาแล้วระยะหนึ่ง จนครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลกับกลไกการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติของครอบครัว เช่น บริบทภายในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างครอบครัว ด้านร่างกาย และด้านจิตใจของสมาชิก บริบทภายนอกครอบครัว ได้แก่ บริบททางด้านพันธุกรรม ระดับพัฒนาการ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ ที่เป็นบริบทที่มีผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัวในภาวะวิกฤติ (McCubbin & Patterson, 1983) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่ตัวแปรตามของความผาสุกเสมอไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (Lepore, 1997 cited in Armstrong, Birnie-Lefcovitch, & Ungar, 2005) กล่าวคือ ความเครียดส่งผลให้เกิดข้อจำกัดเกี่ยวกับการพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือ และการจัดการการสนับสนุน (Gottlieb, 1992 cited in Armstrong, et al., 2005) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Tsouna-Hadjis et al. (2000) ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ภาวะซึมเศร้า และบทบาททางสังคม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงไม่สามารถทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทำนายความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองคือ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเผชิญปัญหาของครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่มีสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพครอบครัว สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมในการปรับตัวกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพัฒนารูปแบบการพยาบาลครอบครัวที่เน้นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลใน

ครอบครัว และการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และมีแนวทางในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษาวิจัย นักวิจัยทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว เพื่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหรือโปรแกรมการส่งเสริมความสุขของครอบครัวอย่างยั่งยืนต่อไป

3. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเผชิญปัญหาของครอบครัวในระยะวิกฤติ

บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ ชูอ่อน, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, วินัส ลิฬหกุล และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2560). การเผชิญปัญหาของครอบครัวและความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางกาย. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 93-101.
- จารึก ธานีรัตน์. (2544). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- จันทนา ชาญประ โคน, นงพิมพ์ นิมิตรชานันท์, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และสุพัฒนา คำสอน. (2551). สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 14(1), 54-62.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาวะในการดูแล และความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุลีกร ทาทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญญาภรณ์ คาวานพแก้ว. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นันทพร ศรีน้อม. (2545). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บันทึกการฟื้นฟูอาการอัมพาตครึ่งซีกจากโรคเส้นเลือดสมอง. (2554). เข้าถึงได้จาก <http://rehab2554.alotspace.com/stroke.php>
- บุหงา ภูษะคราม. (2533). แบบแผนการเผชิญปัญหากับการรับรู้ถึงความผาสุกในครอบครัวของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า: แบบสอบถาม. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปิติพร สิริทิพากร. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะของผู้ดูแลแหล่งทักษะภายในตนเองกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรภัทร อิมโอสู. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ภาวิณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ และสมนึก สกุลหงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. ราชบัณฑิตยสถานสาร, 20(1), 82-96.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยสถานสาร, 2(1), 84-93.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). เจาะลึกปัญหาเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 30(4), 6-14.
- วรลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรยา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(1), 72-84.
- วรรณรัตน์ ลาวัจ, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตร หล่อสุวรรณกุล และเวชกา กลิ่นวิจิต. (2547). สถานการณ์ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2553). ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 18(1), 107-119.

- ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณีย์ ป้องเรือ และกุลสตรี วรรณนะไพสิฐ. (2554). ปัจจัยทำนายความผาสุกในครอบครัวของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 17(3), 382-395.
- สมจิตร ผาเวช. (2545). ปัจจัยที่ทำนายความผาสุกในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 3.)* ม.ป.ท.
- สาสินี เทพสุวรรณ, ณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ และรศรินทร์ เกรย์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*. 4(1), 75-92.
- สายพิณ เกษมวัฒนากิจ. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2532). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4.* กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรีนติ้ง.
- สายสุนี ทองสัมฤทธิ์. (2554). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของมารดาผู้ดูแลบุตรโรคธาลัสซีเมีย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สินี กะราลัย. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความหวังและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวที่มีบุตรออทิสติก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุดธิดา รัตนสมหาร. (2542). *การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ ละกำป็น. (2551). *พฤติกรรมและการเผชิญปัญหาและความผาสุกในครอบครัวไทยเขตเมือง.* *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 12(1), 14-44.

- เสาวภา พราวตะคุ. (2550). การเปรียบเทียบความต้องการการช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). ข้อมูลสถิติปี 2550. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic50/2.3.37-50.pdf>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ข้อมูลสถิติปี 2559. เข้าถึงได้จาก http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/2.3.4_53.pdf.
- อรอนงค์ กุลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัทพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 4(1), 14-27.
- อรินทร์ จรุงสุทธิศรี. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างกลวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 269-281.
- Brown, P. L. (1991). The burden of caring for a husband with alzheimers disease. *Home Health Care Nurse*, 9(3), 33-38.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing resharch: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Caldwell, S. M. (1988). Measuring family well-being, conceptual model, reliability, validity and use. In C. F. Waltz & O. A. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcomes*, (p. 396-422). New York: Springer.
- Caldwell, S. M. (2003). The family well-being assessment tool. *Measuring function abilities and outcomes of care*. (pp. 75-89). New York:

- Cameron, J. I., Cheung, A. M., Streiner, D. L., Coyte, P. C., & Stewart, D. E. (2011). Stroke survivor depressive symptoms are associated with family caregiver depression during the first 2 years poststroke. **Stroke Original Contributions; Clinical Sciences**, **42**, 302-306.
- Chow, S. K., Wong, F. K., & Poon, C. Y. (2007). Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors. **Journal of Clinical Nursing**, **16**(7B), 43-133.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caregivers. **Family & Community Health**, **15**(21), 1-10.
- Driscoll, J. (2000). **Practising clinical supervision**. Edinburgh, Balliere-tindall.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). **Family nursing: Research, theory and practice** (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Garrison, G. M., Mansukbani, M. P., & Bobn, B. (2013). Predictor of thirty-day readmission among hospitalized family medicine patients. **Original Research**, **26**, 71-77.
- Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Glandon, G. L., Raper, J. L., & Giger, J. N. (2006). Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. **American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation**, **87**, 343-350.
- Grant, J. S.; Elliott, T. R.; Giger, J. N., & Bartolucci, A. A. (2001). Social problem-solving abilities, social support, and adjustment among family. **Rehabilitation Psychology**, **46**(1), 44-57.
- Garrison, G. M., Mansukbani, M. P., & Bobn, B. (2013). Predictor of thirty-day readmission among hospitalized family medicine patients. **Original Research**, **26**, 71-77.
- Klinedinst, N. J., Gebhardt, M. C., Aycock, D. M., NicholsLarsen, D. S., Uswatte, G., & Wolf, S. L. (2009). Caregiver characteristic predict strokesurvivor quality of life At 4 month and 1 year. **Research in Nursing & Health**, **32**, 592-605.
- McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Patterson, J. M. (1996). **Beyond Family Crisis : Family Adaptation**. Retrived from <http://www.ijmed.org/criticles/158/download>
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (2013). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), **Socail stress and The family advance and developments in family stress theory and research**. (pp. 7-37). New York: The Haworth Press.

- McCubbin, H. I., Thompson, A. I., & McCubbin, M. A. (1996). **Family assessment: Resiliency, coping and adaptation-inventories for research and practice**. Madison: University of Wisconsin System.
- National Stroke Association. (2012). **Amlat risk for a stroke**. Retrived from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=risk>.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing: Concepts of practice** (5thed.). Mosby, St Louis.
- Saban, K. L., & Hogan, N. S. (2012). Female caregivers of stroke survivors: Coping and adapting to a life that once was. **Journal of Neuro science Nursing**, **44**(1), 2-14.
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmos, K. N., Zakopoulos, N., & Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: the role of family social support. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, **81**, 881-887.
- World Stroke Organization [WHO]. (2014). **World stroke campaign**. Retrived from <http://www.world Stroke campaign.org>.
- Wright, L. M. (2005). **Spirituality suffering and illness : Ideas for healing**. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). **Nursing and families: A guide to family assessment and intervention**. Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย

ด้วย โรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 173 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้
ประเภทที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคัชนิบาร์เทล (Barthel Index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม ทั้งหมด 6 ส่วน จำนวน 163 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 23 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว จำนวน 37 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผาสุกในครอบครัว จำนวน 40 ข้อ

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามคือ ผู้ดูแลในครอบครัว บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และครอบครัวมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลหลัก ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอโดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาไม่น้อยกว่า 1 เดือน และได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงมาก

สถานที่ทำการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
คำชี้แจง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอ่านข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงตามสภาพความเป็นจริง
ของผู้ป่วย

1. ความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้ป่วย

- [] 2 รับประทานได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ
- [] 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร (เช่น ตัดอาหารให้เป็นชิ้นเล็ก)
- [] 0 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องป้อนอาหารให้ หรือให้อาหารทางสายยาง

2. ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเองจากรถนั่งไปยังเตียงและจากเตียงไปที่รถ รวมทั้ง
การลุกนั่งบนเตียง

- [] 2 เคลื่อนย้ายได้เองทั้งหมด สามารถนั่งทรงตัวได้
- [] 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้
- [] 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายและนั่งทรงตัวไม่ได้

3. ความสามารถในการทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เช่น ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน
โกนหนวด

- [] 2 ทำได้เองทั้งหมด
- [] 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบางขั้นตอน
- [] 0 ทำไม่ได้เลย

4. ความสามารถในการใช้ห้องสุขาของผู้ป่วย

- [] 2 สามารถนั่งส้วมและลุกได้เอง ถอดและใส่เสื้อผ้าได้เองรวมทั้งการล้างและทำ
ความสะอาดหลังการขับถ่ายได้
- [] 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับการเข้าออกห้องสุขา การถอดใส่เสื้อผ้า
การสอดดึงกระโถน การล้างและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย
- [] 0 ช่วยตนเองในเรื่องการใช้ห้องสุขาและการขับถ่ายไม่ได้เลย

5. ความสามารถในการอาบน้ำของผู้ป่วย

- [] 2 สามารถอาบน้ำได้เอง ทำความสะอาดร่างกายทุกขั้นตอนของการอาบน้ำ
โดยไม่ต้องมีคนช่วย
- [] 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบางส่วน เช่น บริเวณหลังขา
- [] 0 อาบเองไม่ได้เลย

6. ความสามารถในการเดินของผู้ป่วย

- 2 สามารถเดินได้เองไม่ต้องช่วยเหลือ โดยอาจใช้เครื่องพยุงเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้ยันรักแร้แต่ไม่ใช่เครื่องช่วยเดินมีล้อเลื่อน
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบางกิจกรรม เช่น ช่วยพยุงเดิน
- 0 ไม่สามารถเดินได้เอง

7. ความสามารถในการขึ้นลงบันไดของผู้ป่วย

- 2 เดินขึ้นลงบันไดได้เองอย่างปลอดภัย โดยอาจใช้ไม้เท้าเครื่องพยุงเดิน หรือ จักรวบบันได
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ เช่น มีคนพยุง 1 คน
- 0 ขึ้นลงบันไดไม่ได้เลย

8. ความสามารถในการแต่งตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้ป่วย

- 2 ทำให้เองโดยไม่ต้องช่วย เช่น สวมหรือถอดเสื้อผ้าเอง ตัดกระดุม คาดเข็มขัด ผูกเชือกรองเท้าได้เอง
- 1 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือบ้าง เช่น ช่วยตัดกระดุม ผูกเชือกรองเท้าได้เอง
- 0 แต่งตัวเองไม่ได้เลย

9. ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ

- 2 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้
- 1 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ ต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาบางครั้ง
- 0 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ต้องสวนอุจจาระหรือใช้ยาทุกครั้ง

10. ความสามารถในการควบคุมการถ่ายปัสสาวะ

- 2 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ทั้งกลางวันและกลางคืน
- 1 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้เป็นบางครั้ง ไม่สามารถไปถึงห้องน้ำได้ทันเวลา
- 0 ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะกระปริดกระปรอย หรือใส่สายสวนปัสสาวะ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียวหรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. อื่น ๆ
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/ หย่า/ แยก
---------------------------------	---------------------------------	--
6. อาชีพปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. ประกอบอาชีพ.....	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
--	---
7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเดือน
8. สิทธิการรักษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีสิทธิการรักษา	<input type="checkbox"/> 2. สิทธิบัตรทอง	<input type="checkbox"/> 3. สิทธิประกันสังคม
<input type="checkbox"/> 4. สิทธิเบิกได้	<input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ	

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียวหรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ ปวส.	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. ศาสนา 1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม
 4. อื่น ๆ.....
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/ หย่า/ แยก
---------------------------------	---------------------------------	--
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการ	<input type="checkbox"/> 5. เกษตรกร	<input type="checkbox"/> 6. ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ		
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/ เดือน
8. แหล่งที่มาของรายได้
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน
10. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็น

<input type="checkbox"/> 1.สามี/ ภรรยา	<input type="checkbox"/> 2. บุตร	<input type="checkbox"/> 3. พี่/ น้อง
<input type="checkbox"/> 4. หลาน <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ		
11. โรคประจำตัวของผู้ดูแล.....
12. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยปี เดือน
13. จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน.....
14. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอื่น 1. มี 2. ไม่มี
15. ผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย 1. มี 2. ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถาม จำนวน 36 ข้อ ขอให้ท่านพิจารณา ข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในด้านนั้น ๆ ได้ทุกครั้ง
 ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในด้านนั้น ๆ ได้เป็นบางครั้ง
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในด้านนั้น ๆ ได้เลย

ลำดับ	กิจกรรม	ความสามารถของผู้ดูแล		
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง (2)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1)	ไม่ ปฏิบัติ (0)
1	อาบน้ำ/เช็ดตัวให้ผู้ป่วย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
2	ทำความสะอาดปากฟัน/ ช่องปาก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น			
3	สระผมให้ผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง			
4	ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ			
5	จัดหาเสื้อผ้าสวมใส่ให้ผู้ป่วย ไม่อับชื้น			
	.			
	.			
	.			
	.			
	.			
34	ปลอดภัยจนสัมผัสเป็นกำลังใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ เศร้า เสียใจ			
35	เชิญชวนผู้ป่วยเจริญสติและปฏิบัติสมาธิ			
36	ทำบุญตักบาตร เพื่อเสริมสร้างบุญกุศลให้กับผู้ป่วย			

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านกับครอบครัวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด โดยมีข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความสัมพันธ์ของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

- 1 = ไม่เคยเลย หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย
- 2 = น้อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นน้อยครั้ง
- 3 = บางครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นบางครั้ง
- 4 = บ่อยครั้ง หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง
- 5 = ตลอดเวลา หมายถึง ความสัมพันธ์ดังกล่าวตรงกับความเป็นจริงหรือสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

ลำดับ	ข้อความ	ความถี่ของการกระทำ				
		ตลอดเวลา (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	น้อยครั้ง (2)	ไม่เคยเลย (1)
1	เมื่อมีปัญหาท่านคิดถึงความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวของท่านเป็นอันดับแรก					
2	สมาชิกในครอบครัวของท่าน มักช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน					
	.					
	.					
13	สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าได้ปฏิบัติสิ่งดี ๆ เพื่อให้ทุกคนพอใจ					
14	สมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าจะร่วมมือกันแก้ไข					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งจากครอบครัว และสังคม ขอให้ท่านพิจารณาอย่างรอบครอบว่า ข้อความนั้น ๆ ตรงกับสภาพความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน หรือตรงตามสภาพความเป็นจริง ที่เกิดกับครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด โดยมีข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพ ความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงส่วนมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อย

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย

ลำดับ	การสนับสนุนทางสังคม	เป็นจริงมากที่สุด (5)	เป็นจริงส่วนมาก (4)	เป็นจริงปานกลาง (3)	เป็นจริงน้อย (2)	ไม่เป็นจริงเลย (1)
1	เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จะได้รับกำลังใจจากสมาชิกคนอื่นภายในครอบครัว/ บุคลากรสุขภาพ/ เพื่อนบ้าน					
2	บุคลากรสุขภาพ/ เพื่อนบ้านทำให้ครอบครัวของท่านรู้สึกมั่นใจว่าไม่ได้เผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว					
	.					
	.					

ลำดับ	การสนับสนุนทางสังคม	เป็น จริง มาก ที่สุด (5)	เป็น จริง ส่วน มาก (4)	เป็น จริง ปาน กลาง (3)	เป็น จริง น้อย (2)	ไม่ เป็น จริง เลย (1)
	.					
	.					
12	สมาชิกในครอบครัว สนับสนุนช่วยเหลือกัน เกี่ยวกับเงินทุนในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง					
13	บุคลากรสุขภาพ/ เพื่อนบ้านช่วยเหลือติดต่อ ประสานงาน ในการรับสวัสดิการทางสังคมและ การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาของครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการทราบวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว
เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีข้อคำถาม จำนวน 37 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

ไม่ทำ หมายถึง ไม่ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ทำบางครั้ง หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์

ทำประจำ หมายถึง ใช้วิธีนั้นในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยปฏิบัติ 5-7 ครั้ง/ สัปดาห์

ลำดับ	การเผชิญปัญหาของครอบครัว	ไม่ทำ (1)	ทำบาง ครั้ง (2)	ทำ บ่อยครั้ง (3)	ทำ ประจำ (4)
1	ท่านซักถามสาเหตุการเจ็บป่วยจากแพทย์/ พยาบาล				
2	ท่านซักถามแผนการรักษาจากแพทย์/ พยาบาล				
3	สมาชิกครอบครัวมีการสื่อสาร พูดคุยปัญหาข้อ สงสัยจากแพทย์/ พยาบาลได้เป็นอย่างดี				
	.				
	.				
	.				
	.				
35	สมาชิกครอบครัวลดความคาดหวัง ต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของตนเอง				
36	สมาชิกครอบครัวพยายามคิดว่าไม่เป็นไรขอให้ พยายามดูแลผู้ป่วยให้ถึงที่สุด				
37	สมาชิกครอบครัวคิดว่าครอบครัวสามารถรับได้ ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามนี้เป็นการถามความคิดเห็นของครอบครัว โดยมีข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียวและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นปานกลาง

เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นปานกลาง

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ตอบเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (6)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (5)	เห็น ด้วย เล็ก น้อย (4)	ไม่ เห็น ด้วย เล็ก น้อย (3)	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
1	งานใดก็ตามที่สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่เห็นด้วย ท่านก็ไม่สามารถทำให้สำเร็จลุล่วงได้						
2	ท่านรู้ว่าครอบครัวของท่านคาดหวังให้ท่านทำอะไร ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวในแต่ละวันและวันต่อไป						
3	สมาชิกในครอบครัวของท่านคาดหวังให้ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดีกว่าที่เป็นอยู่เกือบตลอดเวลา						
.	.						
.	.						

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (6)	เห็น ด้วย ปาน กลาง (5)	เห็น ด้วย เล็กน้อย (4)	ไม่ เห็น ด้วย เล็กน้อย (3)	ไม่เห็น ด้วย ปาน กลาง (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
	.						
	.						
	.						
23	ท่านปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับสมาชิก ในครอบครัวของท่าน และสมาชิก ในครอบครัว มักทำตามในสิ่งที่เขา แนะนำเสมอ						
24	ท่านไม่รู้เลยจริงๆ ว่าคนใน ครอบครัวคิดเกี่ยวกับท่านอย่างไร						
25	บ้านของท่านเปรียบเหมือนขนาดแผล ตึงปริ๊ยะ พร้อมที่จะระเบิด						

ตอนที่ 2 แบบสอบถามนี้ เป็นการการอธิบายปฏิริยาต่อสถานการณ์ โดยมีข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ โดยให้คะแนนตามความบ่อยครั้งของการเกิดสถานการณ์ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบให้ครบทุกข้อโดยมีเกณฑ์ในการเลือกคำตอบให้ ดังนี้

เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ผู้ตอบมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ เกือบตลอดเวลา/ ทุกวัน
บ่อยมาก	หมายถึง	ผู้ตอบมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ บ่อยมาก 5-6 ครั้ง/ สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ผู้ตอบมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ บ่อยมาก 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์
เป็นครั้งคราว	หมายถึง	ผู้ตอบมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ บ่อยมาก 1-2 ครั้ง/ สัปดาห์
ไม่เคยเป็นส่วนมาก	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ เป็นส่วนมาก
ไม่เคยเลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่เคยมีปฏิริยาต่อสถานการณ์นั้น ๆ เลย

ลำดับ	ข้อความ	เกือบ ตลอด เวลา (6)	บ่อย มาก (5)	บ่อย ครั้ง (4)	เป็น ครั้ง คราว (3)	ไม่เคย เป็น ส่วน มาก (2)	ไม่ เคย เป็น เลย (1)
26	เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ในครอบครัวของท่านท่านรู้สึก บ่นป่วนในกระเพาะอาหาร/ หรือ คลื่นไส้ อาเจียน						
27	ครอบครัวของท่าน ให้การสนับสนุน การตัดสินใจของท่าน เมื่ออยู่ต่อหน้า สมาชิกและเพื่อน ๆ						
	.						
	.						
	.						
38	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่ได้เตรียมตัว ที่จะทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยใน ครอบครัว						

ลำดับ	ข้อความ	เกือบ ตลอด เวลา (6)	บ่อย มาก (5)	บ่อย ครั้ง (4)	เป็น ครั้ง คราว (3)	ไม่เคย เป็น ส่วน มาก (2)	ไม่ เคย เป็น เลย (1)
39	ท่านได้รับการบอกเล่าถึงสิ่งสำคัญที่ เกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน						
40	ท่านไม่แน่ใจว่า ในฐานะที่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ท่าน ต้องรับผิดชอบอะไรบ้าง						

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
Factors Influencing Family well-being among Families Experiencing Stroke Patient

ชื่อนิสิต นางปภัศร์ชนก อวตารักษ์

รหัสประจำตัวนิสิต 54920264 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 01 - 12 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 135 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 22 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 01-12-2559

ชื่อผู้วิจัย นางปภัตสรณ์ชนก อวัศดารักษ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบบสอบถามชุดที่ 1 คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 จะประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว 2) แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว 4) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว 5) แบบวัดเผชิญปัญหาของครอบครัว 6) แบบสอบถามความผาสุกของครอบครัว ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ อาจไม่ได้เป็นเป็นประโยชน์โดยตรงต่อตัวท่าน แต่การวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการที่จะส่งเสริมความผาสุกของครอบครัวของท่านต่อไป นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยและการส่งเสริมความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมองอีกด้วย

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และ

ไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้าผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่านโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้น ผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัย ในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางปภัศร์ชนก อวิศดาร์กย์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-9466178 หรือที่ รองศาสตราจารย์จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-4019472

นางปภัศร์ชนก อวิศดาร์กย์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๑๑๖

มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขออนุญาตขอให้ให้สิทธิเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสุวรรณ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางปภัสรชนก อวิสตาร์กษ์ รหัสประจำตัว ๕๕๙๒๐๒๖๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะฯ จึงขออนุญาตจากท่าน อำนวยความสะดวกให้ให้สิทธิเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๑๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโนนสุวรรณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๕๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๑ ๙๔๖ ๖๑๗๘

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๑๑๑๗



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางรอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางปภัสน์ชนก อวิสตาร์ักษ์ รหัสประจำตัว ๕๔๙๒๐๒๖๔ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่าน อำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๓๕ ราย ระหว่างวันที่ ๒๐ มกราคม – ๓๐ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนางรอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๔๕, ๐ ๓๘๑๐ ๒๘๓๖

โทรสาร ๐ ๓๘๓๙ ๓๔๗๖

ผู้วิจัย ๐ ๘๑ ๙๔๖ ๖๑๗๘

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ | อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. แพทย์หญิงวรรณศรินทร์ ประสงค์กุล | แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ |