

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออก  
จากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

ชัดเจน กิณะชัย

- 1 ส.ค. 2560

369 078

TH 00 2560

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

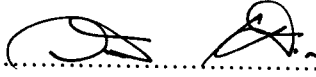
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

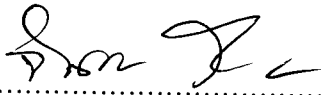
ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

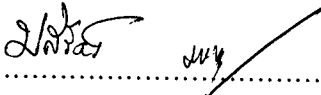
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ ชัดเจน กิณะชัย ฉับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

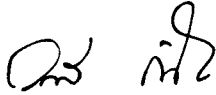
  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


  
.....ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.มนิรัตน์ ภาครูป)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เดียววิเศษ)

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

  
.....กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพา

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจิริ ไชยมงคล)

วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ  
เดียวิศเรศ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะและช่วยเหลือในการตรวจสอบ  
การแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง  
เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ และคณาจารย์ในมหาวิทยาลัย  
บูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน จากสถาบันต่าง ๆ ที่ได้ให้ความกรุณาให้  
คำปรึกษา คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร หัวหน้างานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
พุทธโสธร ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ตลอดจนทั้งคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำ  
วิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจโรคระบบประสาทและ  
สมอง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธรทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกใน  
การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจนครบถ้วนสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ที่สละเวลาเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

สุดท้ายขอขอบพระคุณ เพื่อน ๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลในเรื่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของ  
การศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่  
บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา  
และประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

ชัชเจน กิณะชัย

54920265: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)  
 คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาลครอบครัว/ การปรับตัวของครอบครัว/ โรคหลอดเลือดสมอง  
 ระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
 ชัดเจน กิณะชัย: ผลของ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
 ระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว (EFFECT OF FAMILY  
 INTERVENTION PROGRAM OF CEREBROVASCULAR DISEASE PATIENTS AFTER  
 DISCHARGE FROM THE HOSPITAL ON FAMILY ADAPTATION) คณะกรรมการควบคุม  
 วิทยานิพนธ์: วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D. 92 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ  
 เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการรับบทบาทในการดูแล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน การศึกษา  
 กึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
 สมองระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิก  
 ครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  
 จำนวน 32 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย กลุ่ม  
 ทดลองได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเวลาหลังจำหน่ายออก  
 จากโรงพยาบาล 2 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและ  
 หลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจก  
 แจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าทีและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของ  
 ครอบครัวหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และกลุ่มทดลองมี  
 คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของครอบครัวหลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
 ( $p < .001$ )

ผลการวิจัยนี้ แสดงว่า โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ  
 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถนำไปใช้เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก  
 ปรับตัวกับบทบาทของการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้ค  
 ึ่งขึ้น

54920265: MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FAMILY INTERVENTION PROGRAM/ FAMILY ADAPTATION/  
CEREBROVASCULAR DISEASE PATIENTS AFTER DISCHARGE FROM  
THE HOSPITAL

CHUDJANE KINACHAI: EFFECT OF FAMILY INTERVENTION PROGRAM OF  
CEREBROVASCULAR DISEASE PATIENTS AFTER DISCHARGE FROM THE HOSPITAL  
ON FAMILY ADAPTATION. ADVISORY COMMITTEE: WANNEE DEOISRES, Ph.D.,  
CHINTANA WACHARASIN, Ph.D. 92 P. 2016.

Families of cerebral vascular patients need to receive effective care to help them to adapt to caregiver roles after the patients were discharged from hospitals. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effect of family intervention program of cerebrovascular disease patients after discharge from the hospital on family adaptation. The samples of 32 primary family caregivers were recruited and randomly assigned into the control and experimental group equally. The experimental group received two weekly ninety-minute sessions of family intervention program of cerebrovascular disease patients after discharge from the hospital while the control group received regular nursing care. Caregivers' family adaptation interview was used for pretest and posttest data collection. Frequency, mean, standard deviation, t-test and chi-square test were computed for data analysis.

The results revealed that after the experiment, family caregivers in the experimental group had significantly higher mean scores of family adaptation than those before the experiment ( $p < .01$ ), and after the experiment, family caregivers in the experimental group had significantly higher mean scores of family adaptation than those in the control group ( $p < .01$ ).

This indicates that family intervention program of cerebrovascular disease patients after discharge from the hospital can be applied to primary caregivers in order to help them better adapt with family caregivers' role at home.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
โรคหลอดเลือดสมอง.....	8
แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	12
แนวคิดการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	19
แนวคิดการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย.....	32
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
รูปแบบการวิจัย.....	44
สถานที่ศึกษาวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อการวิจัย.....	48
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	49
วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่ .....	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	57
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	57
5 สรุปและอภิปรายผล .....	63
สรุปผลการวิจัย .....	63
การอภิปรายผล.....	64
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	67
บรรณานุกรม.....	68
ภาคผนวก .....	74
ภาคผนวก ก.....	75
ภาคผนวก ข.....	77
ภาคผนวก ค.....	83
ภาคผนวก ง .....	85
ภาคผนวก จ.....	89
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	92

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	58
2	ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคและด้านส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว .....	60
3	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลอง ระยะเวลา ก่อนและหลังทดลอง.....	61
4	ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา ก่อนและหลังทดลองระหว่างครอบครัวกลุ่มทดลองกับครอบครัวกลุ่มควบคุม ....	62



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
2	ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย .....	34
3	ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	55

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง คือ อาจมีการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงาน จึงเกิดเป็นอัมพาตของร่างกายในส่วนนั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานูภาพ, 2553) โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปี พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 12,995 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 ต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองและในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 20,368 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.37 ต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2558 ดังนี้ จำนวน 1,250 ราย 1,562 ราย 1,618 ราย และ 1,775 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2559) สรุปได้ว่า สถิติการเกิดโรคและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการสุขภาพและเครือข่าย โดยการจัดให้มีระบบ Stroke fast track และ Stroke unit

ผลจากการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในทางเดียวกันผู้ป่วยที่หลงเหลือความพิการมีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากรายงานพบว่า ร้อยละ 70 จะหลงเหลือความพิการด้านการพูด การสื่อสาร และอีกร้อยละ 30 จะหลงเหลือความพิการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นอาการแขน ขา อ่อนแรง ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การหลงเหลือความพิการทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้น้อยลง ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือและดูแล (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล, 2554) และการศึกษาของ ชื่นชม ชื่อลือชา (2555) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่หลงเหลือความพิการอยู่มาก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากสมาชิกครอบครัวมากด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อิมโอสู (2550) พบว่าสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้เวลาอยู่

กับผู้ป่วย วันละ 20-24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 40.80 นอกจากนี้ ยังพบว่าสาเหตุที่สมาชิกครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักต้องทุ่มเทเวลาอย่างยาวนานนั้น เพราะภารกิจในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การดูแลแผล การทำแผลที่เกิดจากการกดทับ การสื่อสารกับผู้ป่วย การจัดการกับภาวะวิกฤต เป็นต้น ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า กระทบทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเสื่อมลง (ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ, 2554) ภาวะที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาคนอื่น นั้น ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเปลี่ยนแปลงไปด้วย (ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม, 2552) สรุปได้ว่า สมาชิกครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ต้องรับภาระอย่างหนักและหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากต้องรับบทบาทสำคัญนี้ ต่อจากทีมสุขภาพเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการหลงเหลือความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกทุกคนใน ครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคม ที่มีความรัก ความผูกพันใกล้ชิดกันอย่างแน่นอน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง สมาชิกครอบครัวคนอื่น จะมีบทบาทให้การช่วยเหลือและดูแลสมาชิกเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้ การศึกษาของ ชูสิทธิ์ ทาทอง (2550) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านแล้ว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยทักษะความชำนาญ ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เกิดภาวะวิตกกังวล รับรู้ถึงความยากลำบาก ไม่นั่นใจและไม่มีความพร้อม (คนองนิช ไชยวุฒิ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Archbold et al. (1995) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ไม่มีประสบการณ์ จะมีปัญหาด้านการปรับตัวและการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง และการศึกษาของ เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมาร (2555) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รู้สึกถึงความยากลำบากต่อบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ส่วนการศึกษาของ วรรณฤดี วิภาภรณ์ (2555) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น เป็นการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักจะเกิดภาวะวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ภาวะดังกล่าว ทำให้ขาดความมั่นใจต่อการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สรุปได้ว่า ผลจากการขาด

ประสบการณ์ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ปัญหาที่ตามมาและส่งผลกระทบต่อภาพรวมของครอบครัวทั้งระบบ คือ การปรับตัวของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลายปัจจัย ปัจจัยด้านความเชื่อที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของครอบครัวนั้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยความเชื่อที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Facilitating Belief) เป็นรูปแบบความเชื่อที่ช่วยส่งเสริมและเอื้อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น 2) ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Constraining belief) เป็นรูปแบบความเชื่อที่ทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทิศทางที่จำกัด (Wright & Bell, 2009) จากการศึกษาของ ดวงใจ ดุสิต (2552) พบว่า ความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จต่อการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และการศึกษาของ อินทิรา ลิมเชย (2550) พบว่า ความเชื่อในทางบวก ของภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยอยู่นั้นเป็นไปในทางที่ดี ในทางกลับกัน ถ้าภรรยามีความเชื่อในทางลบ ก็จะส่งผลให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยอยู่นั้นเป็นไปในทางที่ไม่ดี

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของครอบครัวทั้งระบบ โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก อธิบายได้จากการศึกษาของ อินทิรา ลิมเชย (2550) พบ ความเชื่อของภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่า โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้อาการกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ และภรรยายังมีความเชื่อว่าเป็นการชดใช้กรรมแต่ชาติปางก่อนที่มาร่วมกันมา ในชาตินี้จึงต้องมาชดใช้กรรม ซึ่งความเชื่อดังกล่าว ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยคือ ความตั้งใจดูแลผู้ป่วยลดน้อยลง ไม่มีแรงจูงใจ ไม่มีเป้าหมายในการดูแล นอกจากนี้ ยังพบความเชื่อของครอบครัวด้านอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการปรับของครอบครัว เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล ความเชื่อเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรคและความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัว มีผลต่อการปรับตัวของ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและหาแนวทางการ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัวไปในทิศทางที่ดี โดยการนำการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009) มาใช้กับ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นรูปแบบการ สนทนาบำบัด มีจุดมุ่งหมาย มีการกำหนดเวลาและให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ของครอบครัวกับพยาบาล แนวคิดการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ได้ นำไปใช้ในการดูแลบำบัดครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ช่วยลดความทุกข์ทรมานของ ครอบครัวได้ (Tapp, 2000 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) การศึกษาของ เนตรลาวัลย์ เกิดหอม (2548) พบว่า การพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนั้น ช่วยส่งเสริม สัมพันธภาพในครอบครัว กระเนนความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองและความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น และการศึกษาของ สมบัติ น้ำดอกไม้ (2558) พบว่า การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง โดยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า แนวคิดการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จะช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำ หน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถ ปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ส่งเสริมและเอื้อต่อการปรับตัวของครอบครัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การ ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนและหลังทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังทดลองระหว่างครอบครัวกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและครอบครัวกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามรูปแบบปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

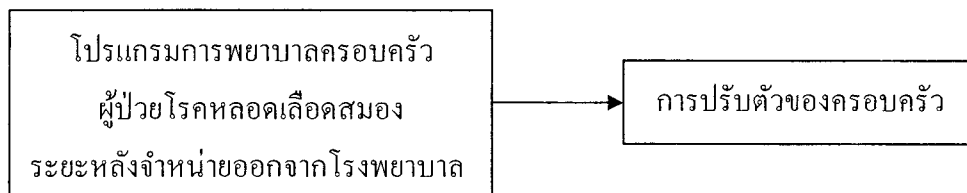
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่าครอบครัวกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบครอบครัว (Family system theory) และรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากระบบครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อยดังนี้ หน่วยย่อยของบุคคล ที่มีความซับซ้อนของร่างกายจิตใจ ซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน แต่ละระบบย่อยมีขอบเขตของตัวเอง เพื่อแยกจากระบบอื่น ซึ่งขอบเขตมีผลต่อครอบครัว ความเชื่อเป็นลักษณะพื้นฐานสำคัญของบุคคลและความเชื่อของบุคคลนั้น จะถูกถ่ายทอดจากระบบครอบครัว ความเชื่อเป็นความรู้สึกมั่นใจว่าถูกต้องและเป็นจริง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา จึงเกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลหลักที่ต้องรับภาระหน้าที่ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย จะสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้มากขึ้นได้มากน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น

เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จะมีการปรับตัวอย่างไร จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อความเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ (Constraining belief) และ 2) ความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จ (Facilitating belief) ครอบครัวที่มีความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จ จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีขึ้น ในทางตรงข้าม ครอบครัวที่มีความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ จะส่งผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวไปในทางที่ไม่ดี การพยาบาลครอบครัวจะได้ผลดี ก็ต่อเมื่อมีวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัวกับพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัว เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วย มีกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนากับครอบครัว ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย แยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของ

ครอบครัว และ 4) การสรุปผล โดยกิจกรรมการพยาบาลจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เปิดเผยความรู้สึก ความกลัว ความโกรธ ความเสียใจ ความวิตกกังวล การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ การบอกเล่าจะทำให้เกิดการเปิดเผยความเชื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีความเชื่อที่แตกต่างกัน รูปแบบการพยาบาลจึงต้องพิจารณาเป็นรายครอบครัว เพื่อให้การสนทนาได้ค้นพบปัญหาอย่างแท้จริงและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความเชื่ออย่างเหมาะสม จึงเห็นได้ว่า ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ส่งผลโดยตรงต่อการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ดังนั้นจึงนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มาใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว ประชากรที่ศึกษา คือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 32 ราย

## นิยามศัพท์เฉพาะ

### 1. ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หมายถึง สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยที่อยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทราและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร

### 2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ที่ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์สาขาระบบประสาทและสมองว่า เป็น โรคหลอดเลือดสมองตีบ ตันหรือแตก ครั้งแรก โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธโสธร อยู่ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับสามถึงระดับหก (Katz et al., 1963 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540)

### 3. การปรับตัวของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่

ดูแลหลัก ในการรักษาสมดุลต่อปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดผล 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวปรับตัวในทางที่ดีและครอบครัวปรับตัวในทางที่ไม่ดี ประเมินโดยใช้แบบวัด ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว ของ ชูสิทธิ์ ทาทอง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัด Family Member Well Being (FMWB) ของ McCubbin and McCubbin (1996)

### 4. โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล หมายถึง โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ของ Wright and Bell (2009) วัตถุประสงค์ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวของครอบครัว จำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที แต่ละครั้งประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว
2. การสนทนาบ่าบัด
  - 2.1 ความเข้าใจบริบทของครอบครัว
  - 2.2 การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อของครอบครัว
  - 2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวของครอบครัว
  - 2.4 การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการปรับตัวของครอบครัว
3. การสะท้อนคิดของครอบครัว
4. การสรุปผล



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัวนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม จากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

#### โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยในประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้ เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย ลักษณะของความผิดปกติของระบบประสาทที่เกิดขึ้น ทันทีทันใด และมีอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจาก ความผิดปกติของหลอดเลือดสมองแดงสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงหรือมีเลือดออกในสมอง ไม่รวมสาเหตุอื่น เช่น การได้รับบาดเจ็บ เนื้องอก การติดเชื้อ และไม่รวมภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว ที่อาการทางระบบประสาทและสมองเกิดและหายไป ใน 24 ชั่วโมง (World Health Organization [WHO], 2012) สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้ให้คำจำกัดความไว้ดังนี้ เป็นภาวะสมองขาดเลือดมาเลี้ยง จากการตีบ ตัน หรือแตกของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมอง ทำให้หน้าที่ของสมองทำงานผิดปกติไป เป็นผลทำให้เกิดอาการทางคลินิกต่าง ๆ ตามตำแหน่งที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับ การถูกทำลายของเนื้อสมอง เช่น แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซหรือการทรงตัวไม่ดี อาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง

สรุปความหมายของโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้ เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดมาเลี้ยง เนื่องจากการตีบ ตันหรือแตกของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง จนเกิดการทำลายหรือการตายของเนื้อสมองและมีความบกพร่องของระบบประสาทและสมองตามมา เป็นผลทำให้มีอาการ ดังนี้ แขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซหรือการทรงตัวไม่ดี อาการเหล่านี้จะอยู่นานมากกว่า 24 ชั่วโมง

## สถานการณ์ของโรค

สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองของประเทศไทย จากรายงานพบว่า พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิต จำนวน 12,995 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมองและใน พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 20,368 คน คิดเป็นร้อยละ 20.37 ต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2558 คือ จำนวน 1,205 ราย 1,562 ราย 1,618 ราย และ 1,775 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2559) จึงสรุปได้ว่า สถิติการเกิดโรคและจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดมาตรการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต โดยการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานบริการสุขภาพและเครือข่าย โดยการจัดให้มีระบบ Stroke fast track และ Stroke unit

ผลจากการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในทางเดียวกันพบผู้ป่วยที่หลงเหลือความพิการมีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน จากรายงานพบว่า ร้อยละ 70 ผู้ป่วยจะหลงเหลือความพิการด้านการพูด การสื่อสาร และอีกร้อยละ 30 จะหลงเหลือความพิการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น อาการแขน ขาอ่อนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อจากทีมสุขภาพ นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังส่งผลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้รัฐต้องสูญเสียเงินเพื่อให้การดูแลรักษาเป็นจำนวนมหาศาลต่อปี จึงกล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติโดยรวม (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

## ชนิดของโรค

โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ (American Heart Association [AHA], 2011)

1. การตีบและตันของหลอดเลือด (Ischemic stroke) ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นชนิดที่พบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (สิริรัตน์ ธีลาจรัส, 2550) สาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้หลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง จากการเกาะตัวของไขมัน เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดแดง ส่วนน้อยที่เกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดแดงและความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง การเกิดหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง จะพบได้มากในผู้สูงอายุที่ป่วย

เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ส่วนการอุดตันของหลอดเลือดแดงเกิดจาก หลอดเลือดแดงผิดปกติแต่กำเนิด หลอดเลือดแดงอักเสบ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดหรือสิ่งแปลกปลอมพลัดหลุดเข้าไปในหลอดเลือดแดง กรณีที่เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงเพียงเล็กน้อย จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว ทำให้การไหลเวียนของเลือดถูกขัดขวางชั่วคราว เกิดอาการตาพร่ามัว แขน ขา ชา อ่อนแรง สับสน พูดไม่ชัด เกิดขึ้น 2-3 นาที และอาการจะหายไปภายใน 1 ชั่วโมง

2. การแตกของหลอดเลือดสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ก้อนเลือดจะเบียดดันเนื้อสมอง ทำให้เสียหายที่และสมองทำงานผิดปกติ เกิดอาการอัมพาตตามมา สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน ส่วนน้อยที่เกิดจากความผิดปกติหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง

### สาเหตุ

โรคหลอดเลือดสมองตีบ ต้นของหลอดเลือดแดง เกิดจากมีการตีบของหลอดเลือดแดง โดยเกิดจากหลอดเลือดแดงในสมองแข็งและตีบ ตัน (Atherothrombosis) หรือเกิดจากมีลิ่มเลือดที่ไหลมาตามกระแสเลือด มาอุดตันหลอดเลือดในสมอง (Embolism) ส่วนโรคหลอดเลือดสมองแตก นั้น เกิดจากผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงมานาน โดยมีอัตราส่วนของการเกิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ร้อยละ 85 โรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 15 ทั้งสองชนิดเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด ความรุนแรงจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการอุดตัน ตำแหน่งของเนื้อสมองที่ถูกทำลายและ โรคที่เป็นร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินโรคและการรักษา (สิรินันท์ พงศ์เมธีกุล, 2553)

### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขน ขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง อาจสังเกตพบอาการ ขณะตื่นนอน เดินหรือทำงานอยู่ที่ทรุดล้มลง ไป มีอาการชาตามแขน ขา ตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน ปากเบี้ยว กลืนอาหารไม่ได้ พูดอ้อแอ้หรือพูดไม่ได้เลย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการของแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยมักจะมีสติผิดปกติ ที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น ถ้ามีการตีบของหลอดเลือดแดงเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอ่อนแรงซีกขวา อาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวา จะเกิดอาการอ่อนแรงซีกซ้าย อาการอ่อนแรงมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป อาจเป็นเดือนเป็นปีหรือตลอดชีวิต กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน จะมีอาการแขน ขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงแบบฉับพลันทันที ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการของหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาว หรือวัยกลางคน อาการเกิดขึ้นทันทีทันใด ขณะทำงานออกแรงมาก โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้า

อาจบ่นปวดศีรษะรุนแรงหรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยมีอาการมาก่อน หลังจากนั้น จะพบอาการปากเขียว พูดไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรง ถ้ามีเลือดออกที่สมองชนิดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการชักเกร็งและหมดสติ รุ่มาตาเล็กทั้งสองข้าง มักเสียชีวิตใน 1-2 วัน ส่วนกรณีเลือดออกที่สมองชนิดไม่รุนแรง อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นและมีฟื้นกลับสู่สภาพเดิมได้ หลังได้รับการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกจากสมองอย่างรวดเร็ว (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553)

สรุปอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตันหรือแตก ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง ทำให้เกิดอาการบกพร่องของระบบประสาทโดยมีอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดและมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะมีอาการดังนี้ อาการแขน ขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด กลืนอาหารไม่ได้ ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น

### การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจุดประสงค์ เพื่อช่วยให้อาการบกพร่องของระบบประสาทและสมองดีขึ้น มีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุดและการป้องกันการเกิดซ้ำ โดยมีแนวทางการรักษา ดังนี้

#### 1. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

การที่เนื้อสมองตาย จะไม่มีการรักษาใด ที่จะทำให้เนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เนื้อสมองก็มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นจึงต้องให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงให้เร็วที่สุด โดยใช้วิธีการรักษาดังนี้

1.1 การรักษาระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูง ไม่ให้ลดความดัน ไคเอสโตลิก ต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากกลไกการรักษาระดับเลือดที่ไปเลี้ยงสมองของหลอดเลือดแดงบริเวณนั้นเสียไป ถ้าความดันโลหิตลดต่ำเกินไป จะทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและบริเวณเนื้อสมองตายจะขยายกว้างขึ้น นอกจากนี้ในรายหลอดเลือดสมองบริเวณอื่น มีการตีบ ตันอยู่แล้ว จะทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อสมองส่วนนั้นเพิ่มขึ้นอีกทันที

1.2 การให้ยากันเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) พบว่า สามารถลดอัตราการเกิดเนื้อสมองตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นครั้งคราวและลดอัตราการเกิดอาการซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดเนื้อสมองตายมาแล้ว

1.3 การให้ยากันเลือดแข็งตัว (Anticoagulant) โดยใช้ในรายเนื้อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวและในรายที่ผู้ป่วยมีภาวะอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือด

1.4 การให้ยาลดสมองบวม นิยมใช้ 2 วิธี คือ สเตียรอยด์ (Steroid) และสารเข้มข้น (Hyperosmolar) เช่น แมนนิตอล (Mannitol) ซึ่งใช้ในระยะเวลาที่สมองบวมมากเท่านั้น

## 2. โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดง

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงนั้น มีจุดมุ่งหมายคือ ป้องกันเลือดออกเพิ่มขึ้นและลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเน้นการรักษาแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1 การให้ยาเพื่อลดความดันโลหิต เนื่องจากการแตกของหลอดเลือดสมองนั้น เกิดจากความดันโลหิตที่สูงมากแต่การให้ยาลดความดันโลหิต ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเพราะอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง

2.2 การผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma) ในรายที่มีข้อบ่งชี้ เช่น ก้อนเลือดไปเบียดเนื้อสมองเพิ่มขึ้น เป็นต้น

2.3 การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่าง ๆ ของร่างกาย (Ventricular drainage) ในรายที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

สรุปโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง คือ มีการตีบ ตันหรือแตกของหลอดเลือดแดง ทำให้เนื้อสมองส่วนที่ถูกทำลายตายและหยุดทำงาน จึงเกิดอาการอัมพาตของร่างกายในส่วนนั้น ผลจากการพัฒนาคุณภาพบริการและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ปัจจุบันพบอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในทางเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตและหลงเหลือความพิการมีจำนวนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักจึงมีบทบาทสำคัญต่อจากทีมสุขภาพ ดังนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จึงต้องมีการปรับตัวกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

## แนวคิดระบบครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบครอบครัวมีลักษณะเป็นองค์รวมใหญ่กว่าหน่วยย่อยทั้งหมด ครอบครัวเป็นระบบสังคมของสิ่งมีชีวิตที่สมาชิกมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีความผูกพันกันอย่างซับซ้อน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งหมด

ระบบครอบครัวเป็นทั้งระบบปิดและระบบเปิด จะรับและแลกเปลี่ยนความคิด สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนประโยชน์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ระบบครอบครัวยอมให้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างความต้องการภายนอกและภายในครอบครัว การปรับตัวของครอบครัวเป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในระบบย่อยและระหว่างระบบย่อย เพื่อทำหน้าที่ตามเป้าหมายของ

ครอบครัว (Friedman, Bowben, & Jones, 2003) ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วย หลายระบบย่อยคือ ระบบแห่งบุคคล เช่น สามี-ภรรยา พ่อ-แม่ ลูกและพี่น้อง เกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) เนื่องจากระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกครอบครัว ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ก็ส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของสมาชิก ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว จะกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น กระทบต่อระบบครอบครัว และระบบครอบครัว ก็มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของบุคคลด้วยเช่นกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ (Wright & Leahey, 2005)

### 1. ความหมายของครอบครัวและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปอาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดและการเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันกัน มีค่านิยมสัญญาาร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเองและทำหน้าที่เป็นสมาชิกครอบครัว ปฏิบัติบทบาทหน้าที่เพื่อดำรงไว้ ซึ่งความสมดุลและความผาสุกของครอบครัวทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นครอบครัวจึงต้องมีการดูแลกัน (Wright & Bell, 2009)

สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง โดยไม่หวังค่าตอบแทน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น
2. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลรอง (Secondary caregiver) คือ บุคคลที่ช่วยทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

สรุป การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุกด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาพเดิมได้อย่างเหมาะสม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต เช่น ปัญหาการหยุดงานหรือเปลี่ยนงาน ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

## 2. ผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัว

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น มีความพิการหลงเหลือหลังการรักษา นอกจากสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักต้องรับบทบาทให้การช่วยเหลือและดูแลแล้ว ยังต้องรับภาระอย่างอื่นของครอบครัวด้วย จึงสรุปผลกระทบต่อภาพรวมของครอบครัวได้ดังนี้ (Phipps, 1999 อ้างถึงใน ชูสิทธิ์ ทาทอง, 2550)

2.1 ผลกระทบด้านสุขภาพของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว สมาชิกผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลา ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักนั้นเกิดความเครียด นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม จากการที่ลืมนใจดูแลตนเอง จึงทำให้มีปัญหสุขภาพตามมา ประกอบกับการดูแลเป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย (ชูสิทธิ์ ทาทอง, 2550)

2.2 ผลกระทบด้านการดำรงชีวิตของครอบครัว การที่สมาชิกครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนความรับผิดชอบหรือหน้าที่ที่มีในครอบครัว กิจกรรมที่เคยทำตามปกติหรือยามว่างถูกจำกัดน้อยลง ไม่สามารถไปไหนได้เป็นเวลานาน การกระทำใด ๆ ก็ตามจำเป็นต้องมีการวางแผนล่วงหน้า มาตรฐานชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวลดลงได้ เช่น จากภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ทำให้ต้องลดค่าใช้จ่ายเรื่องอาหาร การดำรงชีวิตด้านอื่น ๆ เป็นต้น

2.3 ผลกระทบด้านฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมาก เป็นระยะเวลายาวนานในการดูแลรักษา ภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่สามารถทำงานหารายได้เพิ่ม และยังทำให้รายได้ลดลง จากการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ได้รับผลกระทบทำให้ชีวิตครอบครัวไม่มั่นคง ลูกหลานอาจเสียโอกาสทางการศึกษา รายได้ของครอบครัวที่ลดลง จากการที่สมาชิกครอบครัวต้องถูกออกจากงานหรือต้องลางานบ่อย ไม่สามารถหารายได้พิเศษด้วยการทำงานล่วงเวลาได้เหมือนที่เคยปฏิบัติ

2.4 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ทำให้ครอบครัวแตกแยกมีความขัดแย้งกันในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทำให้ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะเครียด อาจก่อให้เกิดความไม่เข้าใจกัน คาดหวังซึ่งกันและกันหรือมีทัศนคติต่อกันในทางลบ เมื่อครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ในรายที่มีพยาธิสภาพและการดูแล

รักษาที่ซับซ้อนอย่างเพียงพอ ก็จะเกิดความขัดแย้งระหว่างให้การดูแล เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดได้เพิ่มขึ้น ทักษะคติในทางลบจะเกิดขึ้นได้เมื่อครอบครัวต้องรับภาระและทุ่มเทเวลาให้กับผู้ป่วยกระทั่งการดำเนินชีวิตของตนเองเกิดความไม่สะดวกและความลำบาก เมื่อครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ๆ

2.5 ผลกระทบด้านความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวต่ำลง เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยด้วยกัน ทั้งจากปัญหาสุขภาพของสมาชิกครอบครัว สถานะเศรษฐกิจที่เลวลงหรือภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เกินความสามารถของสมาชิกครอบครัวหรือสภาวะจิตใจที่เบี่ยงเบนไป

2.6 ผลกระทบด้านจิตใจของสมาชิกในครอบครัว จากผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อครอบครัวดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านสุขภาพ การดำรงชีวิต ครอบครัวที่เปลี่ยนไป สัมพันธภาพในครอบครัวที่เลวลง ปัญหาเศรษฐกิจ ภาระในการดูแลผู้ป่วยหรือความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวที่ต่ำลง ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจให้แก่สมาชิกในครอบครัวทั้งสิ้น ซึ่งอาจจะตอบสนองต่อความเครียด บางรายต้องแยกตัวออกจากสังคมสัมพันธภาพต่าง ๆ กับสังคมลดลง รู้สึกเหมือนถูกกักบริเวณอยู่ภายในบ้าน รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ขาดคนพูดคุยปรึกษาที่เข้าใจถึงความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิด อึดอัดคับข้องใจ

### 3. บทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในการดูแลทำกิจกรรมประจำวัน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย บทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวมีดังนี้ (สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 2550)

3.1 การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยยึดหลักพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตัวเองให้มากที่สุด ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะสิ่งที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ พร้อมทั้งได้รับกำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเองจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองมากขึ้น การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันมีดังต่อไปนี้

3.1.1 การรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน ผู้ป่วยควรได้รับประทานอาหารอย่างน้อยวันละ 2-3 มื้อ/วัน และได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณ 8-10 แก้ว ขณะรับประทานอาหารผู้ป่วยอาจสำลักได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบถ้วน ผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการทดสอบรีเฟล็กซ์ในการกลืน เริ่มจากป้อนอาหารเหลวที่มีลักษณะข้นครั้งละน้อย ๆ ถ้าผู้ป่วยกลืนได้ให้กระตุ้นการกลืนโดยการป้อน



ของเหลวอื่น หรืออาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่มให้บ่อยครั้งขึ้น ต่อจากนั้นจึงให้ดื่มน้ำเมื่อผู้ป่วยสามารถกลืนได้ดีแล้ว สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหลอดคอ จะทำให้อาหารติดคอและสำลักได้ง่าย ดังนั้นการกลืนควรให้ผู้ป่วยนั่งในท่าก้มหัวคางชิดคอ จะช่วยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำได้ เนื่องจากฝากล่องเสียงจะปิด ต้องทำความสะอาดในช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นน้ำลาย และรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ควรตัดอาหารคำเล็ก ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถป้อนอาหารได้เองควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำเอง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์หรือการกลืนที่ถูกต้อง รวมทั้งให้เวลาผู้ป่วยในการรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยรับประทานเสร็จแล้วควรให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งอีก 30-45 นาที เพื่อป้องกันการสำลักในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนได้จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยาง ผู้ดูแลควรดูแลให้สายอาหารอยู่ในตำแหน่งที่กำหนดไว้ ไม่มีการเลื่อนเข้าออกหรือหลุดผู้ป่วยควรได้รับอาหารวันละ 4-6 มื้อหรือประมาณ 2,000-3,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

3.1.2 การขยับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีปัญหา มีปัสสาวะไหลตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลต้องดูแลไม่ให้ผิวหนังบริเวณก้นเปียกชื้น อาจใส่ถุงรองรับน้ำปัสสาวะสำหรับผู้ชาย และใส่ผ้ากันซึมหรือใช้วิธีเปลี่ยนผ้าบ่อย ๆ และให้การช่วยเหลือทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์หลังจากขยับถ่ายทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

3.1.3 การขยับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้งและได้รับการกระตุ้นในการออกกัมถัมกล้ามเนื้อหน้าท้อง ควรหัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ โดยนั่งส้วมหรือกระโถน ในเวลาเดียวกันทุกวันแม้ว่าจะไม่ปวด เพื่อฝึกสุขนิสัย โดยเฉพาะหลังอาหารเช้า เพราะอาหารเช้าจะช่วยกระตุ้นให้ลำไส้เคลื่อนไหว ให้รับประทานอาหารที่มีกาก ประเภทผักผลไม้ เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน หรืออุจจาระอัดแน่นเป็นก้อนแข็ง อาจต้องใช้ยาเหน็บหรือสวนอุจจาระ และทุกครั้งผู้ป่วยต้องการขยับถ่าย ต้องรีบให้ถ่ายหรือพาไปห้องน้ำทันที ไม่ควรให้ผู้ป่วยรอหรือพลัดเวลาออกไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหยาบปวดและมีการดูดซึมน้ำกลับทำให้อุจจาระแข็งได้ การขยับถ่ายจะดีขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น คือ สามารถ นั่ง ยืน แต่งตัว อาบน้ำ เคลื่อนย้าย ออกกำลังกายและเดินได้ เพราะกิจกรรมเหล่านี้ จะทำให้ความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นและช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น

3.1.4 การดูแลสุขอนามัย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ช่วยตัวเองมากที่สุดเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยทำความสะอาดผิวหนังโดยใช้สบู่อ่อน ๆ และน้ำสะอาด หลังจากล้างสบู่ออกหมดซับให้แห้งด้วยผ้านุ่ม

3.1.5 การแต่งกาย ควรเลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่และถอดง่าย สะดวก หลวม ๆ ใต้อบาย เสื้อผ้าต้องโปร่ง ไม่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกาย เพื่อป้องกันความอับชื้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเองให้มากที่สุด เช่น หวีผม ทาแป้ง โกนหนวด ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยในการทำกิจกรรม การสวมใส่เสื้อผ้าควรใส่ข้างที่เป็นอัมพาตก่อนใส่ข้างที่ดีและถอดข้างที่ดีก่อนเสมอ

3.1.6 การนอนหลับ ควรให้ผู้ป่วยได้เข้านอนเป็นเวลาและได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมที่นอน สิ่งแวดล้อมให้สะอาด ลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับ เช่น แสงสว่าง กลิ่น และควรได้รับการจัดท่านอนที่ถูกต้อง เพื่อให้รู้สึกสุขสบายมีการไหลเวียนของโลหิตได้ดี โดยจัดแขนข้างที่เป็นอัมพาตให้ปลายมือสูงกว่าข้อศอกและให้ข้อศอกสูงกว่าไหล่ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงกลางวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหลับได้นานในเวลากลางคืน

3.2 การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิมมากที่สุด คงไว้ซึ่งความสามารถด้านร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า และบทบาทในสังคมของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นหรือระดับความสามารถของร่างกายลดลง จะส่งผลให้สมาชิกผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักมีความวิตกกังวลมากขึ้น การฟื้นฟูสภาพเป็นระบบการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สูงสุด ทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคม ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ โดยมีเป้าหมาย คือ ป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น ดำรงรักษาอวัยวะส่วนที่ดีให้คงไว้ ช่วยฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะที่เสียไปให้กลับคืนมา โดยมีกิจกรรมดังนี้

3.2.1 การบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive range of motion การเคลื่อนไหวตัวเองและการฝึกเดิน การฝึกเดินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเวลา 1-3 เดือนหลังเกิดโรค เป็นระยะเวลาที่ได้ประโยชน์และได้ผลดีที่สุด การออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ เพื่อป้องกันความพิการและส่งเสริมทักษะของร่างกายด้านที่เสียไป เสริมสร้างการทำหน้าที่ของร่างกายด้านดีให้แข็งแรงและทำงานได้มากที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีคุณค่าในตัวเอง

3.2.2 การสื่อสาร ควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือแสดงความไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว นาน ๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจนและพูดซ้ำ ถ้าไม่เข้าใจควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถามจะทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ผู้ป่วยตอบเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดหรือเบื่อหน่าย ไม่ควรแสดงอาการรำคาญ

3.2.3 การกลืน ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนลำบาก ลื่น ปากข้างอัมพาตจะหา  
 สัญญา Gag reflex ผู้ป่วยควรได้รับการฝึกการกลืนและการรับประทานอาหาร

3.2.4 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความพิการเกิดขึ้น  
 อย่างเห็นได้ชัด ผู้ป่วยจะเกิดความเครียด ซึ่งในแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป โดยความเครียดจะ  
 เพิ่มขึ้นตามความสามารถในการทำหน้าที่และภาวะพึ่งพา การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่  
 สถานะเศรษฐกิจที่ไม่ดี อาการที่เลวลง ผู้ป่วยบางรายมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้  
 มีความอดทนต่อความเครียดน้อยลง การเผชิญความเครียดของผู้ป่วย จะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับโรค  
 และภาวะคุกคามของโรค ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินและการดูแลด้านจิตใจ โดยได้รับ  
 การช่วยเหลือให้เข้าใจถึงวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป ได้รับการกระตุ้นและให้  
 กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีการสื่อสารกับคนอื่น พร้อมทั้งได้รับข้อมูลเพิ่มเติมตามความ  
 ต้องการ

3.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัด  
 หลายด้านผู้ป่วยเหล่านี้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากเช่น แผลกดทับ การติดเชื้อใน  
 ระบบต่าง ๆ และภาวะข้อติด เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการดูแลต่อไปนี้

3.3.1 การป้องกันแผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาส  
 เกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45 การดูแลควรมีการป้องกันโดยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ได้รับการ  
 ตรวจผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือขณะทำกิจกรรมให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้  
 ให้เลือดไหลกลับไม่สะดวก ไม่เลื่อนผู้ป่วยด้วยวิธีลากเพราะผิวหนังจะเกิดการเสียดสีทำให้เกิดการ  
 ระบายเลือดและเป็นแผล นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยเฉพาะโปรตีน  
 เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อในกระบวนการหายของแผล

3.3.2 การป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อโดยมากที่พบได้แก่ การติดเชื้อทางเดิน  
 ปัสสาวะและทางเดินหายใจ การดูแลคือ สังเกตอาการไข้ ลักษณะผิดปกติของเสมหะ และการ  
 เปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำ ลดการคั่งค้างของ  
 เสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ พยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก  
 1-2 ชั่วโมง พยุงนั่ง เดิน ส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อาจมาจากหลายสาเหตุ เช่น จาก  
 การใส่สายสวนปัสสาวะ การคั่งค้างของปัสสาวะ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ  
 โดยผู้ดูแลสังเกตอาการไข้ ลักษณะของปัสสาวะและดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์

3.3.3 การป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริม  
 ในการออกกำลังกายเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ในแต่ละท่าประมาณ 5-10 ครั้ง วันละ 1-2 ครั้งในการ  
 เคลื่อนไหวแขน ขา และมือ โดยฝึกให้กำมือ เขยิบมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกาย

บนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัว ผีกนั่งจากท่านอน ผีกนั่งตัวตรง เพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว ผีก การขึ้นขึ้นและนั่งลง

สรุปผลจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคม การหลงเหลือความพิการหลังการรักษของผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการ ดูแลตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย แต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ ของโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการ

Katz et al. (1963 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) ได้กำหนดกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ต้องพึ่งพาผู้ดูแล อันประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 กิจกรรม คือ 1) การอาบน้ำ 2) การแต่งกาย 3) การใช้ห้องสุขา 4) การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเอง 5) การควบคุมการขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ และ 6) การรับประทานอาหาร และได้แบ่งระดับของการพึ่งพาออกเป็น 8 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม ระดับที่สอง ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหนึ่งกิจกรรม ระดับที่สาม ผู้ป่วยพึ่งพา ผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำและกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่สี่ ผู้ป่วย พึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่ง กิจกรรม ระดับที่ห้า ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแล ในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้อง สุขาและกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่หก ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวัน เรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเองและกิจวัตรประจำวันอื่น อีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่เจ็ด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม และ ระดับที่แปด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยสองกิจกรรม แต่ไม่สามารถ จัดอยู่ในระดับที่สามถึงระดับที่หกได้ ซึ่งการให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนี้จะ ส่งผลให้เกิดภาวะแก่ผู้ดูแลได้ แต่การให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน แก่ผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกัน มาก จะทำให้ภาระของผู้ดูแลแตกต่างกันด้วย

ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงได้กำหนดระดับของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล ให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามถึงระดับที่หก เพื่อที่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

### แนวคิดการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็น โรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักจะมีวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัว รวมถึง

การแก้ปัญหาในด้านอื่น ๆ ของแต่ละครอบครัวแตกต่างกันไป เนื่องจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการสนับสนุนที่เอื้อต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวมีความแตกต่างกัน โดยวัตถุประสงค์หลักของทุกครอบครัว คือ การปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความสมดุลของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แนวคิดการปรับตัวของครอบครัวอธิบายได้ดังนี้

### 1. ความหมายการปรับตัวของครอบครัว

การปรับตัวของครอบครัว (Family adaptation) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการรักษาสมดุลของความตึงเครียด ทั้งระดับบุคคลที่มีต่อครอบครัวและครอบครัวที่มีต่อชุมชน การปรับตัวของครอบครัวเป็นผลจากความพยายามของครอบครัว ในการเผชิญสถานการณ์วิกฤต การเผชิญกับปัญหาสถานการณ์วิกฤตก่อให้เกิดผลในสองด้าน คือ ด้านหนึ่งครอบครัวมีการปรับตัวที่ดีหรือในทางตรงข้ามครอบครัวมีการปรับตัวในทางที่ไม่ดี โดยผลกระทบของการเผชิญต่อภาวะวิกฤตจะอยู่ในช่วงของสองด้านนี้ (McCubbin, McCubbin & Thompson, 1996)

### 2. กลวิธีเผชิญปัญหาของครอบครัว

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวจะหาวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว แต่ละครอบครัวจะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน โดย McCubbin and McCubbin (1996) กล่าวว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวขึ้น ครอบครัวจะมีกลวิธีเผชิญปัญหา 4 วิธีคือ

2.1 การแก้ปัญหา เป็นการแก้ไขที่สาเหตุของปัญหาด้วยการค้นหาข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา หาวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและลงมือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในการแก้ปัญหาของครอบครัวนั้นต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาจากการอ่านเอกสาร ปรึกษากับผู้มีความรู้ความชำนาญในปัญหานั้นและเลือกวิธีในการแก้ไขปัญหาจากการเรียนรู้พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ เช่น เมื่อมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกครอบครัวมักจะเกิดความเครียดและต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สมาชิกครอบครัวจะต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยบางครอบครัวจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค บางครอบครัวจะหาเอกสารเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาอ่าน บางครอบครัวพูดคุยปรึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว

2.2 การจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด วิธีการจัดการกับอารมณ์เครียดนั้น เป็นการใช้กลไกทางจิตเพื่อบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีได้เปลี่ยนแปลงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด เมื่อครอบครัวมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยไม่ได้มุ่งแก้ที่ปัญหาหรือสาเหตุด้วยการใช้อารมณ์ขัน การมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกันในครอบครัว การระบาย

ความรู้สึก การไม่ตำหนิกัน พร้อมทั้งการไม่แสดงปฏิกิริยานินทากล่าวร้ายกัน การออกกำลังกาย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัวต้องมีการจัดการกับความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว สมาชิกบางครอบครัวเมื่อเกิดความเครียดจะหาทางออกโดยการพูดคุยระบายความรู้สึกเมื่อมีคนมาเยี่ยมผู้ป่วย สมาชิกบางครอบครัวอาจทำกิจกรรมสันทนาการร่วมกัน เช่น มีการร้องเพลงร่วมกัน การเล่นเกมกันภายในครอบครัว

2.3 การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว แหล่งประโยชน์ของครอบครัวเป็นเหมือนกำแพงที่ช่วยลดความรุนแรงของความเครียดที่เกิดขึ้น แหล่งประโยชน์ของครอบครัวมีทั้งภายในและภายนอกครอบครัว (Friedman, 1992 อ้างถึงใน ชูติกร ทาทอง, 2550) การใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวได้แก่ ความศรัทธาและความเชื่อถือไว้วางใจกันของสมาชิกครอบครัว ความสามัคคีในครอบครัว ส่วนการใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวนั้น ครอบครัวจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอก องค์กรและสถาบันต่าง ๆ ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและเครือข่ายสังคม เช่น ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล รัฐบาลมีการช่วยเหลือ เช่น มีการออกสิทธิบัตรฟรีต่าง ๆ เช่น บัตรของผู้พิการ บัตรของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแบ่งปันค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

2.4 การให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี เป็นการใช้กลไกทางจิตในการควบคุมการให้ความหมายต่อปัญหาที่เกิดขึ้นว่าครอบครัวมีประสบการณ์มากพอที่จะแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความเครียดครอบครัวจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวสมาชิกครอบครัวคิดว่าเกิดจากกรรมเวรของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวหรือคิดว่าการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นทำให้ญาติพี่น้องมารวมกัน

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัว แบ่งได้ 2 ระยะดังนี้

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวระยะก่อนวิกฤติ (McCubbin & McCubbin, 1996) ประกอบด้วย

3.1.1 สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติ (Stress; A) ได้แก่ เหตุการณ์สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้มีความรู้สึกเครียดและเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากขึ้นกับครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ตาม เช่น การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว

3.1.2 ภาวะเสี่ยงของครอบครัว (Vulnerability; V) ได้แก่ ภาวะที่ทำให้ครอบครัวนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติ ภาวะเครียดหรือเกิดความไม่สบายใจ เช่น ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวสมาชิกคนอื่นก็เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นด้วย

3.1.3 ลักษณะของครอบครัว (Family typology; T) ลักษณะของครอบครัวบางประเภทที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบบทบาทหน้าที่ของครอบครัวและสามารถที่จะเป็นพื้นฐานในการพยากรณ์ว่าครอบครัวนั้น ๆ มีภาวะเสี่ยงต่อการปรับตัวหรือมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี บางลักษณะครอบครัวมีผลให้ครอบครัวนั้นสามารถเผชิญปัญหาได้ดี ในขณะที่ครอบครัวบางครอบครัวจะมีความยากลำบากต่อการเผชิญปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลง

3.1.4 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว (Family resources; B) หมายถึง แหล่งช่วยเหลือของครอบครัว ที่ครอบครัวนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือภาวะวิกฤติ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัว

3.1.5 การรับรู้ของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Family appraisal of the situation; C) หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติ ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความหมายต่อครอบครัวอย่างไร เช่น การรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวเกิดภาวะเลือดออกในสมอง

3.1.6 การเผชิญปัญหาของครอบครัว (Family problem solving and coping skill; PSC) หมายถึง กลวิธีการแสดงออกของครอบครัวต่อการเผชิญสถานการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้น เช่น เครียด ร้องไห้ ทะเลาะกันภายในครอบครัว

ปัจจัยทั้ง 6 นี้ มีผลเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน ในการกำหนดความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว หากแยกศึกษาปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งอาจทำให้ไม่สามารถเข้าใจภาพรวมของการปรับตัวของครอบครัวทั้งหมด หากครอบครัวประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ครอบครัวนั้นก็สามารสดำเนินชีวิตตามปกติ ทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวจะประสบกับปัญหาซับซ้อนทับถมและยากลำบาก มักก่อให้เกิดภาวะวิกฤติของครอบครัว ครอบครัวมักมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย กว้างเบียด หน้าที่ของแต่ละบุคคลในครอบครัว ตลอดจนแบบแผนโครงสร้างของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดภาวะสมดุลในกระบวนการปรับตัวหลังภาวะวิกฤติ มีความคล้ายคลึงกับระยะก่อนระยะวิกฤติต่างกันตรงที่ว่าสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นก่อให้เกิดปัญหาซับซ้อนทับถมเรื้อรังและมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเชื่อ ค่านิยมของครอบครัว

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวระยะหลังวิกฤติ (McCubbin & McCubbin, 1996) ประกอบด้วย

3.2.1 สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทับถม หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาและยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือปัญหานั้นได้รับการแก้ไขแล้วแต่ยังคงอยู่ ทำให้

ปัญหานั้นมีการสะสมเรื้อรังนานขึ้น ปัญหาที่สะสมเป็นสาเหตุให้ครอบครัวมีความตึงเครียด ต่อเนื่อง การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน มักจะก่อให้เกิดปัญหาทับถมอื่น ๆ ตามมาเช่น บางครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวันของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวขาดความเข้าใจและมั่นใจในการดูแล ปริมาณงานมากไป เนื่องจากบางครอบครัวต้องดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้สูงอายุและเด็ก ครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สุขภาพของผู้ดูแลหลักไม่ดี เป็นต้น

3.2.2 แหล่งประโยชน์ของครอบครัว มาจาก 3 แหล่ง คือ 1) สมาชิกบุคคลในครอบครัว 2) ระบบครอบครัว เช่นความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาตลอดจนญาติพี่น้อง 3) ชุมชนและสังคม สำหรับสังคมไทย แหล่งประโยชน์แรกของครอบครัวมาจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติมักจะเป็นแหล่งประโยชน์ต่อไป เมื่ออาการไม่ดีขึ้นหรือกำเริบขึ้น แหล่งประโยชน์สุดท้ายมักจะเป็นเพื่อนบ้านในชุมชน การใช้แหล่งประโยชน์จากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มาจากคำแนะนำหรือการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของเพื่อนบ้านในชุมชน

3.2.3 ลักษณะของครอบครัว จะเป็นปัจจัยทำนายความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยต้องปรับเปลี่ยนมากขึ้น ลักษณะของครอบครัวไทย จะมีส่วนช่วยให้ครอบครัวเผชิญปัญหาได้ดี เช่น ครอบครัวที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความยืดหยุ่นมากขึ้น

3.2.4 การรับรู้ของครอบครัวต่อสถานการณ์และระบบความเชื่อของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวต่อความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งช่วยเหลือกับปัจจัยเรื้อรังทั้งหมดที่เกิดขึ้น หากมีการรับรู้ต่อสถานการณ์ทางบวกมาก ความสามารถของครอบครัวในการพัฒนาวิธีการเผชิญปัญหาก็จะมีมากขึ้น ส่งผลให้การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบความเชื่อของครอบครัวมีผลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยตลอดจนการปรับตัวของครอบครัว ในระยะหลังภาวะวิกฤติครอบครัวมีการทบทวนความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายของครอบครัว

#### 4. ทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบการศึกษาดังนี้

ชวลิตกร ทาทอง (2550) ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีของ McCubbin and McCubbin (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า วิธีการการเผชิญปัญหาของครอบครัว ด้านการแก้ไขปัญหของครอบครัวด้านการจัดการกับอารมณ์ตึงเครียดด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวและด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่และความเป็นอันหนึ่งอัน



เดียวกันของสมาชิกครอบครัว ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว ด้านการแก้ไขปัญหของครอบครัว ด้านการจัดการกับอารมณ์เชิงเครียดของครอบครัว ด้านการใช้แหล่งประโยชน์ครอบครัว และด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลของการปรับตัวของครอบครัวด้านภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว

การศึกษาของ Ali, Ashar, Sadat, Masoud and Fazlollah (2015) ได้ใช้แนวคิด Double ABCX model of family เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยจำนวน 18 เรื่อง ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระยะแรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาด้านต่าง ๆ ทำให้ครอบครัวปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ไม่เหมาะสม ทำให้ครอบครัวจะรู้สึกสูญเสียความมั่นคง เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัวแต่ถ้าสามารถผ่านช่วงภาวะวิกฤตนี้ไปได้แล้ว ครอบครัวจะมีการทบทวนถึงระบบการช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในครอบครัว นำมาซึ่งขบวนการการปรับตัวและเกิดความสมดุลของครอบครัว

นอกจากนี้ จารุวรรณ มานะสุรการ (2544) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระบบของร่างกาย และหนึ่งในนั้นคือโรคหลอดเลือดสมอง โดยสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดังนี้

1. วัฒนธรรมและความเชื่อ วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและภาวะเจ็บป่วย ส่วนความเชื่อด้านจิตวิญญาณของบุคคล มีผลต่อการรับรู้ปฏิกิริยาและความสามารถในการเผชิญความเครียด โดยเฉพาะความเชื่อด้านจิตวิญญาณที่เกี่ยวกับศาสนา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลที่มีผลต่อการปรับตัว เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อการปรับตัว จากการศึกษาของ อินทิรา ลิ้มเชย (2550) พบความเชื่อของภรรยาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น เป็นการชดใช้กรรมแต่ชาติปางก่อน ภรรยาจึงมีความเชื่อว่าโรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้ดีขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวทำให้ภรรยาเกิดความเครียด วิตกกังวล ห่อเหี่ยวและหมดหวัง ไม่มีเป้าหมายการดูแล

2. ความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ต่อภาวะเจ็บป่วยของครอบครัว มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัว อธิบายได้ดังนี้ครอบครัวจะมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังว่าเป็นลักษณะของโรคที่รักษาไม่หายขาด มีลักษณะอาการที่ไม่แน่นอนและการดำเนินของโรคไปในทิศทางที่เลวลง ซึ่งจะทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดและวิตกกังวล เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวจะรับรู้ว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเป็นอันตรายแก่ชีวิตครอบครัวไม่

สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าเกิดอะไรขึ้น เกิดสถานการณ์ที่คลุมเครือ ไม่ชัดเจน ครอบครัวไม่มีเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าครอบครัวไม่มีประสบการณ์ ก็จะต้องส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและอื่น ๆ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การติดต่อสื่อสาร

3.1 แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถช่วยป้องกันไม่ให้นुकคลเกิดความเครียดและช่วยลดความรุนแรงหรือผลกระทบจากความเครียด ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในเครือข่ายสังคม รวมทั้งครอบครัวในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา 2) การได้รับการประคับประคองด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า เป็นที่รักของบุคคลที่ใกล้ชิดและมีคนที่ไว้วางใจได้ในยามทุกข์ 3) การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องวัตถุและการบริการสิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลให้บุคคลเกิดความหวังมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและความยากลำบากที่เกิดขึ้น เกิดพลังงานในการปรับตัวนั่นเอง

3.2 สัมพันธภาพในครอบครัว คุณภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลต่อความเครียด โดยอาจจะเป็นได้ทั้งส่งเสริมและขัดขวางต่อการปรับตัวก็ได้ สัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว จะกลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดี ขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวดี ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดี เพราะมีการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้คลายความตึงเครียด

3.3 การติดต่อสื่อสาร ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั้น จำเป็นต้องใช้การติดต่อสื่อสารที่ดี นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกิดความเข้าใจ ไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ผิด ๆ จากการคิดเอาเอง แปลความเอาจากพฤติกรรมหรือสิ่งที่พบเห็นแล้ว ยังช่วยตอบสนองทางด้านจิตใจ สร้างความคุ้นเคย ความอบอุ่นและมั่นคงในจิตใจระหว่างบุคคลอีกด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการติดต่อสื่อสาร มิได้มีแต่เฉพาะการสื่อสารด้วยคำพูด แต่การสัมผัสที่นุ่มนวล การประสานสายตากันก็เป็นการติดต่อสื่อสารถึงความรู้สึกที่ดีต่อกันอีกด้วย

ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน ผลจากเผชิญปัญหาจะมีการปรับตัวของครอบครัว การปรับตัวของครอบครัวเป็นความสามารถของระบบครอบครัวในการแลกเปลี่ยนตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ เช่น เมื่อสมาชิกครอบครัวจะต้องเผชิญกับปัญหาพร้อมทั้งพยายามแก้ไขปัญหาร่วมกับการปรับเปลี่ยนระบบต่าง ๆ ภายในครอบครัว ดังนั้นทั้งการเผชิญ

ปัญหาและการปรับตัว จึงมักเกิดขึ้นพร้อมกันเสมอ (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2544) เพื่อให้ระบบครอบครัวมีความสมดุล หากครอบครัวใดมีการปรับตัวได้ดี ก็ทำให้สมาชิกมีภาวะสุขภาพกายใจที่ดี ครอบครัวมีความแข็งแรง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ในทางตรงข้ามหากครอบครัวใดไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านจิตใจ (McCubbin & McCubbin, 1996)

## 5. การประเมินการปรับตัวของครอบครัว

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นภายในครอบครัว สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อให้ครอบครัวรักษาภาวะสมดุล การประเมินการปรับตัวของครอบครัวจะประเมินจาก ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว อธิบายได้ดังนี้

### 5.1 ด้านภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว (Family well being)

ด้านภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวผู้ป่วย เป็นความผาสุกของครอบครัว (Family well being) เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งจากภายนอกและภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลและความผาสุกในครอบครัว ซึ่งเป็นการประเมินทั้งภาวะสุขภาพและใจของครอบครัว ประเมินด้วยการใช้แบบประเมิน Family Member Well Being (FMWB) ของ McCubbin and McCubbin (1996) ซึ่งครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากกับภาวะสุขภาพกายและใจของบุคคล โดยมีการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับสุขภาพกายและใจ สรุปได้ดังนี้ (พิมภา สุตรา, 2541)

5.1.1 พฤติกรรม พฤติกรรมการเจ็บป่วยเกิดจากบริบทของครอบครัว จากการวิจัยกรณีของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่ (ชัยลักษณ์ โอบล้อม, 2548) พบว่า ครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของครอบครัวในด้านต่าง ๆ โดยครอบครัวจะต้องเรียนรู้ การอยู่ร่วมกันด้วยสันติวิธีและพยายามเสริมสร้างและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขจะดูแลในช่วงระยะแรกหลังการรอดชีวิตเท่านั้น

5.1.2 ครอบครัวจะได้รับผลกระทบ เมื่อสมาชิกของครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดปัญหาสุขภาพและครอบครัวจะเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล ครอบครัวจะต้องปรับตัวเข้ากับสภาพปัญหา ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดจากปัญหาสิ่งกระตุ้นดังกล่าว สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักจำเป็นจะต้องปรับตัวเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัว รวมทั้งสภาวะจิตสังคมของสมาชิกและตัวผู้ป่วยเองด้วย นอกจากนี้

ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติยังต้องการความช่วยเหลือในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งขณะเจ็บป่วย รักษาตัวในโรงพยาบาลหรือขณะอยู่บ้าน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

5.1.3 ครอบครัวมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกหรือบุคคล ภาวะสุขภาพของบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพจะมีผลต่อครอบครัว ในกรณีที่ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ใกล้ชิดหรือเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ก็จะเกิดภาวะเครียดที่จะต้องเผชิญปัญหากับความไม่รู้ถึงวิธีการที่จะดูแลของตนเองแล้วจะต้องเผชิญกับความกลัว การที่จะต้องสูญเสียบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดของตนไป นอกจากนี้จะรู้สึกสับสนกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวของสามีที่ดูแลภรรยา ซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า สามีที่ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกสับสน ไม่เข้าใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทความรับผิดชอบมากขึ้น เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวให้ครอบครัวสามารถอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข (สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

5.1.4 การดูแลสุขภาพจะได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อจุดเน้นอยู่ที่ครอบครัวโดยให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งจะได้อผลดีกว่าบุคคล โดยทั่วไปแล้วครอบครัวของคนในสังคมไทยมักเป็นครอบครัวขยายและเป็นสังคมชาวพุทธ ซึ่งจะมีบุตรหลาน อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวก็จะดูแลซึ่งกันและกัน เช่น เมื่อบิดามารดาเจ็บป่วยก็จะมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลหรือเมื่อบุตรหลานเจ็บป่วยก็มักจะอยู่ในความดูแลของบิดามารดา นอกจากนี้คนไทยส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งหลักคำสอนของศาสนาพุทธจะสอนให้มีความยกย่องบิดามารดาค่อนข้างสูง โดยถือว่าบิดามารดาเป็นพรหมบุตรเพราะเป็นผู้ให้ชีวิต บุตรสาวจึงยึดถือค่านิยมเกี่ยวกับความกตัญญูกตเวที ให้ความเคารพรักใคร่และมีความผูกพันกับบิดามารดาค่อนข้างสูง แม้แต่งงานมีครอบครัวไปแล้ว ก็อาศัยอยู่ร่วมกับบิดามารดา เลี่ยงดูแลทดแทนด้วยความซื่อตรง ไม่ละทิ้งในคราวที่ลำบากชราภาพหรือเจ็บป่วยจนกว่าบิดามารดาจะเสียชีวิต ดังนั้นเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งครอบครัวเจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาและแพทย์ได้ให้การอนุญาตให้นำผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อเองที่บ้านได้ สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุด ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความไม่สมดุลภายในครอบครัว สมาชิกคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหรืออาจเป็นสมาชิกหลาย ๆ คนที่ช่วยกัน สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ลูกหลานต้องทำหน้าที่ในการเผชิญปัญหา เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

5.1.5 การส่งเสริม (Promotion) การคงไว้ (Maintenance) และการรักษาให้คงไว้ (Restoration) ของภาวะสุขภาพของครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สังคมอยู่รอดได้และพบว่าเมื่อ

เกิดปัญหาหรือภาวะวิกฤตขึ้นกับครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ครอบครัวเกิดภาวะวิกฤตหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงมีความรู้สึกแ่ลง การทำหน้าที่ของครอบครัวเลวลง

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว เป็นผลมาจากพฤติกรรมของบุคคลและครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งจากภายนอกและภายในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุลและความผาสุกในครอบครัว (Well being) ดังนั้นครอบครัวผู้ป่วยต้องมีกลไกการปรับตัวเพื่อเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นและที่สำคัญต้องมีความเชื่อที่จะช่วยส่งเสริมและเอื้อต่อการปรับเปลี่ยน ขอมรับและเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่มากระทบกับครอบครัวได้ดี มีสิ่งยึดเหนี่ยว มีกำลังใจและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือทั้งภายนอกและภายใน จึงจะทำให้ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวอยู่ในระดับที่ดีที่สุดได้

## 5.2 ด้านการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเลือดสมอง เป็นกิจกรรมที่สมาชิกครอบครัวควรปฏิบัติเพื่อความสมดุล ความสุขของครอบครัวหรือคุณภาพชีวิตครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะโครงสร้างของครอบครัวคุณภาพการทำหน้าที่สมาชิกครอบครัว เนื่องจากสมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การทำหน้าที่ครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว ตามความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวและความคาดหวังของสังคมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Friedman, Bowen, & Jone, 2003 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

แนวคิด McMaster model of family functioning อธิบายว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิด มีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่น ๆ ด้วย เช่น ชุมชน องค์กรศาสนา ในระบบครอบครัว ถ้ามีกระบวนการที่ไม่เหมาะสมก็จะทำให้เกิดปัญหา ดังนั้นการบำบัดรักษาก็จะพุ่งเป้าไปที่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวทั้งระบบ โดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัญหานั้นจะหมดไป

แบบประเมินที่ใช้ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ Chulalongkorn family inventory ซึ่งดัดแปลงจาก McMaster model of family functioning ของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) โดยแบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ดังนี้

5.2.1 การแก้ปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ทำให้ครอบครัวดำเนินไปได้และปฏิบัติหน้าที่ด้าน

ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการประเมินครอบครัวจะต้องวิเคราะห์ว่าครอบครัว ใช้วิธีการ  
แก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด

การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่จำเป็นต้องกระทำเป็นขั้น ๆ ครอบคลุมตามที่กล่าวมา ทั้งนี้  
ขึ้นกับลักษณะของปัญหาด้วย เช่น ถ้าไม่มีปัญหาที่สลับซับซ้อน ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมานั่งแยก  
ประเด็นปัญหาให้เห็นชัดเจนอย่างไรก็ตามครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีนั้น วิธีการแก้ปัญหา  
โดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบง่าย ไม่ยุ่งเหยิง นอกจากนี้ในครอบครัวที่ปกติ อาจมีบางปัญหาที่ไม่  
สามารถจะแก้ไขได้ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ก็ไม่ใช่ปัญหาใหญ่ที่มีความรุนแรงหรือคงอยู่  
นานจนทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

5.2.2 การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน  
และกัน การสื่อสารมีสองแบบ คือ การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) และการ  
สื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Non-verbal communication) จะเน้นการสื่อสารแบบแรก เนื่องจากสามารถ  
วัดได้ชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดนั้น แม้เนื้อหาของมันจะไม่เด่นชัด แต่ก็  
เป็นเนื้อหาที่มีความสำคัญโดยจะแสดงออกมาทางระดับเสียง คำพูดที่เลือกใช้สีหน้า แววตา  
การประสานสายตาและท่าทาง ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคล  
เป้าหมาย ถ้าการสื่อสารมีความคลุมเครือและอ้อมค้อมมากเกินไป ครอบครัวก็จะทำหน้าที่ได้ไม่ดี  
เท่าที่ควร ผู้ที่สื่อสารอย่างคลุมเครือและอ้อมค้อม จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งสื่อกลับมาแบบเดียวกัน  
ในครอบครัวปกติ ความสามารถในการสื่อสารแต่ละด้านจะแตกต่างกันไป บางครอบครัวจะสื่อสาร  
เกี่ยวกับปัญหาที่ขัดแย้งกันนั้น อาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย แต่จะเป็นอยู่ช่วงสั้น ๆ  
และไม่ทำให้เกิดปัญหาแต่อย่างใด

5.2.3 บทบาท (Role) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกมีพฤติกรรมต่อกัน  
และกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ บทบาทแบ่งได้เป็น 2 ด้านเช่นเดียวกับการสื่อสาร คือ บทบาททางด้าน  
วัตถุและบทบาททางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังแบ่งตามความจำเป็นได้ดังนี้

5.2.3.1 บทบาทพื้นฐาน หมายถึง บทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน  
เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข นั่นคือ การจัดหาปัจจัยที่สำคัญแก่สมาชิก การฟูมฟักเลี้ยง  
ดูและการให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก

5.2.3.2 บทบาทอื่น ๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะตัวของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจ  
เป็นไปได้ทั้งบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม บทบาทนี้ช่วยเบี่ยงเบนความขัดแย้ง ไม่ให้เกิด  
ความตึงเครียดมากเกินไปจนครอบครัวเสียความสมดุล

บทบาทและหน้าที่ของสมาชิกคนหนึ่ง จะต้องสอดคล้องกับคนอื่นด้วย ภารกิจในครอบครัวจะดำเนินไปได้ก็ต่อเมื่อมีการมอบหมายหน้าที่อย่างเหมาะสมและมีระบบควบคุมให้สมาชิกปฏิบัติหน้าที่ครบถ้วน

5.2.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) หมายถึง ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสม ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ (การที่บุคคลสื่อให้อีกฝ่ายหนึ่งรู้ว่าเขารู้สึกอย่างไร

5.2.5 การผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) ระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกมีต่อกัน จะต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับด้วย ความผูกพันจะแตกต่างกันไปในวงจรชีวิตแต่ละระยะ

5.2.6 การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกประพฤติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่จำเป็นต้องมีการควบคุมแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

5.2.6.1 พฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน นอน ขับถ่าย ความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว

5.2.6.2 พฤติกรรมทางด้านสังคม เช่น การคบเพื่อนในชมรม การมีเพื่อนบ้าน

5.2.6.3 พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน

5.2.6.4 การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

สรุปการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวตามออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม ในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อครอบครัวมีการปฏิบัติหน้าที่อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ครอบครัวสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้รักษาสมดุลของครอบครัวได้เป็นอย่างดี

5.3 ด้านการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว (Family cohesion)

ด้านการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ครอบครัวมีสิ่งยึดเหนี่ยว มีความกลมเกลียวระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี สามารถเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ได้อย่างเหมาะสม แบบประเมินที่ใช้ประเมินคือ แบบ

ประเมินความผูกพันในครอบครัว (Family attachment and changeability) ของ McCubbin and McCubbin (1996)

ความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว (Family cohesion) หมายถึง สายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่สมาชิกครอบครัวมีต่อบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ตัวแปรที่ใช้ในการวินิจฉัยและวัดมิติความผูกพันของสมาชิกครอบครัวคือ 1) สายสัมพันธ์ทางอารมณ์ (Emotional bonding) มีการสนับสนุนช่วยเหลือกันสมาชิกรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกัน 2) ขอบเขตของครอบครัว (Boundaries) มีความชัดเจนของขอบเขตความสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่ลูกอย่างเหมาะสม 3) ความร่วมมือกันภายในครอบครัว (Coalition) ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ด้วยกันทั้งครอบครัวไม่รู้สึกแบ่งแยกแตกสามัคคีเป็นกลุ่มเป็นพวกในครอบครัว มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ฟังฟังกันแต่ไม่ควบคุมสมาชิกมากเกินไป 4) การใช้เวลาร่วมกัน (Time) สมาชิกมีเวลาที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและใช้เวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน 5) พื้นที่ส่วนบุคคล (Space) สมาชิกอาจมีห้องส่วนตัวแต่ก็ยังเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวร่วมกันในพื้นที่กลางของครอบครัวมีความเคารพในสิทธิส่วนบุคคลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ 6) การคบเพื่อน (Friends) สมาชิกมีอิสระในการการเลือกคบเพื่อนและควรรนำมารู้จักครอบครัวและเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวบ้าง 7) การตัดสินใจ (Decision making) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวสามารถตัดสินใจได้เองและขอฟังความคิดเห็นจากสมาชิกครอบครัวบ้าง ไม่ตัดสินใจแทนกันและไม่บังคับกันให้ปฏิบัติตามข้อคิดเห็นของครอบครัว 8) ความสนใจและสันทนาการ (Interests and recreation) สมาชิกครอบครัวมีความสนใจในเรื่องเดียวกันบ้างและมีโอกาสพักผ่อนร่วมกัน ซึ่งในมิติความผูกพันของสมาชิกครอบครัวนี้มุ่งให้ความสำคัญในประเด็นที่ว่าทำอะไร ระบบครอบครัวจึงจะสามารถรักษาสมดุลของความเป็นส่วนตัวและความร่วมมือร่วมใจกัน (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว เป็นความรักใคร่ผูกพันสนิทสนมกลมเกลียวสามัคคีกันในครอบครัว มีการเชื่อใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว ช่วยเหลือซึ่งกันละกัน ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก มีการตัดสินใจร่วมกัน ปรีชาหาหรือ พุดคุยปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินไปอย่างมีความสุขต่อไป

สรุปการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต จึงต้องมีการปรับตัว เพื่อรักษาภาวะสมดุลของครอบครัวไว้ การประเมินการปรับตัวของครอบครัวจะประเมินจาก ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว จากการศึกษาของ ชูสิทธิ์ ทาทอง (2550) พบว่า วิธีการการเผชิญปัญหาของครอบครัว ด้านการแก้ไขปัญหของครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ดังเครียด การใช้แหล่ง



ประโยชน์ของครอบครัวและการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวด้านการทำหน้าที่และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว ส่วนวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว ด้านการแก้ไขปัญหาของครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ดีเครียดของครอบครัว การใช้แหล่งประโยชน์ครอบครัวและการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของครอบครัวด้านภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักมีปัญหการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพกายและใจ อธิบายได้ดังนี้ ระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้น สมาชิกครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและขณะเดียวกันสมาชิกครอบครัวได้แสดงออกถึงความรักความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างแน่นแฟ้น แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวของทั้งสองด้านของครอบครัวอยู่ในระดับที่ดี ส่วนการปรับตัวของครอบครัวด้านภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวนั้น พบว่ามีการปรับตัวที่ไม่ดีนั้น อาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้คิดว่าโรคนี้อาจไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้อาการกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้ของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักนั้น ส่งผลต่อการแสดงบทบาทหน้าที่เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย เกิดปัญหาตามมาและส่งผลกระทบต่อภาพรวมของครอบครัวทั้งระบบ คือ ปัญหการปรับตัวของครอบครัว ประเด็นสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจและได้ศึกษาหาแนวทาง เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักสามารถปรับตัวด้านภาวะสุขภาพกายและใจให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

### แนวคิดการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

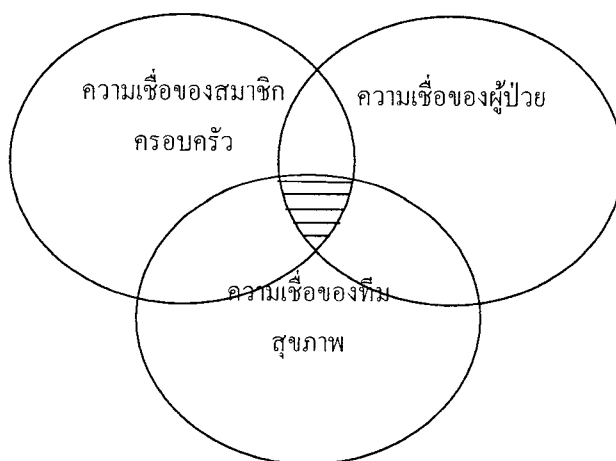
ในการศึกษานี้ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ที่พัฒนาโดย Wright, Watson, and Bell (1996) ต่อมา Family Nursing Unit, Faculty of Nursing University of Calgary ของประเทศแคนาดาเปิดให้บริการแก่ครอบครัวที่ประสบปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม อันเนื่องมาจากมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ในการปฏิบัติการพยาบาลมีการใช้องค์ความรู้จากศาสตร์พยาบาลครอบครัวและศาสตร์ทางครอบครัวอื่นที่เกี่ยวข้องและมีการพัฒนาองค์ความรู้จากการปฏิบัติการพยาบาล มีการนำผลการวิจัยมาใช้ในการพยาบาลและมีการประเมินผลลัพท์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีพื้นฐานจากทฤษฎีการสื่อสาร (Communication theory) ทฤษฎีระบบ (System theory) ทฤษฎีชีววิทยาการเรียนรู้ (Biology of cognition) ทฤษฎีการสะท้อนกลับ (Cybernetic theory) แนวคิดเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (Illness

narrative concept) ทฤษฎีครอบครัวบำบัด (Family therapy) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family counseling) รูปแบบนี้พัฒนามาจากการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บป่วยทางจิตและการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา จนเป็นรูปแบบที่มีคุณภาพสามารถประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะสังคมวัฒนธรรมแตกต่างกันและได้รับการยอมรับแพร่หลายในนานาประเทศ รูปแบบการพัฒนาการพยาบาลนี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความเชื่อที่เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพและความสมดุลของครอบครัวและรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนี้ มีวิธีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบจึงนับว่าเป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความเจ็บป่วยทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ

จุดเน้นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนี้คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อของครอบครัวและผู้ดูแลสุขภาพดังนี้ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัย ความเชื่อเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลรักษาของครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์กับชีวิตของบุคคล รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลนี้ช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนมากขึ้นและยังช่วยให้เข้าใจความเชื่อและอิทธิพลของพยาบาลเองต่อการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวชัดเจนขึ้นด้วยในกระบวนการใช้รูปแบบนี้พยาบาลจะหลีกเลี่ยงการตีความหมายตามความเชื่อ มาตรฐานของคนส่วนใหญ่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของครอบครัวหรือไม่ใช้ความคิด/ ความเชื่อของตนเองเป็นบรรทัดฐานไปกำหนดครอบครัว แต่ความเชื่อของแต่ละบุคคลเนื่องจากความเชื่อของแต่ละบุคคลอาจช่วยเอื้อให้พบทางแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาเป็นการประสานความร่วมมือกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัวอยู่ในระดับเดียวกัน พยาบาลไม่ใช้อำนาจเหนือครอบครัว แต่จะเป็นการร่วมมือและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเชื่อสุขภาพของพยาบาลและครอบครัว

เป้าหมายหลักของการปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้คือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Belief) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคลเป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้อง เป็นความจริง มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Bio psycho social spiritual structures) และเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวองค์ประกอบที่สำคัญของการพยาบาลรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ต้องคำนึงถึงคือ ความเชื่อของผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน บางความเชื่ออาจสอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยและ

ครอบครัวแต่อาจไม่สอดคล้องกับความเชื่อของพยาบาล เนื่องจากแต่ละคนมีความรู้ ประสบการณ์ บริบทต่างกันหรือบางครั้งอาจเป็นผลจากการปรับตัวจากความเจ็บป่วยบริเวณที่เชื่อมกัน (Intersection) จะเป็นบริเวณที่ความเชื่อของทุกฝ่ายสอดคล้องกัน ทำให้พยาบาลเข้าใจบริบทของ ครอบครัวได้ดีที่สุดสามารถให้การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention) ที่เหมาะสมให้กับ ผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยนี้เชื่อว่า การหายหรือ ความทุกข์ทรมานลดลง จะเกิดขึ้นในบริบทความรัก (Context of love) การพยาบาลตามรูปแบบ ความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นการสนทนาที่ประสานความเชื่อชาวยุของสมาชิกครอบครัวและ พยาบาล ซึ่งมีความสำคัญมากและเป็นวิธีที่จำเป็นต้องใช้การปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง การสนทนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ ทรมาน (Illness narrative) ที่สมาชิกครอบครัวได้รับจากการเจ็บป่วย การบอกเล่าจะทำให้เปิดเผย ความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ครอบครัวยึดถือ เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ศาสนา จิตวิญญาณ เป็นต้น ซึ่งการได้รู้ถึงความเชื่อนี้จะนำมาซึ่งการ เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ (Constraining beliefs) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้ เกิดความสำเร็จ (Facilitating belief) ของผู้ป่วยและครอบครัว มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด (Cognitive) อารมณ์ความรู้สึก (Affective) และพฤติกรรม (Behavior) มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright, 2005) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009)

1. รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model)

แบ่งความเชื่อได้เป็น 2 รูปแบบคือ (Wright & Bell, 2009)

1.1 ความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ (Facilitation belief) เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นฐานะของครอบครัว การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคนและสมาชิกครอบครัวทั้งหมดมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย การสนทนาเพื่อบำบัดรักษาสามารถช่วยให้เกิดการหายและลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และ/หรือจิตวิญญาณ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวดูแลกันด้วยความรัก เอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และเกิดการหายและลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การสนทนาเพื่อบำบัดสามารถลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ นอกจากนี้อาจเชื่อว่าประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น ความโศกเศร้า เสียใจ ความกลัว ความโกรธ ความรู้สึกผิด รู้สึกถูกทอดทิ้ง และความเครียด ความขัดแย้งในครอบครัวและในชีวิตสมรสเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย

1.2 ความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ (Constraining beliefs) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยไม่ใช่ฐานะของครอบครัว การเจ็บป่วยเกิดจากการถูกลงโทษหรือความไม่เข้าใจกันของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ครอบครัวละเลยไม่สนใจทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นยังอยู่เช่นกัน

## 2. ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Beliefs about illness)

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และเข้าใจความเจ็บป่วย บุคคลที่เป็นโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การเจ็บป่วยต่างกัน เนื่องจากมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เชื่อว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัว ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว ดังต่อไปนี้

2.1 ความเจ็บป่วยเป็นภาระของครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแล สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตั้งแต่เริ่มมีอาการ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการหายจากโรค ดังนั้น เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นจะรับรู้ว่าจะต้องช่วยเหลือและดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.2 สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ และตัดสินใจโดยผู้สังเกต ซึ่งอาจเป็นสมาชิกครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนการวินิจฉัยการเจ็บป่วยกระทำโดยบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์หรือพยาบาล และการวินิจฉัยนั้นจะถูกต้องมากขึ้นและมีความหมาย ถ้าอยู่ในบริบทของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพและครอบครัว

ช่วงแรก ๆ ของการวินิจฉัยสมาชิกครอบครัวอาจยอมรับ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจไม่ยอมรับ ในบางครอบครัวสมาชิกอาจยอมรับการวินิจฉัยแต่อาจไม่เห็นด้วยกับวิธีการรักษา ผลการวินิจฉัยมีความหมายต่อครอบครัวมาก บางครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยเป็นสิ่งทำร้าย ขณะที่บางครอบครัวรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามและเป็นการลงโทษ

2.3 การเจ็บป่วยและครอบครัวมีผลกระทบซึ่งกันและกันและกันมีความสัมพันธ์ต่อกัน ครอบครัวใช้เวลาในการคิดเกี่ยวกับสาเหตุและผลของการเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวตอบสนองต่อการวินิจฉัยการเจ็บป่วยแตกต่างกันตั้งแต่โกรธ เศร้า โศก จนถึงรู้สึกอ่อนคลาย และผู้ป่วยมักตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้ดี ถ้ามีความเชื่อที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาหรือมีการรับรู้ประโยชน์ของประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อปฏิบัติการการเจ็บป่วยซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง การปฏิบัติตามคำแนะนำและความพึงพอใจต่อผลการรักษา

2.4 เรื่องราวความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต้องการการบอกเล่า การรับฟังและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ตลอดจนความเข้มแข็งและอ่อนแอของบุคคลในการจัดการความเจ็บป่วย ทำให้ผู้เล่ารู้สึกได้รับความสนใจตระหนักและให้ความสำคัญมีผลช่วยลดความทุกข์ทรมานโดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะถูกกระตุ้นให้เล่าเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical narratives) มากกว่าการเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยหรือประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness narratives) ในการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงจะต้องสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความรู้สึกกลัว โกรธ และความโศกเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อครอบครัว ซึ่งช่วยให้พยาบาลเข้าใจความเชื่อ ทั้งที่เอื้อต่อการเยียวยาและความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

2.5 การเพิ่มทางเลือกการจัดการความเจ็บป่วย จะช่วยเพิ่มโอกาสการเยียวยามากขึ้น การควบคุมและการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ในการจัดการความเจ็บป่วย การควบคุมรวมถึงการควบคุมภายในตน การควบคุมโดยอำนาจภายนอกและการควบคุมโดยการเปลี่ยนแปลง ระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวพยายามควบคุมอาการ ยับยั้งหรือต่อสู้กับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมากกว่า การพยายามมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย ส่วนการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยซึ่งจะเป็นการร่วมกันจัดการความเจ็บป่วยมากกว่าการควบคุมการเจ็บป่วย ในการปฏิบัติกรพยาบาลขั้นสูงควรถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการจัดการ

ความเจ็บป่วยด้วยวิธีการควบคุมหรือการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย คำถามเหล่านี้จะถูกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิดเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการความเจ็บป่วยมากขึ้น

2.6 การเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานเกิดขึ้นมีอิทธิพลจากการรบกวนความเป็นพลวัตรของอารมณ์ขั้นพื้นฐาน จากประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าอาการทั้งด้านร่างกายและอารมณ์หายไปเมื่อความขัดแย้งในครอบครัวลดลงและและสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกดีขึ้น Maturana and Varela (1992) กล่าวว่า อารมณ์พื้นฐาน สุขภาพและการเยียวยาตนเองคือความรักและการเยียวยาเกิดขึ้นในบริบทของความรัก ความรักเป็นความสามารถของบุคคลในการที่จะเปิดรับคนอื่นหรือยอมรับความคิดความเชื่อ ของคนอื่นในชีวิตประจำวัน และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยชายโรคหัวใจที่รับรู้ว่าการรักและสนับสนุนให้กำลังใจมีความถี่ของการเจ็บหน้าอกลดลงร้อยละ 50 (Wright, Watson & Bell, 1996) ดังนั้นสิ่งที่พยาบาลจะต้องจัดให้เกิดขึ้นในการดูแลคือเอื้อให้เกิดบริบทของความรัก ความเข้าใจและยอมรับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนให้กำลังใจ ให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล

นอกจากนี้ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยยังมีอีกหลายแง่มุม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ ความเชื่อเกี่ยวกับตำแหน่งที่อยู่ของความเจ็บป่วยในชีวิตและความสัมพันธ์กับชีวิตของบุคคล

### 3. โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยช่วยให้บุคคลเรียนรู้เข้าใจความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเชื่อว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วย จะเกิดความทุกข์ทรมานและเชื่อมโยงจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัว ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม (Wright & Bell, 2009) ซึ่งความเชื่อของสมาชิกในครอบครัว จึงอาจไม่เหมือนกับความเชื่อของทีมสุขภาพ การที่พยาบาลหรือทีมสุขภาพมีความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของครอบครัว จะทำให้เข้าใจในพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมากยิ่งขึ้นและนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model) เป็นรูปแบบการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวและมีการนำการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในงานวิจัยต่าง ๆ เช่น การศึกษาของ

วาสนา ชำนาญอักษร (2551) พบว่า ผู้สูงอายุชื้อเช่าเสื่อมและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมาณน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาล มีพฤติกรรมสุขภาพและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อความเข้าใจถึงการรับรู้ความเชื่อของแต่ละครอบครัว ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งถูกพัฒนาเป็น โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและครอบครัวเพื่อการให้ความร่วมมือที่ดี

2. ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

2.1 ความเข้าใจบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a context for changing belief) เป็นการค้นหาและสังเคราะห์บริบทที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1.1 การเชื่อเชิญให้ครอบครัวร่วมสนทนา (Bringing the family together)

2.1.2 การสร้างความสัมพันธ์เชิงบำบัดระหว่างพยาบาลและครอบครัว

(Establishing a Therapeutic Relationship Between Nurse and Family) ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ โดยการแนะนำตนเอง อธิบายลักษณะงาน บอกกำหนดการ บอกระยะเวลาและขอบเขตของการสนทนา เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพและศึกษาครอบครัวที่มีประโยชน์ คือ โครงสร้างพันธุกรรม (Genogram) ความผูกพันในครอบครัว (Attach) ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม (Ecomap) หรือระบบสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว (Social support) ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากครอบครัวได้โดยครอบครัวไม่รู้สีกว่ากำลังถูกคุกคาม

2.1.3 การแยกแยะปัญหา (Distinguishing the problem) เป็นการซักถามเพื่อให้ได้ปัญหาที่ปัญหาที่ชัดเจน เป็นการค้นหาปัญหาและให้ความหมายกับปัญหาเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ต่อมาสำหรับการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับสมาชิกครอบครัวในการแยกแยะปัญหา และเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาของสมาชิกครอบครัว คำถามหนึ่งที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแยกแยะปัญหา คือ การถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากการดูแลหนึ่งคำถาม (One question)

#### 2.1.4 การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing obstacles to change)

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี และการแยกแยะปัญหา มีอุปสรรคมากมายที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ สมาชิกครอบครัวไม่ต้องการมาร่วม สมาชิกครอบครัวไม่พอใจกับความก้าวหน้าของการบริการ ประสิทธิภาพที่ไม่ดีมาก่อนกับ บุคคลากรสุขภาพ ความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัว

2.2 การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Uncovering and distinguishing illness beliefs) เป็นการสนทนาเพื่อบำบัดที่ไม่ได้เกี่ยวกับอาการ หรือยา หรือการรักษา แต่เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยเฉพาะสิ่งที่สมาชิกครอบครัวเห็นว่าเป็นสิ่งที่ยากที่สุดในการจัดการกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว คำถามนี้จะเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวและผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนจากการบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical narratives) ไปสู่การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Illness narrative) และการดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยเป็นการเชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการปฏิบัติการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่น่าสนใจในการเปิดเผยและแยกแยะมีดังนี้

##### 2.2.1 การทำความเข้าใจความเชื่อการเจ็บป่วย (Drawing forth illness belief)

การเชื่อเชิญสมาชิกครอบครัวโดยการแสดงบทบาทผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับครอบครัว (Inviting family member into the role of expert)

2.2.2 การเปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านการวินิจฉัยโรค การเกิดของโรค การเยียวยาและการรักษา ความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนา จิตวิญญาณ ที่อยู่ของความเจ็บป่วย

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Challenging, altering, and modifying constraining belief) เป็นการเชื่อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

2.3.1 การให้คำชื่นชม (Offering commendations) เป็นการสนทนาที่ให้คำยืนยันให้ความรักและความเอื้ออาทรแก่ครอบครัว เป็นการชี้จุดแข็ง ความเป็นประโยชน์ ความสามารถของบุคคลและครอบครัว การให้คำชื่นชมจะทำเมื่อมีข้อมูลหลักฐานชัดเจนว่าครอบครัวทำให้อะไรดีขึ้นแล้วครอบครัวอาจรู้สึกว่ามีใจ และควรใช้ภาษาที่ครอบครัวใช้ ผสมผสานกับความเชื่อที่สำคัญของครอบครัวในการให้กำลังใจ ความเชื่อมั่น หรือชื่นชมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ดี ควรให้คำชื่นชมภายใน 10 นาทีแรกที่พบครอบครัวเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและเพิ่มการ



ยอมรับของครอบครัวทำเมื่อพบว่าครอบครัวมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ควรให้คำชื่นชมครอบครัวเมื่อเสร็จสิ้นการพบกันรวมถึงก่อนที่จะเสนอความคิดเห็นหรือแนะนำ

2.3.2 การถามคำถาม (Asking intervention questions) ซึ่งความเชื่อถูกรวมอยู่ในคำถามที่ใช้ถามครอบครัว เป็นการถามเพื่อให้ครอบครัวเล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัวหรืออาการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวโดย

2.3.2.1 ถามคำถามที่เชื่อเชิญให้สะท้อนคิดถึงผลที่ที่เกิดขึ้น (Asking questions that invite a reflection)

2.3.2.2 เชิญเชิญครอบครัวให้เล่าความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวทั้งที่ครอบครัวถามตนเองและถามผู้อื่น (Inviting family members to externalize internalized question)

2.3.3 การพูดในสิ่งที่ไม่สามารถพูดได้ (Speaking the unspeakable) เป็นการพูดแทนครอบครัวในประเด็นที่ไม่สามารถพูดได้เช่น ความรุนแรงในครอบครัวเกี่ยวกับความตายและอื่น ๆ ซึ่งมีความท้าทายเป็นการเปิดเผยความเชื่อที่เป็นหัวใจของปัญหา

2.3.4 การใช้ทีมสะท้อน (Using reflecting teams) เป็นการเสนอความคิดที่หลากหลายต่อสมาชิกครอบครัวโดยทีมสุขภาพ ซึ่งทำได้โดยให้สมาชิกทีมอยู่หลังกระจกที่มองเห็นด้านเดียว (One-way mirror) เพื่อสังเกตการณ์สนทนาระหว่างเจ้าหน้าที่กับสมาชิกครอบครัว หลังจากนั้นสะท้อนสิ่งที่ประ โยชน์ให้ครอบครัวได้รับรู้ ได้คิด และประเมินเกี่ยวกับความคิดเห็นของสมาชิกจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนขึ้น

2.3.5 การเขียนจดหมายบำบัด (Writing therapeutic letters) เป็นการสนทนาแบบหนึ่งที่ทำให้ความมั่นใจและยืนยันกระบวนการบำบัดที่เชื่อเชิญให้เกิดการสะท้อนระหว่างสนทนาหรือตอนจบ เสนอคำชื่นชม เสนอคำถามที่ให้การดูแลสามารถถามในระหว่างสนทนา การใช้คำพูด ความคิดที่เด่น ดึงดูดและประทับใจครอบครัว สรุปจุดเด่น จุดสำคัญของการทำงานกับครอบครัวว่าทีมสุขภาพได้เรียนรู้อะไรบ้างจากครอบครัว เป็นการเขียนสิ่งที่ท้าทายความเชื่อที่เป็นข้อจำกัดของครอบครัวและทีมสุขภาพ เป็นการเน้นจุดแข็งในความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จของสมาชิกครอบครัว

2.3.6 การใช้ผลการวิจัย (Using research finding) ทำได้ 2 อย่างคือ การใช้ผลที่ได้จากการวิจัยหรือการใช้กระบวนการในการท้าทายและเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ซึ่งการใช้งานวิจัยนี้จะช่วยทำให้สมาชิกครอบครัวเปิดโอกาสสำหรับการรับฟังความคิดใหม่และยอมรับต่อความคิดนี้

2.3.7 การเสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ (Offering alternate belief) เป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์เพราะบ่อยครั้งที่สมาชิกครอบครัวเปิด โอกาสสำหรับความคิดหรือความเชื่อใหม่ ๆ ที่

เสนอให้เช่น การเล่าเรื่องราวที่เป็นความรู้ที่ได้จากการทำงานกับครอบครัวอื่น นอกจากนี้การให้คำยืนยันของสมาชิกที่เห็นด้วยกับความคิดที่เสนอก็มีประโยชน์สำหรับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคด้วย

2.4 การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Affirming facilitating beliefs) เป็นการพูดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมและเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น

2.4.1 การสำรวจการเปลี่ยนแปลง (Exploring change) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่จะมีผลต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบด้วยนั้นหมายถึงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงถูกแยกแยะความแตกต่าง ก็จะต้องการสำรวจความแตกต่างของระบบและสำรวจจากมุมมองที่แตกต่างของระบบและสำรวจจากมุมมองที่แตกต่างกันด้วย

2.4.2 การสำรวจผลการเปลี่ยนแปลง (Exploring the effects of change) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทางหนึ่งที่จะทำให้ความเปลี่ยนแปลงนั้นมั่นคง คือการสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง การค้นหาและสะท้อนคิดที่รวมอยู่ในกระบวนการนี้ด้วย

2.4.3 เชื้อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Inviting explanations of change) การหาคำอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้อย่างไร เป็นหนทางหนึ่งในการแยกแยะความเปลี่ยนแปลงและทำให้เป็นจริงขึ้นมา ซึ่งมีความเชื่อว่าถ้าการเปลี่ยนแปลงสามารถอธิบายได้ก็คล้ายกับว่าคงอยู่ต่อไป

2.4.4 การส่งเสริมความเชื่อให้เกิดความสำเร็จ (Affirming facilitating beliefs)

3. ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดของครอบครัว

4. ขั้นตอนที่ 4 การสรุปการสนทนากับครอบครัวและนัดหมายครั้งต่อไปหรือการปิดสัมพันธภาพเพื่อสิ้นสุดโปรแกรม

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า ระบบครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อยและในระบบย่อยประกอบด้วยหน่วยย่อยบุคคล ที่มีความซับซ้อนของหน่วยย่อยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ภายในระบบย่อยของครอบครัวและระบบใหญ่ภายนอกในแต่ละระบบย่อยมีขอบเขตของตัวเอง เพื่อแยกจากระบบอื่น ซึ่งขอบเขตมีผลต่อครอบครัว และที่สำคัญความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ซึ่งความเชื่อของบุคคลจะถูกถ่ายทอดจากระบบครอบครัวความเชื่อเป็นความรู้ที่เชื่อมั่นว่าถูกต้องและเป็นจริง ดังนั้นการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา จึงเกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น เช่นเดียวกันการที่บุคคลจะแสดงบทบาทหน้าที่เพื่อให้

การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นด้วยเช่นกัน ความเชื่อจึงมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวภาพรวมของครอบครัวทั้งระบบ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความเชื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวของครอบครัวและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการปรับตัวของครอบครัว โดยได้นำการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้เป็นแนวทางการศึกษาของ Wright and Watson (1996) เคยได้นำการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในการดูแลบำบัดครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยการสนทนากับครอบครัว 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 8 สัปดาห์ พบว่าความทุกข์ทรมานของครอบครัวลดลงและครอบครัวสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ นอกจากนี้ได้ใช้การสนทนากับครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยคุกคามชีวิต โดยการสนทนากับครอบครัว 4 ครอบครัว ๆ ละ 4 ครั้ง พบว่า ครอบครัวเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานและการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวและการรับฟังเรื่องราวความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นสามารถทำให้ความทุกข์ทรมานลดลง

ประเทศไทยได้มีการนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ไปใช้ดังนี้

จินตนา วัชรสินธุ์ (2550) ใช้การสนทนากับครอบครัว ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัว พบว่า ใช้ได้ผลดีกับทุกครอบครัว โดยการสนทนากับครอบครัวเฉลี่ยครอบครัวละ 4 ครั้ง แต่แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น คือความทุกข์ทรมานของครอบครัวลดลงและครอบครัวสามารถปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล

พัชรินทร์ แน่นหนา (2550) ใช้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล

ศิริพร ภาณุวาทกุล (2552) ได้ใช้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยจำนวน 2 ครั้ง กับผู้ป่วยปอดและบุตรวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-15 ปี พบว่าผู้ป่วยปอดและบุตรวัยรุ่นในกลุ่มทดลองมีคะแนนการสื่อสารเรื่องเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นได้ว่าการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย นำไปใช้ดูแลบำบัดครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว เพราะพฤติกรรมเป็นผลมาจากความเชื่อของบุคคล ความเชื่อมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา ศักยภาพ ความสมดุล และการทำหน้าที่ของบุคคลและครอบครัว ความเชื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาของครอบครัว

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ควรนำมาใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมี เป้าหมาย คือ ปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรค ถ้าครอบครัวสามารถผ่านภาวะวิกฤตและมี ภาวะสุขภาพกายและใจอยู่ในระดับดี จะส่งผลให้มีการปรับตัวของครอบครัวทั้งระบบ และนำไปสู่ การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมี ประสิทธิภาพต่อไป

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม (Two group pretest-posttest design) 2 ระยะ คือ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

### สถานที่ศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้บริเวณห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร เป็นสถานที่ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกและอยู่ในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ระหว่างเดือน เมษายน-เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับสามถึงระดับหก ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินของ Katz et al. (1963 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

#### 1. กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 เป็นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยและอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา

1.2 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ

- 1.3 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารได้ตามปกติ
2. กลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามที่กำหนด

### ขนาดและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 ราย และกลุ่มควบคุม 16 ราย ซึ่งกำหนดจากข้อเสนอแนะของ Polit and Hungler (1995) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่หายากโดยกำหนดว่า การวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 ราย ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 ราย ขึ้นไปในแต่ละกลุ่ม

### วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อกานเวชระเบียน เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นัดมาตรวจครั้งแรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เนื่องจากเป็นวันที่แพทย์สาขาระบบประสาทและสมองออกตรวจ จากนั้นผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยสุ่มวันที่มารับบริการ โดยกำหนดให้วันอังคารเป็นกลุ่มควบคุมและวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มทดลอง
2. ดำเนินการสัมภาษณ์และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด นำมาทำสลากรายชื่อ
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับสลากรายชื่อครบคร้ว วันละ 4 ครบคร้ว ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

#### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อใช้สัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ ลักษณะของครอบครัวรายได้ของครอบครัว ศาสนา และการรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

1.2 แบบคัดกรองระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ Katz et al. (1963 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) ได้กำหนดกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลอันประกอบด้วย กิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 กิจกรรม คือ 1) การอาบน้ำ 2) การแต่งกาย 3) การใช้ห้องสุขา 4) การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเอง 5) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และ 6) การรับประทานอาหาร และได้แบ่งระดับของการพึ่งพาออกเป็น 8 ระดับ คือ ระดับที่หนึ่ง

ผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม ระดับที่สอง ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหนึ่งกิจกรรม ระดับที่สาม ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำและกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่สี่ ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย และกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่ห้า ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแล ในกิจวัตรประจำวันเรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขาและกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่หก ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในกิจวัตรประจำวัน เรื่องการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายร่างกายตนเองและกิจวัตรประจำวันอื่นอีกหนึ่งกิจกรรม ระดับที่เจ็ด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั้งหกกิจกรรม และระดับที่แปด ผู้ป่วยพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างน้อยสองกิจกรรม แต่ไม่สามารถจัดอยู่ในระดับที่สามถึงระดับที่หกได้ ซึ่งการให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยนี้จะส่งผลให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลได้ แต่การให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน แก่ผู้ป่วยในระดับที่แตกต่างกันมาก จะทำให้ภาระของผู้ดูแลแตกต่างกันด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระดับของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ระดับที่สามถึงระดับที่หกเพื่อที่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลมีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

1.3 แบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ผู้วิจัยใช้ แบบวัดภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว ของ ชูลีกร ทาทอง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัด Family member well being (FMWB) ของ McCubbin and McCubbin (1996) ที่มีการตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient) ได้เท่ากับ .76 และในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของกลุ่มทดลองได้เท่ากับ .83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ .81 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวน 10 ข้อคำถาม สำหรับคำถามเชิงบวกประกอบด้วยข้อ 1, 3 และ 10 คำถามเชิงลบประกอบด้วยข้อ 2, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 ผลรวมของระดับคะแนนภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว คะแนนที่สูง แสดงว่าครอบครัวมีการปรับตัวที่ดี ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางบวก

มากที่สุด ให้ 4 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมากที่สุด

มาก ให้ 3 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมาก

ปานกลาง ให้ 2 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวปานกลาง

น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว  
น้อยที่สุด

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

น้อยที่สุด ให้ 4 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว  
มากที่สุด

ปานกลาง ให้ 3 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว  
มาก

มาก ให้ 2 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว  
ปานกลาง

มากที่สุด ให้ 1 คะแนน หมายถึง การรู้สึกต่อภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว  
น้อยที่สุด

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยใช้การพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบ

ความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักได้แนะนำตัวเอง ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย บอกรวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ต้องพบกัน การเขียนแผนผังเครือญาติและแผนผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของครอบครัว เพื่อให้ผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักร่วมกันศึกษาให้เข้าใจบริบทของครอบครัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนากับญาติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาบริบทของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจ ขณะให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน ที่มีผลต่อการปรับตัว โดยการพูดคุยซักถาม เพื่อค้นหาปัญหาและให้ความหมายของปัญหา

2. การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้บอกเล่าความเชื่อของตนเอง รวมถึงการเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย จะทำให้เห็นแนวคิดที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น



ทั้งแนวความคิดบวกหรือทางลบ ตลอดจนทั้งอิทธิพลแวดล้อมทั้งทางกาย จิต จิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อความเชื่อและการสร้างสรรค์ให้เกิดการผลักดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สมาชิกครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก สะท้อนคิดถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและให้ความร่วมมือต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคทางการพยาบาลครอบครัวต่าง ๆ เช่น การให้คำชื่นชม ชี้จุดแข็งของครอบครัว จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา การพูดแทนในสิ่งที่ไม่สามารถพูดออกมาได้ การใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การใช้ภาพเป็นสื่อ การใช้เสียงเป็นสื่อ การใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่นุ่มนวล และให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลร่วมกันคิด เพื่อให้สามารถแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นได้ชัดเจนขึ้น นำไปสู่การขจัดอุปสรรคและเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

4. การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก โดยกระตุ้นให้สะท้อนคิด มองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เทคนิควิธีการทางการพยาบาลครอบครัวเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวสะท้อนคิด เช่น การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของครอบครัวที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม แสดงความยินดีกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่เกิดขึ้น เป็นต้น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จะตระหนักเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดของครอบครัว ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักสะท้อนคิดและสรุปการสนทนา เพื่อใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ เพื่อส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพกายและใจมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการสนทนา โดยผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ร่วมกันสรุปและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน แล้วนำบทสรุปนั้น มาประเมินผลการปรับตัวของครอบครัว

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำ

การเขียนอธิบายกิจกรรมการพยาบาลทุกขั้นตอนอย่างละเอียด หลังจากที่ได้รับคำแนะนำแล้ว ผู้วิจัย นำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมต่อไป

2. แบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว ของ ชูติกร ทาทอง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากแบบวัด Family member well being ของ McCubbin and McCubbin (1996) ซึ่งนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ที่มีการตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ .76 และในการวิจัยครั้งนี้ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของกลุ่มทดลองได้เท่ากับ .83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ .81

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
  2. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพุทธโสธร
  3. เมื่อผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพุทธโสธรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำตัวเองและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ดังนี้ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ขั้นตอน และระยะเวลาของการวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เป็นความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ รวมทั้งผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือและดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป
- สำหรับกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามความสมัครใจที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร

## วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการ

#### 1. การเตรียมผู้วิจัย

1.1 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาวิชาการ การศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ทฤษฎีการพยาบาล ทักษะการให้คำปรึกษา และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดทั้งการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทำตำรา วารสาร คำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ถูกต้องและครอบคลุมให้มากที่สุด

1.2 การเข้ารับฟังการบรรยายงานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย บรรยายโดย Prof. Dr. Lorraine M. Wright เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558 โดยการบรรยายใช้เวลา 2 ชั่วโมง จากการทำร่วมการประชุม The 12<sup>th</sup> International Family Nursing Conference ณ เมืองโอเดนเซ่ ประเทศเดนมาร์ก

#### 2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนและหลังการทดลอง วิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว

3. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตเข้าทำการศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นดำเนินการ

#### กลุ่มทดลอง

ผู้ช่วยวิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มทดลอง เป็นรายครอบครัว ครั้งแรกที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว

ผู้วิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มทดลอง เป็นรายครอบครัว ครั้งแรกที่ห้องตรวจโรคระบบ

ประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งแจ้งการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยแต่ละครั้งใช้เวลา 90 นาที มีรายละเอียดดังนี้

### ครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก มีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพครั้งแรกเป็นสิ่งที่ต้องทำในการพบกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมทั้งให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักได้แนะนำตัวเอง ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย บอควัตถุประสงค์ ระยะเวลาและจำนวนครั้งที่ต้องพบกัน

2. สัมภาษณ์ครอบครัวสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แผนผังเครือญาติและแผนผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของครอบครัว เพื่อผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักร่วมกันศึกษาให้เข้าใจบริบทของครอบครัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยดังนี้

1. ศึกษาบริบทของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจ ที่มีผลต่อการปรับตัว ขณะให้การช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน โดยการพูดคุยซักถาม เพื่อค้นหาปัญหาและให้ความหมายของปัญหา ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลง ปัญหาที่แยกแยะได้เกิดจากการร่วมกันกำหนดระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก วิธีการที่ใช้แยกแยะปัญหาคือ การกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ จากการพบกันแต่ละครั้ง การให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการทำท่ายให้สะท้อนคิดถึงปัญหา ความคิดความเชื่อของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหาที่แท้จริง

2. การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้บอกเล่าความเชื่อของตนเอง รวมถึงการเล่าประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย ทำให้เห็นแนวคิดชัดเจนเพิ่มขึ้น ทั้งแนวคิดทางบวกหรือทางลบ ส่งผลให้เกิดการสะท้อนคิดและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับการ

ช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนทั้งอิทธิพลแวดล้อมทั้งทางกาย จิต จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อความเชื่อและการสร้างสรรค์ให้เกิดการผลักดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สมาชิกครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก สะท้อนคิดถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและให้ความร่วมมือต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคทางการพยาบาลครอบครัวต่าง ๆ เช่น การให้คำชื่นชม ชี้อุดหนุนของครอบครัว จุดอ่อนที่ต้องพัฒนา การพูดแทนในสิ่งที่ไม่สามารถพูดออกมาได้ การใช้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การใช้ภาพเป็นสื่อ การใช้เสียงเป็นสื่อ การใช้คำพูดหรือน้ำเสียงที่นุ่มนวล การให้พยาบาลสะท้อนความคิดของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ตลอดจนให้ร่วมกันคิด เพื่อให้สามารถแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้ชัดเจนขึ้น นำไปสู่การขจัดอุปสรรคและเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

4. การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก โดยกระตุ้นให้สะท้อนคิด มองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เทคนิควิถีทางการพยาบาลครอบครัวเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวสะท้อนคิด เช่น การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของครอบครัวที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม แสดงความยินดีกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่เกิดขึ้น เป็นต้น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก จะตระหนักเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดการสนทนา ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักสะท้อนคิดและสรุปการสนทนา เพื่อใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อ เพื่อส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเรื่องราวการสนทนา โดยผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ร่วมกันสรุปและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกัน แล้วนำบทสรุปนั้น มาประเมินผลการปรับตัวของครอบครัวครั้งต่อไป ผู้วิจัยนัดพบครั้งที่ 2 เว้นระยะห่างเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร

## ครั้งที่ 2

ผู้วิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เป็นรายครอบครัว ครั้งที่สองที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร สนทนาเกี่ยวกับความเชื่อ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการพัฒนาภาวะสุขภาพกายและใจ โดยนำบริบทความเชื่อความ

เจ็บป่วยของครอบครัวครั้งที่ 1 มาใช้และดำเนินโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ  
เจ็บป่วย 4 ขั้นตอน ต่อเนื่องดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อให้เกิด  
ความคุ้นเคยและไว้วางใจต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยดังนี้

1. ศึกษาบริบทของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ  
เพิ่มเติม ด้วยการประเมินผลการบ้านจากครั้งที่ 1 และถามคำถามที่ต้องการคำตอบจากสมาชิก  
ครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหนึ่งคำถาม ซึ่งครั้งนี้คำถามอาจเปลี่ยนจากเดิม

2. การประเมิน ค้นหา และแยกแยะความเชื่อความเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย  
และใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก โดยเปิดโอกาสให้บอกเล่าความเชื่อของตนเอง  
อิทธิพลแวดล้อมทั้งทางกาย จิต จิตสังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ พุศุค  
แนวทางการส่งเสริมความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ที่เป็นบวกนั้นมาสร้างสรรค์ให้สมาชิก  
ครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเกิดความมั่นใจต่อการปรับเปลี่ยนที่จะเกิดขึ้น

3. การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้สมาชิกครอบครัว  
ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ได้สะท้อนคิดปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่อง  
และให้ความร่วมมือต่อการเปลี่ยนแปลง โดยการใช้เทคนิคทางการพยาบาลครอบครัวต่าง ๆ เช่น  
การให้คำชื่นชม ชี้จุดแข็ง เสนอทางเลือก ความคิดความเชื่อ เช่น การเล่าเรื่องความรู้และ  
ประสบการณ์ต่าง ๆ แยกแยะปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ชัดเจน อีกทั้งให้  
ทราบข้อมูลสิ่งที่เหมาะสมกับครอบครัวมากที่สุด นำไปสู่การจัดอุปสรรคและเกิดการปรับเปลี่ยน  
ความเชื่อ

4. การส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของ  
สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก โดยกระตุ้นให้สะท้อนคิด มองหาการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่  
ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ใช้เทคนิควิธีทางการพยาบาลครอบครัวเป็นการกระตุ้นให้  
ครอบครัวสะท้อนคิด เช่น การชี้ให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีของครอบครัวที่เกิดจากการ  
ปฏิบัติพฤติกรรม แสดงความยินดีกับการเปลี่ยนแปลงที่ดีที่เกิดขึ้น เป็นต้น การส่งเสริมการ  
ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก  
จะตระหนักเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดการสนทนา ผู้วิจัยทำการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำ  
หน้าที่ดูแลหลักสะท้อนคิด สรุปการสนทนาในแต่ละครั้ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในปฏิบัติเพื่อ

ปรับเปลี่ยนความเชื่อและส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 สรุปเรื่องราวการสนทนา โดยผู้วิจัยและสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ร่วมกันสรุปแนวความเชื่อที่เลือก หลังจากที่ได้หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันแล้ว เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ได้แสดงความคิดเห็นสอบถามสิ่งที่ยังสงสัย พร้อมทั้งให้ข้อมูลต่อเนื่องและแนะนำสถานที่ติดต่อรับข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน โดยสามารถติดต่อได้ที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามวันและเวลาราชการ ผู้วิจัยกล่าวอำลาปิดสัมพันธภาพ

ผู้ช่วยวิจัยพบครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักกลุ่มทดลองและให้ตอบแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัวและกล่าวปิดสัมพันธภาพ

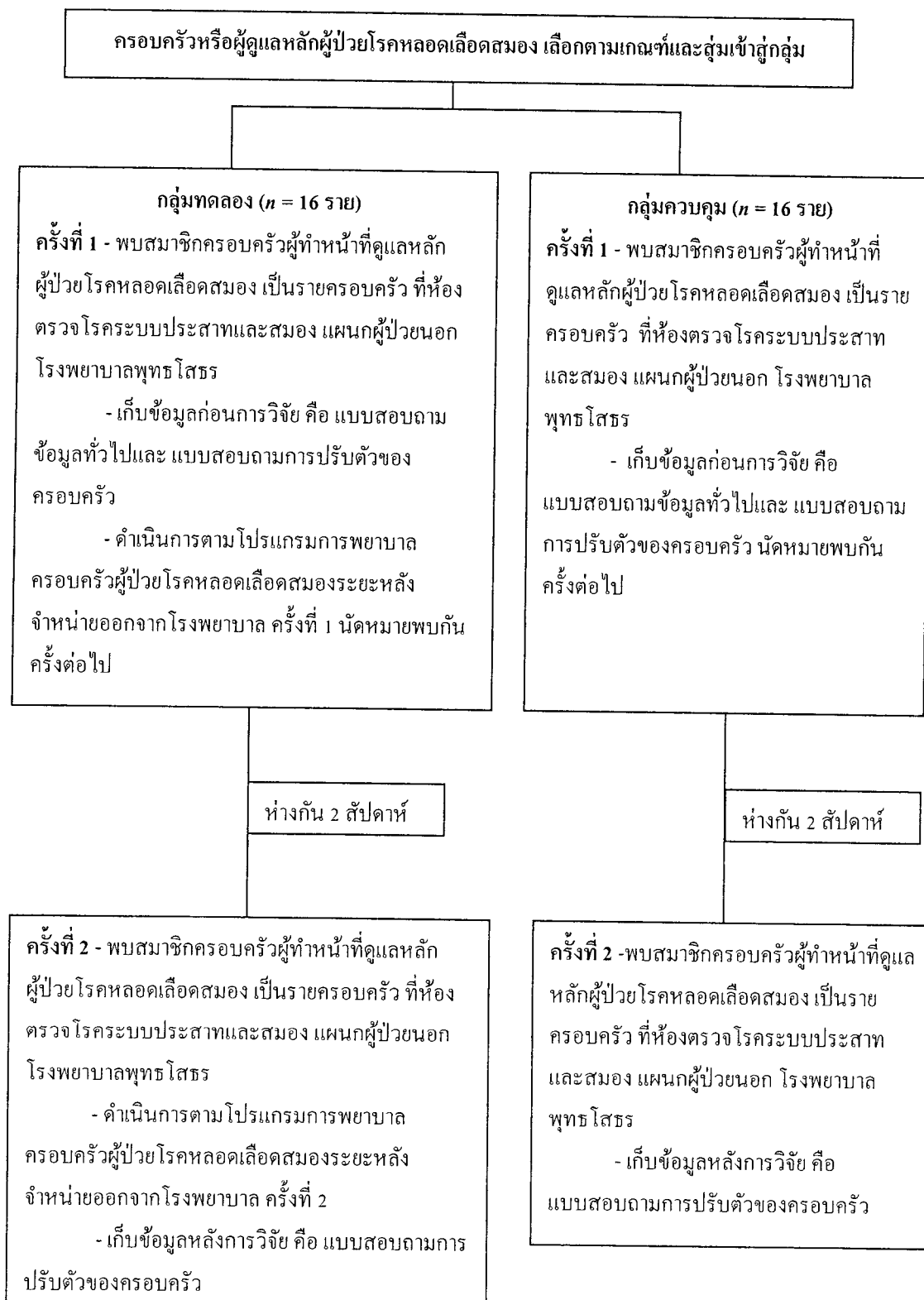
### กลุ่มควบคุม

#### ครั้งที่ 1

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม เป็นรายครอบครัว ครั้งที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและขั้นตอนการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว นัดหมายครั้งต่อไปห่างกัน 2 สัปดาห์

#### ครั้งที่ 2

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลุ่มควบคุม เป็นรายครอบครัว ครั้งที่สองผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว กล่าวปิดสัมพันธภาพ



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อน และหลังการทดลองทุกฉบับ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้การทดสอบสถิติค่าทีแบบไม่อิสระ Paired *t*-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัวระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การทดสอบสถิติค่าทีแบบอิสระ (Independent *t*-test)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับสามถึงระดับหก ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินของ Katz et al. (1963) อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 32 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 16 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 16 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลใกล้เคียงกัน คือ อายุระหว่าง 20-40 ปี มากที่สุด กลุ่มทดลองมีจำนวน 8 ราย ร้อยละ 49.9 กลุ่มควบคุม 9 ราย ร้อยละ 56.2 และน้อยที่สุด คือ อายุ 61 ปีขึ้นไป กลุ่มทดลองมีจำนวน 2 ราย เท่ากันกับกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 12.5 ลักษณะเพศและสถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างของข้อมูล ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง พบระดับประถมศึกษาลงมามากที่สุด จำนวน 7 ราย ร้อยละ 43.8 และกลุ่มควบคุมพบมากที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษากับระดับอนุปริญญาขึ้นไป จำนวน 6 ราย เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ศาสนาพุทธมีจำนวนมากที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ จำนวน 11 ราย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.7, 87.4 ตามลำดับ ข้อมูลอาชีพของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเท่ากัน คือ อาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด จำนวน 9 ราย ร้อยละ 56.2 ลักษณะ

ครอบครัวมีความแตกต่างกันคือ กลุ่มทดลองพบลักษณะครอบครัวเดียวมากที่สุด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนกลุ่มควบคุมพบมากที่สุด คือ ครอบครัวขยาย จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 รายได้ของครอบครัวพบรายได้ไม่พอเพียงกับรายจ่ายของกลุ่มทดลองมากที่สุด จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้ที่ไม่พอเพียงกับรายจ่ายของกลุ่มควบคุมมี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 การรับรู้ว่าไม่ต้องดูแลตลอดเวลาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลใกล้เคียงกัน คือ จำนวน 11 ราย 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.7, 56.2 ตามลำดับ และลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักกับผู้ป่วย พบกลุ่มทดลองเป็นสามี/ ภรรยา จำนวนมากที่สุด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนกลุ่มควบคุมพบเป็นบิดา-มารดา-บุตร จำนวนมากที่สุด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.8 ความสัมพันธ์ พี่-น้อง/ ญาติ พบน้อยที่สุดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ จำนวน 1 ราย, 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3, 25 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test หากมี Cell ที่มี Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้ค่า  $p$  ที่ Fisher's exact test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละและค่าไคสแควร์ของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักในกลุ่มทดลอง ( $n = 16$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n = 16$ ) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					14.892*	.001
20-40	8	49.9	9	56.2		
41-60	6	37.6	5	31.2		
61 ปีขึ้นไป	2	12.5	2	12.6		
เพศ					0.000*	1.0
ชาย	2	12.5	2	12.5		
หญิง	14	87.5	14	87.5		
สถานภาพสมรส					0.000*	1.0
คู่	11	68.8	11	68.8		
โสด	1	6.2	1	6.2		
หย่า/ หม้าย	4	25.0	4	25.0		
การศึกษา					1.815*	.404

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประถมศึกษา	7	43.8	4	25.0		
มัธยมศึกษา	4	25.0	6	37.5		
อนุปริญญาขึ้นไป	5	28.2	6	37.5		
ศาสนา					4.912*	.086
พุทธ	11	68.7	14	87.4		
คริสต์/อิสลาม	5	31.3	2	12.6		
อาชีพ					0.498*	.78
รับราชการ	4	25.0	5	31.3		
เกษตรกร	3	18.8	2	12.5		
รับจ้างทั่วไป	9	56.2	9	56.2		
ลักษณะครอบครัว					2.685	.131
ครอบครัวเดี่ยว	10	62.5	6	37.5		
ครอบครัวขยาย	6	37.5	10	62.5		
รายได้ของครอบครัวเป็นอย่างไร					0.000	1.0
เพียงพอ	8	50.0	12	75.0		
ไม่เพียงพอ	8	50.0	4	25.0		
การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย					2.685	.131
รับรู้ว่าไม่ต้องดูแลตลอดเวลา	11	68.7	9	56.2		
รับรู้ว่าต้องดูแลตลอดเวลา	5	31.3	7	43.8		
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย					6.641*	.36
บิดา-มารดา-บุตร	7	43.8	7	43.8		
สามี/ภรรยา	8	50.0	5	31.3		
พี่-น้อง-ญาติ	1	6.3	4	25.0		

\*Fisher's exact test

ส่วนที่ 2 ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการรวบรวมข้อมูลในกิจกรรมของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย พบว่า มีทั้งความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคและด้านส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรคและด้านส่งเสริมการปรับตัวของครอบครัว

ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรค (Constraining belief)	ความเชื่อด้านที่สนับสนุนและส่งเสริม (Facilitating belief)
1. ความเชื่อที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค “อาการหนักขนาดนี้ ไม่มีทางกลับมาเหมือนเดิมหรอกหมอ” “ โอ๊ย เคียงขนาดนี้ ไม่มีทางดีขึ้นหรอก ”	1. ความเชื่อที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค “เห็นคนในหมู่บ้านป่วยแบบนี้แหละ เขาพักฟื้นและทำกายภาพก็หาย กลับมาเดินได้นะ” “จะหนักยังไง ก็คงต้องดูแลกันไปอย่างนี้แหละ สักวันคงดีขึ้น”
2. ความเชื่อว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนที่มาร่วมกันมา “มันเป็นเวร เป็นกรรมของมัน ทำยังไงก็ไม่มีทางหายหรอก” “ใครจะไปช่วยมันได้ มันเคยอยู่โรงฆ่าสัตว์ ก็ต้องปล่อยไปเวรกรรมของมัน” “พี่ไม่เคยเข้าวัดเลย ฉันก็ทำได้แค่นี้แหละ”	2. ความเชื่อว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนที่มาร่วมกันมา “ฉันจะทำบุญทุกวัน เพื่อเขาจะดีขึ้น” “คงเป็นเวรกรรมที่มาร่วมกันมา ชาติที่แล้ว ก็ต้องดูแลกันไป ดายเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น” “น่าจะดีขึ้น แม่ทำบุญไว้เยอะ”
3. ความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดโรค “มันไม่กินเหล้า ไม่กินยาเลย ทำไมเป็นอย่างนี้ไปได้”	3. ความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดโรค “ตา แกប់นปวดหัวเป็นประจำ แต่ไม่ไปหาหมอเลย หาซื้อยากินเอง มันก็เลยเป็นแบบนี้”
4. ความเชื่อเรื่องการรักษาของแพทย์ “อยู่โรงพยาบาลตั้งนาน ไม่เห็นอาการดีขึ้นเลย” “ผ่าหัวมาแล้ว ไม่เห็นจะดีขึ้นเลย”	4. ความเชื่อเรื่องการรักษาของแพทย์ “หมอเขาบอกให้ฉันพาเขาเดินบ่อย ฉันก็ทำทุกวัน เขาเขาเริ่มมีแรงมาบ้างแล้ว”
5. ความเชื่อเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย “บ้างครั้งฉันก็กลัวนะ ฉันไม่เคยทำ ถ้าต้อง	5. ความเชื่อเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

ความเชื่อด้านที่เป็นอุปสรรค (Constraining belief)	ความเชื่อด้านที่สนับสนุนและส่งเสริม (Facilitating belief)
“ดูคเสมอเอง ฉันคงทำไม่ได้หรอก”	“ฉันไปเรียนการทำอาหารทางสายงกับหมอ
“อยู่บ้านคนเดียว ทำคนเดียวไม่ไหวหรอก”	หมอนามัยมา มันก็ไม่ได้ยากนะ”
“ดูจบ ป.4 อ่านหนังสือ ไม่ออก หมอบอก	“ฉันพลิกตะแครงตัวให้เขาบ่อย ๆ ก็เลยไม่มี
ให้ทำ ก็อย่างที่เห็นวันนี้แหละ ก็มันทำไม่ได้	ผล”
น่าจะให้นอนอยู่โรงพยาบาลเลย”	“พาเขาเดินรอบบ้านทุกวัน เริ่มจะเดินได้เอง
“ไม่น่าให้กลับมาอยู่บ้าน ไม่ใครดูแลได้	ล่ะ”
หรอก”	

### ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังทดลอง

ผลการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 2.10 ( $SD = .833$ ) และหลังการทดลองเท่ากับ 3.06 ( $SD = .951$ ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติค่าทีแบบไม่อิสระ (Paired  $t$ -test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 11.263, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวสูงกว่าก่อนทดลองดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลองระยะก่อนและหลังทดลอง ( $n = 16$ )

คะแนนการปรับตัวของ ครอบครัวกลุ่มทดลอง	Min-Max	$\bar{X}$	SD	$t$	P-value
ก่อนทดลอง	1-4	2.100	.83	11.263	.000*
หลังทดลอง	1-4	3.062	.95		

\* $p < .001$

#### ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลการทดลองพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว 2.10 ( $SD = .83$ ) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว 2.40 ( $SD = .72$ ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติค่าที่แบบอิสระ (Independent  $t$ -test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวไม่แตกต่างกัน ( $t = 1.83, p = .069$ ) ซึ่งหมายความว่า ระดับการปรับตัวของครอบครัวก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัว 3.06 ( $SD = .95$ ) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัว 1.93 ( $SD = .91$ ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติค่าที่แบบอิสระ (Independent  $t$ -test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 11.26, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนและหลังทดลองระหว่างครอบครัวกลุ่มทดลองกับครอบครัวกลุ่มควบคุม ( $n = 32$ )

คะแนนการปรับตัว	$n$	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		$t$	$df$	$p$ -value
		$\bar{X}$	$SD$	$\bar{X}$	$SD$			
ก่อนการทดลอง	16	2.100	.83	2.40	.72	1.83	159	.069
หลังการทดลอง	16	3.062	.95	1.93	.91	11.26	159	.000*

\* $p < .001$

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยมีระดับการพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ระดับสามถึงระดับหก ซึ่งคัดกรองด้วยแบบประเมินของ Katz et al. (1963) อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2540) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 32 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 16 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว ของ ชูสิทธิ์ ทาทอง (2550) มีการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient) ได้เท่ากับ .76 และในการวิจัยครั้งนี้ ได้คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของกลุ่มทดลองได้เท่ากับ .83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (Paired *t*-test) ทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent *t*-test) และสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน คือกลุ่มทดลองมีลักษณะครอบครัวเดียวมากที่สุด จำนวน 10 ราย ร้อยละ 62.5 ส่วนกลุ่มควบคุมพบลักษณะครอบครัวขยายมากที่สุด จำนวน 10 ราย ร้อยละ 62.5 ส่วนความพอเพียงของรายได้ของกลุ่มควบคุมมากที่สุด จำนวน 12 ราย ร้อยละ 75 กลุ่มทดลองมากที่สุด จำนวน 8 ราย ร้อยละ 50 ด้าน



ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วยพบ สามิ/ ภรรยา มากที่สุด จำนวน 8 ราย ร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมพบมากที่สุดคือ บิดา-มารดา/ บุตร จำนวน 7 ราย ร้อยละ 43.8 ส่วนด้าน อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา อาชีพและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบข้อมูลที่ไม่มีความแตกต่างกัน

2. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของครอบครัวดีขึ้นกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ

1. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวของครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง

2. สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวของครอบครัวดีขึ้นกว่าสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักหลังทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้ ความเชื่อเป็นลักษณะพื้นฐานสำคัญของบุคคล ซึ่งความเชื่อของบุคคลนั้น จะถูกถ่ายทอดจากระบบครอบครัว ความเชื่อเป็นความรู้สึกมั่นใจว่าถูกต้องและเป็นจริง การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา จึงเกิดจากความเชื่อของบุคคลนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้มากขึ้นน้อยเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักที่มีความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จ จะช่วยส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้น จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบความเชื่อดังนี้ 1) ความเชื่อที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เช่น “เห็นคนในหมู่บ้านป่วยแบบนี้แหละ เขาพักฟื้นและทำกายภาพก็หาย กลับมาเดินได้นะ” 2) ความเชื่อว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนที่มาร่วมกันมา เช่น “คงเป็น

เวรกรรมที่ทำร่วมกันมา ซาติที่แล้ว ก็ต้องดูแลกันไป ตายเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น” 3) ความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดโรค เช่น “ตา แกบ่นปวดหัวเป็นประจำ แต่ไม่ไปหาหมอเลย หาซื้อยากินเอง มันก็เลยเป็นแบบนี้” 4) ความเชื่อเรื่องการรักษาของแพทย์ เช่น “หมอบอกให้ฉันพาเขาเดินบ่อย ฉันก็ทำทุกวัน เขาเริ่มมีแรงมาบ้างแล้ว” 5) ความเชื่อเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เช่น “ฉันไปเรียนการทำอาหารทางสายงกับหมอบอกมา มันก็ไม่ได้ยากนะ” ในทางตรงข้าม ความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ จะส่งผลให้มีการปรับตัวไปในทางที่ไม่ดี จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบความเชื่อดังนี้ 1) ความเชื่อที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เช่น “อาการหนักขนาดนี้ ไม่มีทางกลับมาเหมือนเดิมหรอกหมอ” 2) ความเชื่อว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติปางก่อนที่ทำร่วมกันมา เช่น “มันเป็นเวร เป็นกรรมของมัน ทำยังไงก็ไม่มีทางหายหรอก” 3) ความเชื่อเรื่องสาเหตุการเกิดโรค เช่น “มันไม่กินเหล้า ไม่กินยาเลย ทำไมเป็นอย่างนี้ไปได้” 4) ความเชื่อเรื่องการรักษาของแพทย์ เช่น “อยู่โรงพยาบาลตั้งนาน ไม่เห็นอาการดีขึ้นเลย”, “ผ่าหัวมาแล้ว ไม่เห็นจะดีขึ้นเลย” 5) ความเชื่อเรื่องความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เช่น “บางครั้งฉันก็กลัวนะ ฉันไม่เคยทำ ถ้าต้องดูแลตนเอง ฉันคงทำไม่ได้หรอก”, “ลุงจบ ป.4 อ่านหนังสือไม่ออก หมอบอกให้ทำ ก็อย่างที่เห็นวันนี้แหละ ก็มันทำไม่ได้ น่าจะให้นอนอยู่โรงพยาบาลเลย” จึงเห็นได้ว่า ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวภาพรวมของครอบครัว

โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น เป็นกระบวนการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง โดยใช้รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วย มีกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผยแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัว และ 4) การสรุปผลการสนทนา วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อให้เอื้อต่อการปรับตัว กิจกรรมการพยาบาลเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง โดยเชื่อเชิญให้มีบอกเล่าถึงความเชื่อและอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สนทนาด้วยคำถามปลายเปิด การให้ถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ จึงช่วยให้ประเมินปัญหาและความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักได้อย่างแท้จริง และนำไปสู่การหาแนวทางให้มีการปรับตัวอย่างได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโล อาร์รุ่งเรือง (2551) พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลตามปกติ ส่วนการศึกษาของ สมบัติ น้ำดอกไม้ (2558) พบว่า โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปกติ เช่น การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นการสนทนากับเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ไม่ได้มีการสนทนาซักถามปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ทำให้ข้อมูลปัญหาที่ได้มาไม่ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักได้ครบถ้วนรอบด้านอย่างแท้จริง

สรุป จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถช่วยทำให้ครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักมีการปรับตัวได้ดีเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### 1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก ควรพิจารณานำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลแบบบูรณาการทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 พยาบาลควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะ ความชำนาญ จึงจะนำโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้กับครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรพิจารณาสนับสนุนให้มีขั้นตอนการให้บริการครอบครัว หรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพิจารณาโปรแกรม การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้ บุคลากรทางการพยาบาลนำไปใช้ปฏิบัติ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการที่ครอบคลุมรอบด้าน เพิ่มขึ้น

## 3. ด้านศึกษาการพยาบาล

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิก ครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการเรียนการสอนของนักศึกษา ควรให้ความสำคัญการดูแลครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก เพื่อการส่งเสริมการปรับตัวและให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างที่ โรงพยาบาล หากทำการวิจัยครั้งต่อไป แนะนำให้เก็บข้อมูลรวบรวมการวิจัยที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง อาจทำให้ผู้วิจัย เห็นสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์จริงและได้รับข้อมูลการวิจัยที่รอบด้านมากขึ้น

2. การวิจัยครั้งต่อไป แนะนำเพิ่มระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามผลของโปรแกรม การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระยะ ยาวต่อการปรับตัวของครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก

3. การวิจัยครั้งต่อไป แนะนำประยุกต์โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ อาจช่วยเหลือให้ครอบครัวหรือสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อื่น ๆ นั้น มีการปรับตัวที่ดีขึ้น

## บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งองค์การ  
สงเคราะห์ทหารศึก.
- ขวัญเรือน สิงห์กว้าง. (2551). *ประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- คนองนิช ไชยวุฒิ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทของญาติผู้ชายที่ดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2559). *รายงานสถิติประจำปี*. จะเข้เจียงเทรา:  
หน่วยงานสถิติทาง การแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพุทธโสธร.
- จันทร์นิภา เกตรา. (2551). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามี  
และความต้องการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี*. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ตำราการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์).  
สงขลา: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอช. ซี. วี. บิสิเนสส์.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ภาควิชาการพยาบาลแม่  
และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชนัญชิตาคุณภู่ ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการ  
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.
- ชลาลัย ดงพะจิตร. (2547). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเกสตัลท์เพื่อลด  
ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชื่นชม ชื่อดือชา. (2555). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ:  
ธรรมศาสตร์เวชสาร.
- ชวลีกร ทาทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ดวงใจ คุสิต. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็ก  
เรื้อรังของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชฎ์ลักษณ์ โอบอ้อม. (2546). ประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง.  
วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(2), 38-42.
- เนตรลาวัลย์ เกิดหอม. (2548). ผลของโปรแกรมการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อความรู้สึกมี  
คุณค่าในตนเองและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปราณี สุทธิสุนทร, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม. (2552). บทบาทและคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขและ  
การพัฒนา, 7(3), 60-74.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรภัทร ธรรมสโรจ. (2555). โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์  
การพิมพ์.
- พัชรินทร์ แน่นหนา. (2550). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย  
ต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและ  
ครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล  
เวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพ์กา สุตรา. (2541). การพยาบาลครอบครัว: ครอบครัวระยะมีบุตรวัยเรียนและวัยรุ่น. ขอนแก่น:  
ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ: การบูรณาการครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ.  
ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ภรภัทร อิม โอรุ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาล: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: วิเจ ประินดีง.
- วรรณฤดี วิภากรณ์. (2555). คุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการประกอบการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วชิราภรณ์ โนราช. (2553). ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในการดูแลด้านกาย จิตและสังคม จากทีมเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลแม่เมาะ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ชำนาญ. (2551). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความทุกข์ทรมานและการสนับสนุนของครอบครัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนี ชาณศรี. (2551). ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล อารีรุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร ภาณุวาทกุล. (2552). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวต่อการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. (2545). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. (2550). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. เข้าถึงได้จาก <http://pni.go.th/cpg/stroke-nurse 2007.pdf>

- สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โทลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการ  
ความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือด  
สมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 37-52
- สมบัติ น้ำดอกไม้. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อ  
ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว,  
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). *พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น:  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สิรินันท์ พงศ์เมธิกุล. (2553). แบบจำลองภาวะขาดเลือดของสมองทั้งสมองและสมองบางส่วน.  
*วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(3), 149-159.
- สิริรัตน์ ถีลาจรัส และจรรยา วิรุฬราช. (2550). โรคหลอดเลือดสมองให้การพยาบาลและคำแนะนำ  
แก่ผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 21(3), 80-92.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำหรับการดูแล*. ขอนแก่น:  
ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุรเกียรติ อชานานุกภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: โรคกับการดูแลรักษาและการ  
ป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). *สาธารณสุขแนะนำกินผักวันละ 5 ทัพพี  
ช่วยป้องกันอัมพฤกษ์-อัมพาต*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th>.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554) *สถิติการเกิดโรคหลอดเลือด  
สมองของประชากรไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน  
ด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thained.Com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- อรินทร์ จรุงสุทธิ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,  
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.



- อินทรา ลิ่มเชย. (2550). *ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรัญญา ไพรวัดย์. (2550). *ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อุมา จันทวิเศษ. (2552). ผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(2), 117-129.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:ชั้นด้า.
- Ali H., Ashar, D., Sadat, B., Masoud, F., K. & Fazlollah, A. (2015). *Family adaptation to stroke: A metasynthesis of qualitative research based on double ABCX model*. Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, TarbiatModares University, Tehran, Iran.
- American Heart Association [AHA]. (2011). *Tip sheet on men's risk factor for heart disease and stroke*. Retrieved from [http://www.Everydaychoiecs.Org/Card/materials/pdf/tip-sheet-on-mene-heart-disease-and-stroke-rick-Factors\\_11.25.14.pdf](http://www.Everydaychoiecs.Org/Card/materials/pdf/tip-sheet-on-mene-heart-disease-and-stroke-rick-Factors_11.25.14.pdf).
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Miller, L. I., Harvath, T. A., Greenlick, M. R., Buren, L. V., Kirschling, J. M., Valanis, B. G., Brody, K., Schook, J. E., & Hagan, J. M. (1995). The Prep system of nursing intervention: A pilot test with family caring for older Members. *Research in Nursing & Health*, 18, 3-16.
- Friedman, H., Bowen, D., & Jones, O. (2003). *What is affective function?*. Retrieved from [http://wiki.Answers.Com/Q/What\\_is\\_affective\\_function](http://wiki.Answers.Com/Q/What_is_affective_function).
- Maturana, H. R., & Varele, F. G. (1992). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reid.
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1996). *Family assessment resiliency coping and adaptation*, Retrieved from [http://en.Wikipedia.Org/wiki/Family\\_Assessment\\_Resilliency\\_Coping](http://en.Wikipedia.Org/wiki/Family_Assessment_Resilliency_Coping).
- Polit, D. F., & Hungler B. P. (1995). *Nursing research principles and methods (5<sup>th</sup> ed)*. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- World Health Organization [WHO]. (2012). *Definition of stroke*. Retrieved from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/).
- Wright, L. M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness a model for healing*. Alberta, Canada: 4<sup>th</sup> Floor Press.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F. A. Davis.

## ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

## รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. นายแพทย์เกริกไกร เพียรระพีกุล

นายแพทย์ชำนาญการ

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพุทธโสธร

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

3. ดร.วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพุทธโสธร

จังหวัดฉะเชิงเทรา

**ภาคผนวก ข**  
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



## เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลัง  
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 21-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นายชัชเจน กิณะชัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง สื่อสารได้ตามปกติและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้จะมีสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมวิจัยจำนวน 16 คน การวิจัยครั้งนี้จะใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะพบกับท่านที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร 2 ครั้ง โดยพบกันเมื่อท่านพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดครั้งแรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและครั้งที่ 2 ระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ เพื่อตอบแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ ในการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ผู้วิจัยทราบถึงข้อมูลปัญหาการปรับตัวของครอบครัวของท่านขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่ผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในวางแผนให้การพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา 1 ปี

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ถ้าท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นาย ชัดเจน กิณะชัย หมายเลขโทรศัพท์ 082-2130620 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เดียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-9933483

นายชัดเจน กิณะชัย

ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัย/ ผู้ช่วยวิจัย ให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้





## เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลัง  
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 21-03-2559

ชื่อผู้วิจัย นายชัชเจน กิณะชัย

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง สื่อสารได้ตามปกติและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้จะมีสมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าร่วมวิจัยจำนวน 16 คน การวิจัยครั้งนี้จะใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะพบกับท่านที่ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธรจำนวน 2 ครั้ง ในสัปดาห์แรก (ครั้งที่ 1) ผู้วิจัยจะพบท่านเป็นรายบุคคล โดยพบกันเมื่อท่านพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดครั้งแรก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว ชักถามผู้วิจัยเมื่อมีข้อสงสัย ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 1 ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที และพบกันครั้งที่ 2 ระยะห่างกัน 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะพบท่านเป็นรายบุคคล

ผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ทำแบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว

**ประโยชน์ที่จะได้รับ** ในการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็น โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยกับท่านในการปรับเปลี่ยนความเชื่อความเจ็บป่วยของท่าน เพื่อการแก้ไขปัญหาเรื่องการปรับตัวที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่บ้าน และผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป การวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย

**การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ** การตอบรับหรือการปฏิเสธ และการถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและการถอนตัวในการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของท่าน ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ จะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา 1 ปี

**หากมีข้อมูลเพิ่มเติม** ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ถ้าท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ได้ตลอดเวลาที่ นายชัชเจน กิณะชัย หมายเลขโทรศัพท์ 082-2130620 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร. วรณิ เตียววิเศษ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 082-9933483

นายชัชเจน กิณะชัย

ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษากับญาติพี่น้องเพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ค  
ใบอนุญาตเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ. ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ง  
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว

Effects of Family Intervention Program of Cerebrovascular Disease Patients after Discharge from the Hospital on Family Adaptation

ชื่อนิติกร นายชัชเจน กิณะชัย

รหัสประจำตัวนิติกร 54920265

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 21 - 03 - 2559

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ สมาชิกครอบครัวผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 32 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ห้องตรวจโรคระบบประสาทและสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 11 เดือน เมษายน พ.ศ. 2559

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## สำเนา

ที่ ฉช ๐๐๓๒.๒๐๒./ ๗๕๓๑

โรงพยาบาลพุทธโสธร  
๑๗๔ ถนนมรุพงษ์ อำเภอเมือง  
จังหวัดฉะเชิงเทรา ๒๔๐๐๐

๑ สิงหาคม ๒๕๕๙

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๐๗๔๒  
ลงวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองโครงการวิจัย

จำนวน ๑ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง นายชัดเจน กิณะชัย ขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ  
ดำเนินการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่าย  
ออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว" รายละเอียดตามแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร ได้พิจารณา  
โครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว และเอกสารที่เกี่ยวข้องเสร็จเรียบร้อยแล้ว ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ให้การ  
รับรองโครงการวิจัยฯ รายละเอียดตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยฯ ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสมชาย แก้วเขียว)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ

โทร/โทรสาร. ๐ ๓๘๘๑ ๔๒๓๕

สำเนาเรียน นายชัดเจน กิณะชัย





เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย

เลขที่ BSH-IRB 00๕/๒๕๕๙

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ชื่อโครงการ : โครงการวิจัย เรื่อง "ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อการปรับตัวของครอบครัว"

ผู้วิจัยหลัก : นายชัดเจน กิณะชัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร พิจารณาแล้ว มีมติเอกฉันท์  
ให้การรับรอง โครงการวิจัยตามข้อบ่งชี้ที่เสนอขอดำเนินการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๕๙

วันหมดอายุ : ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๐

โดยผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลพุทธโสธร ดังนี้

๑. มีกระบวนการคุ้มครองอาสาสมัครงานวิจัย ตามรายละเอียดที่เสนอขออนุมัติจริยธรรมวิจัย
๒. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการวิจัยที่ขอรับการรับรองทุกขั้นตอน
๓. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๔. รายงานความก้าวหน้า/การยุติโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการฯ
๕. ส่งรายงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์แก่โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน ๑ เล่ม

ลงนาม

(นายสมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน  
โรงพยาบาลพุทธโสธร

ลงนาม

(นางสาวสมบัติ ชุตินานกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

ภาคผนวก จ  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## แบบสอบถาม

เลขที่.....

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน ( ) ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก

1. อายุ .....ปี

2. เพศ

( ) 1. ชาย

( ) 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

( ) 1. คู่

( ) 2. หย่าร้าง/ หม้าย

( ) 3. โสด

4. การศึกษา

( ) 1. ประถมศึกษาลงมา

( ) 2. มัธยมศึกษา

( ) 3. อนุปริญญาขึ้นไป

5. ศาสนา

( ) 1. พุทธ

( ) 2. คริสต์

( ) 3. อิสลาม

( ) 4. อื่น ๆ (ระบุ) .....

6. อาชีพ

( ) 1. รับราชการ

( ) 2. เกษตรกร

( ) 3. รับจ้างทั่วไป

7. ลักษณะของครอบครัว

( ) 1. ครอบครัวเดี่ยว

( ) 2. ครอบครัวขยาย

8. รายได้ของครอบครัวเป็นอย่างไร

( ) 1. เพียงพอ

( ) 2. ไม่เพียงพอ

9. การรับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

( ) 1. รับรู้ที่ไม่ต้องดูแลตลอดเวลา

( ) 2. รับรู้ที่ต้องดูแลตลอดเวลา

10. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

( ) 1. สามี/ ภรรยา

( ) 2. บิดา- มารดา/ บุตร

( ) 3. ญาติ/ พี่น้อง

## ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการปรับตัวของครอบครัว

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขอให้ท่านตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด การเลือกให้ถ้อยเกณท์ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง	ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมากที่สุด
มาก หมายถึง	ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวมาก
ปานกลาง หมายถึง	ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวปานกลาง
น้อยที่สุด หมายถึง	ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวน้อยที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ท่านคิดว่าสมาชิกครอบครัวของท่านกังวลต่อภาวะสุขภาพของตนเองเพียงใด เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน				
2. ท่านรู้สึกตึงเครียดเพียงใดเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบ้าน				
3. ...				
4. ...				
5. ท่านรู้สึกกลัวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงใด				
6. ท่านรู้สึกโกรธเพียงใดเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง				
7. ...				
8. ...				
9. ...				
10. ...				