ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

สมบัติ น้ำดอกไม้

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2558
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ สมบัติ น้ำดอกไม้ ฉบับนี้ เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณี เดียวอิศเรศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีย์กมล รัชนกุล)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณี เดียวอิศเรศ)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 17 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2558

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณายิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ กรรมการที่ปรึกษาที่กรุณาให้คำปรึกษา เสนอแนะแนวทางและตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาดำเนินการ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตลอดจนคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากสถาบันต่าง ๆ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง ที่อนุญาตให้ดำเนินงานวิจัย และช่วยเสนอแนวทางการวิจัย

ขอขอบคุณครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาครั้งนี้อย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณครอบครัวน้ำดอกไม้ เพื่อนร่วมรุ่น และเพื่อนร่วมงานจากโรงพยาบาลอ่างทอง ที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สมบัติ น้ำดอกไม้

54920277: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คำสำคัญ: รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย/ ความเครียด/ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ครอบครัวผู้ดูแล

สมบัติ น้ำดอกไม้: ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล (EFFECT OF NURSING INTERVENTION PROGRAM BASED ON ILLNESS BELIEF MODEL ON FAMILY CAREGIVERS' STRESS AND CARING FOR STROKE PATIENTS) อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์: จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D., วรรณี เดียวอิศเรศ, Ph.D. 96 หน้า. พ.ศ. 2558.

การศึกษากึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยนี้ แสดงว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย สามารถนำไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการลดความเครียดและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

54920277: MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)
KEYWORDS: ILLNESS BELIEF MODEL / STRESS / CARING FOR STROKE PATIENTS / FAMILY CAREGIVER

SOMBAT NUMDOKMAI: EFFECT OF NURSING INTERVENTION PROGRAM BASED ON ILLNESS BELIEF MODEL ON FAMILY CAREGIVERS' STRESS AND CARING FOR STROKE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: CHINTANA WACHARASIN, Ph.D., WANNEE DEOISRES, Ph.D. 96 P. 2015.

The purpose of this quasi- experimental study was to examine the effect of Nursing Intervention Program based on Illness Belief Model (NIPIBM) on family caregivers' stress and caring for stroke patients. The samples of 30 family caregivers were recruited and randomly assigned into the control (n = 15) and experimental group (n = 15). The experimental group received four weekly sixty-minute sessions of NIPIBM, while the control group received regular nursing care. Caregivers' Stress Interview and Caring for Stroke Patients of Family Caregivers Interview were used for pretest and posttest data collection. Frequency, mean, standard deviation, and T-test were computed for data analysis.

The results revealed that after the experiment, family caregivers in the experimental group had significantly lower mean scores of stress than those in the control group ($p < .01$), and significantly higher mean scores of caring than those in the control group ($p < .05$). This indicates that NIPIBM can be applied for stroke's family caregivers in order to decrease family caregivers' stress and increase competency of caring for stroke patients.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ฌ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย 7

ขอบเขตของการวิจัย 8

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบ 10

ระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 15

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล 17

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล 20

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 22

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 27

3 วิธีดำเนินการวิจัย 33

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 33

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 35

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย 37

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 37

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล 38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล	44
4	ผลการวิจัย	46
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
5	สรุป และอภิปรายผลการวิจัย	50
	สรุปผลการวิจัย	50
	อภิปรายผล	51
	ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	54
บรรณานุกรม		56
ภาคผนวก		65
	ภาคผนวก ก	66
	ภาคผนวก ข	68
	ภาคผนวก ค	75
	ภาคผนวก ง	92
ประวัติย่อของผู้วิจัย		96

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคมเศรษฐกิจครอบครัวและครอบครัวผู้ดูแล 47

2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง..... 49

3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง..... 49

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 8

2 ขั้นตอนการทดลอง 45

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก จึงนับได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์ของประเทศไทย จากสถิติอัตราผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2554-2556) พบผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ระดับประเทศ มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 330.60, 354.54 และ 366.81 ตามลำดับ พบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ 30.04, 31.69 และ 36.13 ตามลำดับ จังหวัดอ่างทองพบผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้นและสูงมากกว่าระดับประเทศ คือ 519.13, 562.73 และ 574.33 ตามลำดับ และพบอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน คือ 33.74, 38.03 และ 50.39 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และสูงมากกว่าระดับประเทศ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง คือ อาจมีการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือดเหล่านี้ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไป และหยุดสั่งงาน จึงทำให้เกิดอาการอัมพาตของร่างกายในส่วนนั้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553) ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของคนไทย ในรายที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงมักหลงเหลือความผิดปกติ เช่น อัมพาต กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาเคลื่อนไหวช้าและไม่สัมพันธ์กัน พูดไม่ได้ กลืนลำบาก ควบคุมระบบขับถ่ายไม่ได้ อาจพบปัญหาแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อระบบหายใจหรือทางเดินปัสสาวะ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมี 4 ลักษณะ คือ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีการสูญเสียภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ในครอบครัวลดลง และต้องการพึ่งพาระหว่างกัน (วราลักษณ์ ทองใบประสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรจา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2550) มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และพรชัย สถิรปัญญา, 2548) และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนถึงร้อยละ 28.00 ผู้ที่เป็นอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตต้องอยู่กับความพิการ เพราะความผิดปกติทางสมองและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความพิการของผู้ป่วยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลต่อความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งก็คือสมาชิกในครอบครัว (สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล, 2554)

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในระหว่างสมาชิกครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับคนใดคนหนึ่งจะมีผลกระทบไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ รวมถึงระบบครอบครัวทั้งระบบด้วย (Wright & Bell, 2009) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงย่อมมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างมาก (นิชธิมา ศรีจำนงค์, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2553; Hung et al., 2012) จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม, 2552)

จากบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ และใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน มีผลกระทบตามมาคือ พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด เป็นความเครียดระดับสูง ร้อยละ 58.00 (อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) เป็นความเครียดในบทบาทผู้ดูแล เพราะไม่สามารถดูแลสมาชิกครอบครัวที่พิการได้ตามความคาดหวัง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแลไม่พร้อม บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2549; อรอนงค์ กูลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัพณา กิจรุ่งโรจน์, 2555; Hung et al., 2012; Riley, 2007) เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนั้น พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.80 ใช้เวลาในการดูแลและอยู่กับผู้ป่วยวันละ 20-24 ชั่วโมง (ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550) การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน เพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย หรือโรคเรื้อรังนั้น ๆ รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การดูดเสมหะ การทำแผล ที่เกิดจากการกดทับ การสื่อสารกับผู้ป่วย ตลอดจนการจัดการกับภาวะวิกฤต ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทำให้เหน็ดเหนื่อย กระทบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม สุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ดูแลเสื่อมลง เกิดเป็นความเครียดตามมา (ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2554; วารี กังใจ, 2558) ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ถ้าครอบครัวผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลอย่างเหมาะสม อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแล ให้มีความเครียด เนื่องจากไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ตามความคาดหวัง กลัวจะดูแลได้ไม่ดี กลัวว่าจะทำได้ไม่ถูกต้อง กลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดจากการกระทำของตน นอกจากนี้ยังเครียดที่ต้องมีภาระกิจครอบครัวหลายด้าน เช่น

ต้องดูแลสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ และต้องทำงานหารายได้ให้ครอบครัว เหล่านี้ทำให้เกิดผลทางอ้อมต่อผู้ป่วย เมื่อความสามารถในการดูแลของครอบครัวผู้ดูแลลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า ผลลัพธ์การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำลงในที่สุด (สมนึก สกุลหงส์โสภณ และคณะ, 2555; Bakas & Burgener, 2002; Bull, 1990) สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2557 พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลส่วนมากมีความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่สัมพันธ์และมีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระ การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อความเจ็บป่วย กล่าวคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อที่เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะต้องมีการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันโรค การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล และทำให้สุขภาพจิตของครอบครัวผู้ดูแลดีขึ้น (นงเยาว์ ใบยา, 2554; ประกอบพร ทิมทอง, 2550; ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550; วิสาข์ วัชระศิริบันลือ และศุภร วงศ์วทัญญู, 2554; Mant, Carter, Wade, & Winner, 2000) ความเชื่อความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล กล่าวคือ ความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จต่อการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว (ดวงใจ ดุสิต, 2552)

ความเชื่อความเจ็บป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว (ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธ์, 2545) ซึ่งความเชื่อความเจ็บป่วยมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพ และเป็นทั้งความเชื่อที่ยับยั้งและส่งเสริมสุขภาพ (อินทิรา ลิ่มเชย, 2550) ความเชื่อความเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Facilitating belief) เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นภารกิจของครอบครัว การเจ็บป่วยเป็นผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคน และสมาชิกครอบครัวทั้งหมดมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะมีผลให้ครอบครัวดูแลกันด้วยความรัก ความเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเกิดการทุเลาของโรค คลายความเครียดและลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล หากครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จะช่วยให้

อาการของผู้ป่วยดีขึ้น สามารถควบคุมอาการ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ และ 2) ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (Constraining belief) เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่เกิดขึ้น เช่น สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลที่มีความเชื่อเป็นลบต่อการดูแลรักษา คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของโชคชะตาที่กำหนดมา จะทำให้รู้สึกหมดหวัง ไม่เชื่อว่าตนเองสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่สามารถควบคุมอาการได้ จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดีไม่เหมาะสม และจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด (Wright & Bell, 2009)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ความเชื่อมีความสำคัญ เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาตามความเชื่อที่บุคคลนั้นมีอยู่ (Wright & Leahey, 2005) จากการศึกษาของ Sullivan and Waugh (2007) พบว่า ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของ Tal-Hatu, Oyedunni, and Salim (2010) พบว่า ความรู้และความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งความรู้ของครอบครัวผู้ดูแลที่มากและความเชื่อด้านบวกส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำค้าง พรหมเสน (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบค์รัวที่บ้าน โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

การศึกษาที่ผ่านมา มีหลายวิธีการที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น จัดบริการโดยบุคลากรเฉพาะทาง การฝึกสอน แนะนำให้สุขศึกษา ตอบปัญหาทางโทรศัพท์ กลุ่มสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล และบริการปรึกษา โดยที่บริการปรึกษาเป็นวิธีที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (Heugten, Meily, Post, & Lindeman, 2006) และจากการศึกษาของ Loupis and Faux (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวผู้ดูแลได้รับความรู้ และการสนับสนุนที่เกินความคาดหมาย รวมถึงได้รับโปรแกรมการช่วยเหลือเชิงรุกเพื่อการป้องกันภาวะวิกฤติ แต่ผลของการให้ความรู้และการให้ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ มีทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี นอกจากนี้ Salter, Foley, and Teasell (2010) ได้ทบทวนงานวิจัย 10 เรื่อง พบว่ามี 7 เรื่อง เป็นการให้บริการที่บ้าน โดยการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการช่วยดูแลผู้ป่วยและการพยาบาลที่บ้าน ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นการบริการด้วยการสนับสนุนทางสังคม การปรึกษาครอบครัว และการบริการอาชีพ ซึ่งมีผลการวิจัยเพียงเรื่องเดียว คือการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่รายงานผลว่าได้ผลดี ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จะเห็นว่ามีงานวิจัยที่ไม่ได้ผลจำนวนมาก อาจเนื่องจากการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing intervention) ที่ครอบครัวผู้ดูแลได้รับไม่สอดคล้องกับความเชื่อและการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแล และอาจไม่พบการศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัว

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลครอบครัว มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอ่างทอง จึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief model) ของ Wright and Bell (2009) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล ผลการวิจัยจะมีประโยชน์สำหรับพยาบาล ในการวางแผนการพยาบาล และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแล ลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นโปรแกรมที่พยาบาลและครอบครัวผู้ดูแลมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากการสร้างสัมพันธภาพ และการสนทนาบำบัด ซึ่งประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ จากนั้นให้ครอบครัวสะท้อนคิด แล้วสรุปผลการสนทนา การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้แสดงความเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วย หากการบอกเล่ามีเรื่องราวความเชื่อที่ขัดขวางการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย พยาบาลและครอบครัวผู้ดูแลจะช่วยกันปรับเปลี่ยนความเชื่อนั้น เนื่องจากความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความเชื่อความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ดูแล ถ้าครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อความเจ็บป่วยไปในทางที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ก็จะสามารถลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ดี

ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง ตรวจวัดความดันโลหิตครอบครัวผู้ดูแล และตอบข้อซักถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ได้มุ่งเน้นที่จะดูแลครอบครัวผู้ดูแลโดยตรง ดังนั้นครอบครัวผู้ดูแลจึงยังคงมีความเครียดในระดับเดิม และดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เหมือนเดิม

การศึกษาที่สนับสนุนแนวคิด การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ช่วยลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การศึกษาของ พัชริน แน่นหนา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณี เดียวอิศเรศ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการศึกษาที่สนับสนุนเรื่องการลดความเครียด และ Wacharasin (2010) ที่ศึกษาในครอบครัวที่มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยนำการสนทนาบำบัดที่พัฒนามาจากการประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และรูปแบบการดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ พบว่า ครอบครัวสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จและปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค มีการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น เป็นการศึกษาที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย งานวิจัยของ นิลุบล วินิจสร (2554) เรื่องผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการ

ดูแลสุขภาพเท้า โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

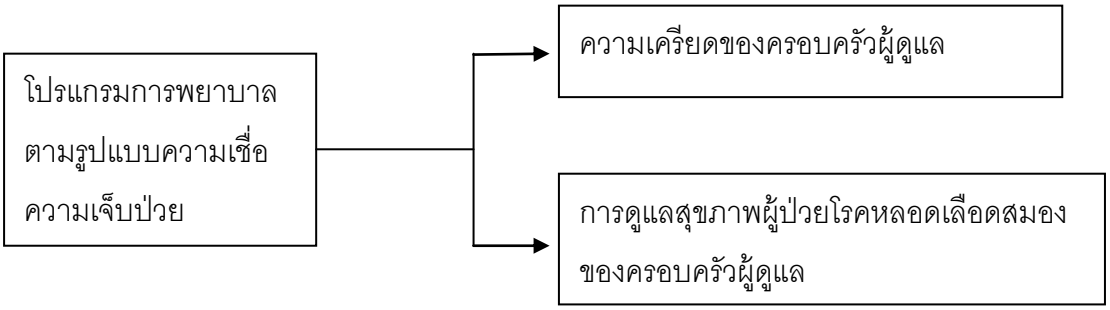
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ของ Wright and Bell (2009) มาเป็นกรอบในการวิจัย เป้าหมายหลักของรูปแบบนี้ คือ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ เนื่องจากความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้องเป็นความจริง มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีลักษณะเฉพาะและแตกต่าง การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมานั้น เกิดจากความเชื่อที่บุคคลนั้นมีอยู่ และการดูแลสุขภาพก็เช่นเดียวกัน บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ความเชื่อจึงมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา และการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว การที่ครอบครัวจะปรับตัวอย่างไร หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นกับความเชื่อที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของครอบครัว ความเชื่อความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ และความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและผลที่จะเกิดขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลจะลดความเครียดและมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ดี ถ้ามีความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จ เพราะจะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลให้ครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสม และตรงข้ามหากครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ ก็จะมีผลจำกัดทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย จึงเห็นได้ว่า ความเชื่อความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล รวมถึงมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การบำบัดทางการพยาบาลจะได้ผลดีเมื่อมีวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล และพยาบาล (Wright & Bell, 2009) ดังนั้น พยาบาลจึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อความเจ็บป่วย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล ที่เหมาะสมกับครอบครัวผู้ดูแล เพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล

รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริม

ความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา ซึ่งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เปิดเผยความกลัว ความโกรธ ความเสียใจ ความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้รับ ทำให้พยาบาลเข้าใจความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ดูแลมากขึ้น การบอกเล่าจะทำให้เกิดการเปิดเผยความเชื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ศาสนา จิตวิญญาณ และการมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จะช่วยในการปรับ เปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้เหมาะสม จึงได้กำหนดแนวคิด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index หรือ BAI) ระดับปานกลางลงมา เขตอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง ในปี พ.ศ. 2557 ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน จำนวน 54 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางลงมา จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ของ Wright and Bell (2009) เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา โดยจัดกิจกรรมรายกลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที (ครั้งแรกและครั้งสุดท้าย) และรายครอบครัวที่บ้าน 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที (ครั้งที่ 2 และ 3) รวม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์

ครอบครัวผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นบิดา มารดา บุตร คู่สมรส พี่น้อง หลาน หรือญาติ อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในลักษณะที่ไม่เป็นการจ้างหรือการให้รางวัล กำหนดครอบครัวผู้ดูแลโดยการสอบถามจากผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยพูดได้) หรือสอบถามจากสมาชิกครอบครัว (กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้)

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ในบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินด้วย แบบวัดความเครียดสำหรับผู้ดูแลของ ศิริรัตน์ คุ้มสิน (2546) คะแนนมากหมายถึงเครียดมาก

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ประกอบด้วยการดูแล 4 ด้าน คือ 1) สุขวิทยาส่วนบุคคลและกิจวัตรประจำวัน 2) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านจิตใจอารมณ์และสังคม 4) การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวของ น้ำค้าง พรหมเสน (2551) คะแนนมากหมายถึงมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดี

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลนี้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบ
2. ระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล
5. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

โรคหลอดเลือดสมองและผลกระทบ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการที่เกิดเฉียบพลันต่อการทำงานของสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์สมองถูกทำลาย เสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมอยู่ อาจทำให้เสียชีวิตได้ อาการที่พบบ่อยที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง คือ อาการชาของใบหน้า แขนขา มักเป็นด้านหนึ่งของร่างกาย อาการอื่น ๆ คือ สับสน ยุ่งยากในการสื่อสาร การมองเห็น เวียนหัว เสียการทรงตัว ปวดหัวรุนแรงโดยไม่มีสาเหตุ และเป็นลมหมดสติ (จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์, 2555; World Health Organization [WHO], 2014)

สถาบันประสาทวิทยา (2550) แบ่ง โรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) โดยพบภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ/ตัน ร้อยละ 68.5 และจากเส้นเลือดในสมองแตกร้อยละ 27.70 (ภราดร มัณยานนท์, 2550)

สาเหตุ

โรคหลอดเลือดสมองตีบ เกิดจากมีการตีบของหลอดเลือด โดยเกิดจากหลอดเลือดในสมองแข็งและตีบตัน (Atherothrombosis) หรือเกิดจากมีลิ่มเลือดเล็ก ๆ ไหลมาตามกระแสเลือด มาอุดกั้นหลอดเลือดในสมอง (Embolism) และโรคหลอดเลือดสมองแตก ซึ่งเกิดจากผนังหลอดเลือดเสื่อมสภาพ ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีปัญหาความดันโลหิตสูงนาน ๆ โดยมีอัตราส่วนของ

การเกิดของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 85.00 และโรคหลอดเลือดสมองแตก ร้อยละ 15.00 ความรุนแรงของภาวะสมองขาดเลือดจะขึ้นอยู่กับเวลาของการอุดตัน และตำแหน่งเนื้อเยื่อสมองที่ถูกทำลาย มีปัจจัยตัวแปรมาก เช่น สาเหตุ ตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพ ระยะเวลาของการขาดเลือด ความรุนแรงของโรค และโรคที่เป็นร่วมกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินโรคและการรักษา (สิรินันท์ พงศ์เมธีกุล, 2553)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบ จะมีอาการแขนขาซีกหนึ่งอ่อนแรงลงทันทีทันใด อาจสังเกตพบอาการอัมพาตขณะตื่นนอน ขณะเดินหรือทำงานอยู่ก็รู้สึกทรุดล้มลงไป อาจมีอาการชาตามแขนขา ตามัว เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้หรือพูดอ้อแอ้ ปากเบี้ยว หรือกลืนไม่ได้ร่วมด้วย บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน รู้สึกสับสนนำมาก่อนที่จะมีอาการอัมพาตของแขนขา ผู้ป่วยมักจะมีความผิดปกติที่ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกายเพียงซีกเดียวเท่านั้น ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดเกิดขึ้นในสมองซีกซ้าย จะมีอาการอัมพาตซีกขวา อาจพูดไม่ได้เพราะศูนย์ควบคุมการพูดอยู่ในสมองซีกซ้าย ถ้าเกิดขึ้นในสมองซีกขวาก็จะเกิดอัมพาตซีกซ้าย อาการอัมพาตมักจะเป็นอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมงขึ้นไป อาจเป็นเดือนเป็นปีหรือตลอดชีวิต แต่ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากภาวะสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือดสมอง อาการอัมพาตมักเกิดขึ้นฉับพลันทันที และผู้ป่วยอัมพาตเนื่องจากหลอดเลือดสมองแตก มักพบในคนหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน อาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใดขณะทำงานออกแรงมาก ๆ โดยไม่มีสิ่งบอกเหตุล่วงหน้าอาจบ่นปวดศีรษะรุนแรง หรือปวดศีรษะซีกเดียวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน แล้วก็มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ได้ แขนขาค่อย ๆ อ่อนแรง อาจชักและหมดสติในเวลารวดเร็ว ถ้าตกเลือดรุนแรง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติตัวเกร็ง รูม่านตาเล็กทั้ง 2 ข้าง มักตายใน 1-2 วัน ตกเลือดไม่รุนแรงก็อาจมีโอกาสฟื้นและค่อย ๆ ดีขึ้น เมื่อได้รับการผ่าตัดทันทีอาจช่วยให้รอดได้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2553)

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ กระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้มักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที มักจะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ปัญหาสำคัญในระยะนี้ ได้แก่ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ระบบการหายใจและการทำงานของหัวใจผิดปกติ เป็นระยะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลว ส่วนใหญ่ใช้เวลา 1-14 วัน และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่อาจมีอาการไม่รู้สึกตัวร่วมด้วยหรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก หลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อ

ที่อ่อนปวกเปียกจะค่อย ๆ เกร็งแข็งขึ้น การรักษาเน้นที่การฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูเพื่อลดความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน คือ ฟื้นฟูระยะแรก (Early recovery) และระยะฟื้นฟูระยะหลัง (Late recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การพูด ระยะนี้อาจนาน 4-6 เดือน หรือ 1 ปี (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล

1. **ผลกระทบต่อผู้ป่วย** การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคม ดังนี้

1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักจะก่อให้เกิดความบกพร่องในการใช้งานตามหน้าที่ของร่างกายหลายส่วน เช่น ระบบสั่งการ การรับความรู้สึก การพูด การกลืน และความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว (กฤษณา พิรเวช, 2552) เนื่องจากมักมีความพิการ จึงส่งผลให้สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน รวมถึงการเคลื่อนย้ายตนเองและการเดิน (จาตุรนต์ บุญพิทักษ์, สยาม ทองประเสริฐ และอภิชนา โฆวินทะ, 2553)

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเป็นเวลานาน และญาติขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ร้อยละ 13.10 (ภราดร มัณยานนท์, 2550) ที่พบมาก ได้แก่ 1) การมีแผลกดทับ สาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ คือ แรงกด โดยเฉพาะแรงกดบริเวณเนื้อเยื่อระหว่างปุ่มกระดูกกับพื้นผิวที่ร่างกายกดทับอยู่ จากการเสียดทานและแรงถูไถเป็นสาเหตุภายนอกร่างกาย หรือเกิดจากสาเหตุภายในร่างกายที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ เช่น ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวการสูญเสียประสาทรับความรู้สึกของผิวหนัง มีการไหลเวียนโลหิตลดลง ขาดอาหาร บวม และติดเชื้อ เป็นต้น บริเวณที่พบมาก คือ ก้นกบ ศอก สะบัก ท้ายทอย ใบหู สะโพก เข่า ส้นเท้า และตาตุ่ม การมีข้อติดแข็ง เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้พังผืดใกล้ข้อหดตัวหรือน้ำไขข้อลดลง 2) การมีภาวะปอดบวมเนื่องจากการสำลักอาหารจากการผิดปกติของการกลืน การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ หรือมีการคั่งของเสมหะในปอด 3) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคั่งค้างของปัสสาวะ จากถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะในรายที่คาสายสวน 4) โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้แก่ ท้องผูก ร้อยละ 88.50 ผื่นคัน ร้อยละ 77.80 ไอ ร้อยละ 74.50 และปวดกระดูก ร้อยละ 88.50 (อาริสา ชินประพัทธ์, 2553; Favrole et al.,

2013) นับได้ว่าผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง (ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2549)

1.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม จากผลกระทบด้านร่างกายของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่า สูญเสียความเป็นตัวเอง เกิดภาวะซึมเศร้า (อาริสา ชินประพัทธ์, 2553; Lincoln & Flannaghan, 2003) ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดจากความบกพร่องทางระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และไม่สามารถเข้าสังคมได้เหมือนเช่นเคย มีการสูญเสียภาพลักษณ์ รู้สึกอาย ไม่อยากพบใคร การทำหน้าที่ครอบครัวลดลง มีรายได้ลดลง และมีความต้องการพึ่งพาระหว่างกันมากขึ้น จึงเกิดความรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ รู้สึกด้อยค่าในตัวเอง แยกตัวเอง แสดงอารมณ์หงุดหงิด หมดหวัง โกรธง่าย ก้าวร้าว และมีภาวะซึมเศร้า (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และพรชัย สถิรปัญญา, 2548; ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2550; วราลักษณ์ ทองใบประสาท และคณะ, 2550) ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง (สุรชัย คำภักดี, 2555)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว ภาพลักษณ์ ภาวะซึมเศร้า ต้องการการดูแลโดยสมาชิกครอบครัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย

2. **ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล** ความรุนแรงและความพิการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานานเกือบตลอดวัน ทำให้ มีความเครียด วิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลอาการของผู้ป่วย และกลัวถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง จึงมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล เกิดเป็นความเหนื่อยล้า และความเครียด ดังนี้

2.1 ความเหนื่อยล้า ความพิการของผู้ป่วยทำให้การช่วยเหลือตนเองลดลง จึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นเกือบทั้งหมด ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียไม่สุขสบาย ภาวะสุขภาพร่างกายลดลง เกิดความเจ็บป่วยตามมา อาจมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดจังหวะ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา น้ำหนักลดลงมาก หรือบางรายเป็นโรคกระเพาะอาหาร และความดันโลหิตสูง (เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555; อรุณี ชุนหบดี และคณะ, 2556) ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีร่างกาย อ่อนล้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแล อันจะนำมาซึ่งศักยภาพการดูแลผู้ป่วยลดลง (ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554)

2.2 ความเครียด การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วย จึงไม่ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ วิตกกังวลต่อความก้าวหน้าของโรคของผู้ป่วยและความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด (จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, 2549; ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณี ชุนหบดี และคณะ (2556) เรื่องความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดและนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 58 โดยมีความเครียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยทำให้คนในครอบครัวต้องปรับตัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gregorio, Visser-Meily, Tan, Post, and Heugten (2011) ที่พบว่า คู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะซึมเศร้าและความเครียด ภายหลังการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปี

2.3 บทบาทหน้าที่ เมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้นทั้งบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดความพิการสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทน (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, 2552) ครอบครัวผู้ดูแลต้องเปลี่ยน บทบาทหน้าที่ของตนจากเดิม เช่น ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เกิดความคลุมเครือในบทบาท (ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554)

2.4 เศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (กฤษญา คชรินทร์, 2549; ชุลีกร ทาทอง, 2550) นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายในการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และให้มีความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว (Masoodi & Rabiei, 2011)

จะเห็นได้ว่า เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัว เป็นภาระหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานานเกือบตลอดวัน ทำให้มีความเหนื่อยล้า มีความเครียด บทบาทหน้าที่เปลี่ยนไป และกระทบเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งครอบครัวต้องพยายามปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียดและช่วยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ระบบครอบครัวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบครอบครัวมีลักษณะเป็นองค์รวม ใหญ่กว่าหน่วยย่อยทั้งหมดรวมกันเกิดเป็นระบบใหม่ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกและสิ่งแวดล้อม ครอบครัวเป็นระบบสังคมของสิ่งมีชีวิตที่สมาชิกมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีความผูกพันกันอย่างซับซ้อน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งหมด

ระบบครอบครัวเป็นทั้งระบบปิดและระบบเปิด จะรับและแลกเปลี่ยนความคิด สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร แหล่งประโยชน์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ระบบครอบครัวยอมให้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างความต้องการภายนอกและภายในครอบครัว การปรับตัวของครอบครัวเป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสมดุล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในระบบย่อยและระหว่างระบบย่อยเพื่อทำหน้าที่ตามเป้าหมายของครอบครัว (Friedman, Bowben, & Jones, 2003) ดังนั้น พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วย หลายระบบย่อย ๆ คือ ระบบแห่งบุคคล ระบบย่อยของสามีภรรยา พ่อแม่ลูก และพี่น้อง เกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) เนื่องจากระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว ดังนั้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก ก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลและครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวจะกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่น กระทบต่อระบบครอบครัว และระบบครอบครัวก็มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยของบุคคลด้วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ สามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัวและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ (Wright & Leahey, 2005)

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอาศัยอยู่ด้วยกัน มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด การแต่งงาน และการเป็นบุตรบุญธรรม (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันกัน มีคำมั่นสัญญาร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเองและทำหน้าที่เป็นสมาชิก ครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบย่อยที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ปฏิบัติบทบาทหน้าที่เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุล และความผาสุกของครอบครัวทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009) ดังนั้น เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นครอบครัวจึงต้องมีการดูแลกัน

ครอบครัวผู้ดูแล (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีสภาพร่างกาย หรือจิตใจอ่อนแอ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่หวังค่าตอบแทน และจำแนกหน้าที่ความรับผิดชอบของครอบครัวผู้ดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น 2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) คือ บุคคลที่ช่วยทำกิจกรรมบางอย่างไม่ได้ปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลหลัก เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกอื่นในครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Family Caregiver Alliance [FCA], 2005)

ครอบครัวนับว่ามีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปสู่สภาพเดิมได้อย่างเหมาะสม มีการฟื้นฟูสภาพจนหายจากโรค และในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ครอบครัวจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัว เช่น การจัดสรรเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย โดยการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่ป่วย การดูแลให้ออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม โดยที่สมาชิกในครอบครัวอาจมีปัญหาการหยุดงานหรือเปลี่ยนงาน มีผลกระทบด้านรายจ่าย ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปพบแพทย์ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงมารับการดูแลที่บ้าน ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องดูแลสุขภาพผู้ป่วยทุกด้าน ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผลของโรคหลอดเลือดสมองที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองเองได้ โดยระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือไร้ความสามารถ จึงมีความจำเป็นต้องวัดระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เพื่อที่จะให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index: BAI) เพื่อประเมินระดับการพึ่งพาและความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2549) จำนวน 10 ข้อคำถามประกอบด้วย การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้เรียบร้อย

ล่วงหน้า การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ โดยแบ่งระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวผู้ดูแล 4 ระดับ ตามระดับคะแนนที่ผู้ป่วยสามารถทำได้จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีความสามารถทางกาย ในระดับต่ำมากต้องการการพึ่งพาทั้งหมด (Total dependence)

ช่วงคะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีความสามารถทางกาย ในระดับต่ำ ต้องการการพึ่งพามาก (Severe dependence)

ช่วงคะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถทางกาย ในระดับปานกลาง ต้องการการพึ่งพาปานกลาง (Moderate dependence)

ช่วงคะแนน 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความสามารถทางกาย ในระดับดี ต้องการการพึ่งพาน้อย (Mild dependence)

เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรด้วยตัวเองได้ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวผู้ดูแล ในบทบาทของการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (Cameron & Gignac, 2000) นับได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งระบบ ดังนั้น ย่อมทำให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความเครียด ถ้าเป็นความเครียดที่ไม่สามารถจัดการได้ทันทีอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ดูแล และการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล

ความหมายของความเครียด

มีผู้ให้ความหมายของความเครียด ไว้หลายท่าน ดังนี้

Lazarus and Folkmans (1984) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล

Selye (1976) กล่าวว่า ความเครียด คือ กลุ่มอาการที่ร่างกายแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคาม เช่น สภาพการณ์ที่เป็นพิษ หรือสิ่งเร้าที่เต็มไปด้วยอันตราย อันมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เกี่ยวกับโครงสร้างและสารเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ปฏิกิริยาการตอบสนองเหล่านี้จะแสดงออกในรูปของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ซึ่งนำไปสู่อาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

Roger (1951) กล่าวว่า ความเครียด คือ ภาวะของจิตที่บุคคลรู้สึกว่าตนถูกคุกคาม แล้วทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสน และไม่แน่ใจในพฤติกรรมของตน อันเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างของตน ซึ่งหมายถึงว่าการรับรู้ว่าตนเป็นอย่างไร กับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริง ทำให้เกิดกระบวนการทางจิต ที่จะดึงเอากลไกการป้องกันตนเองมาใช้ โดยมีลักษณะที่บิดเบือนการรับรู้ที่ไม่ยืดหยุ่น เกิดความวิตกกังวล เกิดการไม่ยอมรับในพฤติกรรมบางส่วนของตน ซึ่งจะเป็นผลให้รู้สึกถูกคุกคามมากขึ้น

สรุปได้ว่า ความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ ในการศึกษานี้เป็นความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลที่เกิดจากความเชื่อว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการไม่สามารถสื่อสารกันได้อย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุของความเครียด

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภารกิจที่หนักของครอบครัวผู้ดูแล ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เบื่อหน่ายในการที่จะดูแลผู้ป่วย และเกิดภาวะเครียดตามมา สรุปสาเหตุความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล (FCA, 2006) ดังนี้

1. รู้สึกผิด โกรธตัวเองที่ช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ได้ ทำอะไรไม่ถูกไม่รู้ว่าตนควรปฏิบัติอย่างไร ความรู้สึกไม่แน่ใจเป็นสาเหตุความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล
2. ครอบครัวผู้ดูแลยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องยาก
3. รู้สึกผิดหวังกับความไม่ก้าวหน้าของผลในการดูแลผู้ป่วย
4. รู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเอง คุณค่าในตัวเองลดต่ำลง การยอมรับตนเองและการควบคุมตนเองน้อยลง
5. รู้สึกอ่อนล้า และเมื่อเข้านอนมีความคิดวกวนที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้

ความรู้สึกผิด ความยาก ความผิดหวัง ความรู้สึกสูญเสีย และความอ่อนล้าจึงเป็นสาเหตุความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล ความรู้สึกอ่อนล้าเกิดจากปริมาณงานมีมากเกินไป เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ซึ่งหากครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระทำให้ตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัว เสียสุขภาพกาย สุขภาพจิต ก็จะทำให้เกิดความตึงเครียด และให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อนี้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ให้เป็น

ความเชื่อที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก็จะเป็นผลดีทั้งต่อตัวครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วย Bull (1990) กล่าวว่า ภาระเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของครอบครัวผู้ดูแลและเป็นผลให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตและการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแลเสื่อมลง จากการศึกษาของ Kamel, Bond, and Froelicher (2012) ที่พบว่า ภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล และการศึกษาของ สุวรรธนา จงห่วงกลาง (2549) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระการดูแลทั้งในเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ซึ่งภาระในการดูแลผู้ป่วยนี้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลได้

ครอบครัวผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย จึงมีความเครียดระดับสูง วิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ รวมถึงมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นและเพื่อน (FCA, 2006) ซึ่งครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้นได้ทุกระดับตั้งแต่ระดับปกติจนถึงระดับสูง หากครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เนื่องจากการต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาว ความเครียดจะไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ ความเครียดมีอยู่เป็นระยะเวลานาน โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือ จะมีผลต่อครอบครัวผู้ดูแล ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่ง Frain and Valiga (1981) แบ่งความเครียดเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (Day to today stress) ความเครียดในระดับนี้ ทำให้บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ และใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การที่มีชีวิตเร่งรีบ การปรับตัวในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมาก จะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น และไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต ความเครียดระดับนี้จึงไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

2. ความเครียดระดับอ่อน (Mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีสิ่งมาคุกคาม ความเครียดระดับนี้ทำให้บุคคลตื่นตัว และร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะสิ้นสุดลงในเวลาเพียงไม่กี่นาทีหรือไม่กี่ชั่วโมงเท่านั้น ความเครียดระดับนี้ มีผลทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

3. ความเครียดระดับปานกลาง (Moderate stress) เป็นความเครียดในระดับที่รุนแรงกว่าระดับ 1 และ 2 อาจปรากฏเป็นเวลานาน และไม่สามารถปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว เช่น ความเครียดจากการทำงานหนัก การเจ็บป่วยที่รุนแรง สภาวะนี้ทำให้บุคคลรู้สึกคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จกับความล้มเหลว บุคคลจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดความเครียด ซึ่งความเครียดในระดับนี้อาจเกิดเป็นชั่วโมง หลายชั่วโมง หรืออาจเป็นวัน ซึ่งจะมีผลทำให้ครอบครัวผู้ดูแล ไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น

4. ความเครียดระดับสูงหรือรุนแรง (Severe stress) เกิดจากสถานการณ์ที่คุกคามยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จนทำให้บุคคลเกิดความเครียดสูงขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะทำให้บุคคล ประสบความล้มเหลวในการปรับตัว เช่น ขาดสมาธิในการทำงาน ไม่สนใจครอบครัว เกิดการขาดงาน เกิดปัญหาในการปรับตัว และความเครียดนี้จะเกิดขึ้นและคงอยู่เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน เป็นปี ความเครียดระดับนี้ มีผลทำให้ครอบครัวผู้ดูแล ไม่สนใจครอบครัว ไม่มีสมาธิในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ และต้องได้รับการช่วยเหลือโดยรีบด่วน

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

การดูแล เป็นการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะด้อยความสามารถทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสิ่งท้าทาย ผลกระทบจากโรคทำให้พฤติกรรม ความจำ การสื่อสาร ความสามารถทางกายภาพของผู้ป่วยลดลง เมื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้เลือกและจัดการฟื้นฟูสภาพ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ดูแลบ้าน ทำอาหาร สื่อสารกับแพทย์ กระตุ้นการพูดของผู้ป่วย และดูแลทางจิตใจและสังคม (FCA, 2005) ครอบครัวผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถแบ่งการปฏิบัติดูแลได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้ (นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต, 2548)

1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ดังนั้น ครอบครัวผู้ดูแลจึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ครอบครัวผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือรายที่ทำเองไม่ได้ หลังการขับถ่าย และการพักผ่อนนอนหลับ จัดสถานที่ให้เงียบสงบ แสงสว่างและอุณหภูมิของห้องเหมาะสม ถ้าผู้ป่วยนอนไม่หลับ อาจใช้วิธีช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบมาก ๆ การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน การใช้สมาธิ หรือการใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การดูแลเพื่อประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ พบว่า โดยส่วนมากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีปัญหาด้านจิตใจเป็นส่วนใหญ่ เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ความพิการของร่างกาย มีปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไร้คุณค่าและขาดความมั่นใจในตนเอง การดูแลด้านจิตใจครอบครัวผู้ดูแลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้มากที่สุด เช่น การป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งครอบครัวต้องพยายามยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และให้คำชื่นชมเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้น ๆ

สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนการป้องกันอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายของผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อให้มีจิตใจสงบ และการป้องกันความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วย มีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บป่วยจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น แสง เสียง อุณหภูมิ ด้านจิตใจ เช่น การเผชิญหน้ากับบุคคลที่ไม่ชอบ ความคับข้องใจต่าง ๆ ครอบครัวผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการของผู้ป่วยและกำจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด

3. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประวันได้เพิ่มมากขึ้น ด้วยการออกกำลังกายด้วยตนเองและการออกกำลังกายโดยมีคนอื่นช่วย ซึ่งการออกกำลังกายด้วยตนเองนั้น ส่วนใหญ่เป็นท่าที่ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่ปกติช่วยในการออกกำลังกายข้างที่เป็นอัมพาต ในระยะแรกควรให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ทำทีละน้อยในท่าที่ถูกต้องและมีการพักเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเหนื่อยเกินไป และให้ผู้ป่วยพยายามทำด้วยตนเองมากที่สุด อย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละประมาณ 10 ครั้ง ในลักษณะการเคลื่อนไหว แขนขา ลำตัว ข้อเท้า และข้อมือ เป็นต้น ส่วนการออกกำลังกายโดยมีคนอื่นช่วยนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่สมาชิกครอบครัวผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ เป็นการเคลื่อนไหวข้อต่อโดยผู้อื่นช่วยทำทั้งหมด ใช้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อและขยับแขนขาได้เอง จึงจำเป็นต้องมีผู้อื่นช่วยขยับแขน ขา เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ และป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ สามารถทำได้ในทันทีทั้งในผู้ป่วยที่มีการรับรู้หรือไม่มีการรับรู้ ในรายที่เริ่มรู้ตัวและมีสติดีขึ้น สามารถสอนให้ผู้ป่วยใช้แขนและขาข้างที่แข็งแรงมาช่วยยกขยับแขนขาข้างที่อ่อนแรง โดยแบ่งการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น ข้อไหล่ สะบัก ข้อศอก ข้อมือ ข้อต่อบริเวณฝ่ามือ นิ้วมือ ข้อสะโพกและข้อเข่า การงอสะโพกและเข่า ข้อเท้า การกระดกเท้าขึ้นลง เป็นต้น (สถาบันประสาท, 2550)

4. การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านคือ การเกิดแผลกดทับ รองลงมาเป็นการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ปอดบวม และระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล ดังนี้

4.1 การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดร่วมกับความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไป เนื่องจากการเกิดแผลกดทับจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับถึงร้อยละ 45.00 และมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนไหวในขอบข่ายที่จำกัดมาก การที่มีแผลกดทับเกิดขึ้น เป็นสิ่งที่แสดงให้ทราบว่า ได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้วยการพลิกตัวบ่อย ๆ โดยเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง

4.2 การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะแรกและระยะหลัง โดยเฉพาะระยะหลังของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มักพบสาเหตุการ

เสียชีวิตจากการติดเชื้อได้บ่อย ๆ การติดเชื้อโดยมากที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ ที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปอดอักเสบ (Leahy, 1991) ซึ่งครอบครัวผู้ดูแลต้องสังเกตอาการไข้ ลักษณะที่ผิดปกติของเสมหะ ดูแลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ ตลอดจนให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เช่น พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดในช่องปาก และฟันของผู้ป่วย เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรคในปาก ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และป้อนอาหารด้านที่ผู้ป่วยเคี้ยวได้สะดวก เพื่อป้องกันสำลัก และการติดเชื้อที่พบรองลงมาคือ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะพบได้บ่อยในรายที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะไม่ออก และในรายที่มีสายสวนปัสสาวะกลับไปบ้าน สมาชิกครอบครัวต้องได้รับการสอนการดูแลสายสวนปัสสาวะอย่างถูกต้องและสะอาด ฝึกสังเกตหากพบว่าผู้ป่วยมีไข้ ปัสสาวะที่ออกมามีสีขุ่นให้รีบไปพบแพทย์ (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, 2550)

4.3 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการออกกำลังเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ซึ่งสามารถทำได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง หรือบุคคลอื่นช่วยออกกำลังเคลื่อนไหวให้ โดยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขน ขา และมือ ฝึกให้กำมือ เหยียดมือ หรือหยิบจับสิ่งของ การเคลื่อนย้ายร่างกายบนเตียง โดยการขยับพลิกตะแคงตัวฝึกนั่งจากท่านอน ฝึกนั่ง ตัวตรงไม่ให้เอียงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อลำตัว การฝึกยืนขึ้นและนั่งลง การฝึกยืนและเดิน โดยช่วยพยุงหรือใช้เครื่องช่วย เช่น เครื่องดามไม้เท้า การใช้เก้าอี้เข็น เป็นต้น (ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์, 2548)

4.4 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เป็นการสังเกต การตรวจสอบอาการอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างคร่าว ๆ สม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย เช่น ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ผิวหนัง จิตใจและอารมณ์

จะเห็นได้ว่า จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก จึงต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวผู้ดูแลหากสามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องของ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล พบว่า ความเชื่อ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว และภาระของครอบครัว มีผลต่อความเครียดและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. **ความเชื่อ** (Beliefs) ความเชื่อเป็นความรู้สึกมั่นใจในความจริงบางอย่าง ความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล ถูกกำหนดโดยโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ความเชื่อเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ความเชื่ออาจให้ความหมายต่างกัน ขึ้นกับมุมมองและศาสตร์ที่ต่างกัน ความเชื่อมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา ศักยภาพการดูแล การเยียวยาหรือความสมดุลของบุคคลและครอบครัว มีความเชื่อมากมายเกิดขึ้นกับบุคคลในแต่ละวัน แต่ไม่ใช่ทุกความเชื่อมีความสำคัญที่มีผลให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์หรือร่างกาย ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อโครงสร้างด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของบุคคลเรียกว่า ความเชื่อหลัก (Core belief) ความเชื่อหลักมีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบครอบครัวและการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะการแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

ความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness belief) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยความเชื่อนั้นเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว (Wright & Leahey, 2005) ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานของความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การเกิดโรค การเยียวยา และการรักษา ความสามารถในการจัดการควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ศาสนาจิตวิญญาณ และการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย และสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติตัว หรือพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อความเจ็บป่วยที่ยึดถือ ซึ่งแบ่งเป็นความเชื่อที่เป็นอุปสรรค มีผลทำให้ปัญหายังอยู่จึงเกิดความเครียด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และความเชื่อที่เป็นการส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ เป็นความเชื่อที่ส่งเสริมในการดูแลสุขภาพให้ดี ลดความทุกข์ทรมาน ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตนตามความเชื่อที่เป็นอุปสรรค จะมีผลให้ปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ต่อไป ความเครียด ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยก็ยังคงอยู่เช่นกัน หากผู้ป่วยหรือสมาชิกครอบครัวผู้ดูแล สนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ก็จะมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพไปในทางที่ดี และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรม มีผลทำให้ความเครียด ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright & Bell, 2009) จากการศึกษาของ Wacharasin (2010) พบว่า การนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ใช้การสนทนาบำบัดมาปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เปลี่ยนเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความ สำเร็จ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น คือ

ความทุกข์ทรมานของครอบครัวลดลง และจากการศึกษาของ พัชริน แน่นหนา และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ถ้าครอบครัวผู้ดูแล เชื่อว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีและสมควรทำอย่างต่อเนื่องแล้วจะเกิดประโยชน์ ครอบครัวผู้ดูแลก็จะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องออกมา แต่ถ้าครอบครัวผู้ดูแลไม่เชื่อว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ ก็จะไม่ดูแลสุขภาพผู้ป่วย จากการศึกษาของ ดวงใจ ดุสิต (2552) พบว่า ความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จต่อการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว

2. **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว** คือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก เอาใจใส่เห็นคุณค่าและไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกผูกพันกัน ส่งผลให้รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976; House, 1981) คือ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และความเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า 2) การสนับสนุนทางด้านการยอมรับและมีคุณค่า เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อคนอื่น 3) การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งทางเครือข่ายของสังคม 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยให้การยอมรับ ยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบกับผู้อื่นในสังคม 5) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะแนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ 6) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในความจำเป็นทางด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

มีงานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล เช่น การศึกษาของ Grant et al. (2006) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหาสังคม และการปรับตัวของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแล คือการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ทำให้ภาวะซึมเศร้าของครอบครัวผู้ดูแลต่ำแต่ภาวะสุขภาพและสุขภาพพโดยทั่วไปดีขึ้น และการศึกษาของ Schure et al. (2006) ศึกษาเรื่องการประเมินโปรแกรม

สนับสนุนครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประโยชน์และเหมาะสมมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยกลุ่มของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชอบโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว เนื่องจากสามารถจัดการกับภาระที่ประสบอยู่ได้ และการศึกษาของ Kruithof, Mierlo, Visser-Meily, Heugten, and Post (2013)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จำนวน 11 เรื่อง ซึ่งศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผลการทบทวน พบว่า งานวิจัยส่วนมากแสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต Hwang, Esquivel, Fleischmann, Stotts, and Dracup (2012) ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตในเส้นเลือดปอดสูงในกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตในเส้นเลือดปอดสูง พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ดูแล คือผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีอาการซึมเศร้าต่ำ Mant, Carter, Wade, and Winner (2000) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วย 323 คน และผู้ดูแล 267 คน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีตัวชี้วัดการทำกิจกรรมดีขึ้น สุขภาพจิตดีขึ้น ความปวดลดลง การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปดีขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และมีความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และพบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น งานวิจัยของ วิสาข์ วัชระศิริบันลือ และศุภร วงศ์วทัญญู (2554) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถของครอบครัวผู้ดูแล เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแล

สรุป การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีผลต่อความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานเกือบตลอดวัน ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกว่าถูกตัดออกจากสังคมจนเกิดความเครียด ดังนั้น การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับและเห็นคุณค่า การได้รับคำแนะนำข้อเสนอแนะ ช่วยแก้ปัญหา และการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลได้มีโอกาสพัก และเข้าร่วมกิจกรรมสังคมบ้าง จะช่วยลดความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล อันจะส่งผลที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น

3. **การสื่อสารในครอบครัว** การสื่อสารเป็นการแสดงออกที่ถ่ายทอดความคิด อารมณ์ มุมมอง ความเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่น ๆ เพราะมนุษย์เป็นสัตว์สังคม มีความคิด อารมณ์ และประสบการณ์เกิดขึ้นจำกัดภายในการรับรู้ของตนเอง (ภุชงค์

เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2552) การสื่อสารในครอบครัวเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความต้องการ ข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็นระหว่างสมาชิกครอบครัวในระบบย่อยครอบครัว เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน จะส่งผลให้มีการตอบสนองความรู้สึกและความต้องการของกันและกันได้อย่างเปิดเผย การสื่อสารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อความผาสุกของครอบครัว หรือการปรับสมดุลของครอบครัว เพราะการสื่อสารเป็นสื่อที่จะทำให้สมาชิกเข้าใจความต้องการ ความรู้สึกของกันและกัน เข้าใจความคิดเห็นของสมาชิก เรียนรู้ความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว ตลอดจนการช่วยให้สมาชิกแสดงออกความรู้สึก การแก้ปัญหา การลดความขัดแย้ง และเป็นการพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงครอบครัวผู้ดูแลเข้าใจการสื่อสารของผู้ป่วยได้ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ และให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และลดความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลลงได้ ในทางตรงข้ามถ้าครอบครัวผู้ดูแลไม่เข้าใจการสื่อสารจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้และจะเครียด ด้วยเหตุผลว่าไม่รู้ความต้องการของผู้ป่วย และคิดว่าผู้ป่วยเอาแต่ใจทำอะไรมักจะไม่ถูกใจ จึงทำให้มีการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ดี

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักพบว่ามีปัญหาการสื่อสารในครอบครัว มีการสูญเสียการสื่อความ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท โดยมีพยาธิสภาพซึ่งเป็นรอยโรคอยู่ที่สมอง ซึ่งมีได้หลายชนิดแล้วแต่ว่าพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่บริเวณใดของสมอง ทำให้การแสดงออกหรือสื่อสารกับคนรอบข้างให้เข้าใจไม่ได้ เมื่อมีภาวะเสียการสื่อความ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะลดลง ความบกพร่องในการสื่อสาร อาจทำให้ผู้ป่วยเสียการสื่อความ มีปัญหาด้านการปรับตัวและจิตใจ (รัชนี สุภวัตรจริยกุล, ปรียา หล่อวัฒนพงษา และอภิญญา เอื้อศิริรัตนไพศาล, 2555)

การเสียการสื่อความจึงมีผลต่อการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ทำให้สื่อสารกันไม่เข้าใจ ครอบครัวผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ทำให้มีภาวะเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้ ดังนั้น การสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญที่ครอบครัวผู้ดูแล ควรเข้าใจสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่เปลี่ยนไป ไม่แสดงอารมณ์โกรธ หรือไม่พอใจต่อหน้าผู้ป่วย และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวนาน ๆ ต้องคอยสังเกตการสื่อสารและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหลักในการฝึกพูดหรือสื่อสารในผู้ป่วย คือใช้ประโยคที่สั้น ง่าย ชัดเจน ควรถามทีละคำถาม การใช้หลายคำถาม จะทำให้ผู้ป่วยสับสนได้ ไม่คาดคั้นให้ผู้ป่วยตอบเพราะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด (ภรภัทร อิ่มโอฐ, 2550) และการให้ข้อมูลควรเน้นประเด็นสำคัญโดยการพูดหรือเขียนให้สั้นที่สุดใช้ข้อความที่เข้าใจง่าย อาจใช้สื่อที่มีความเด่นชัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการรับฟังมากขึ้น ควรพูดช้า ๆ และเน้นสิ่งสำคัญเพื่อช่วยให้สมองมีเวลาจัดเก็บข้อมูลและส่งผ่านข้อมูล (วิชชุดา เจริญกิจการ และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2554)

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสำคัญต่อความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล และการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เนื่องจาก หากไม่มีการสื่อสารให้ทราบความรู้สึก และความต้องการให้กันและกันรับทราบ อาจก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้ ในทางตรงข้ามหากมีการสื่อสารที่ดี เข้าใจกันและกันจะช่วยลดความเครียดของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. ภาระของครอบครัว

Bull (1990) กล่าวว่า ภาระเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เครียดของครอบครัวผู้ดูแล และเป็นผลให้สุขภาพกาย หน้าที่และสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ดูแลเสื่อมลง โดยแบ่งเป็นภาระเชิงปรนัย หมายถึง กิจกรรมหรืองานที่ครอบครัวผู้ดูแลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเนื่องจากการดูแล และภาระเชิงอัตนัย หมายถึง ความรู้สึก ทัศนคติ และอารมณ์ที่เกิดจากการให้การดูแล และ Bull ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินภาระของครอบครัวผู้ดูแล โดยประเมินภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย เป็นคำถามปลายเปิด โดยวัดเกี่ยวกับการรับรู้และความรู้สึกของครอบครัวผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

เสาวภา ภู่ประคำ, นุจรี ไชยมงคล และมณีรัตน์ ภาคธูป (2552) ให้ความหมาย ภาระของครอบครัวผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ปัญหาหรือความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ ของครอบครัวผู้ดูแล ที่เป็นผลมาจากการรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรธนา จงห่วงกลาง (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาระการดูแลทั้งในเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย ซึ่งภาระ ในการดูแลผู้ป่วยนี้จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลได้ พบได้จากจากการศึกษาของ Kamel, Bond, and Froelicher (2012) ที่พบว่าภาระของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ดังนั้น หากครอบครัวเชื่อว่ากิจกรรมที่ครอบครัวดูแลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นภาระของครอบครัวที่ยอมรับได้ และดูแลกันด้วยความรัก ความเอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็จะช่วยลดความทุกข์ทรมานและลดความเครียดของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล ทำให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีขึ้น สามารถควบคุมอาการ และลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM)

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model: IBM) เป็นการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงของ Wright and Bell (2009) ซึ่งพัฒนามาจากการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความเจ็บป่วยทางจิต และการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

จนเป็นรูปแบบที่มีคุณภาพ สามารถประยุกต์ใช้กับครอบครัวที่มีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม แตกต่างกัน และได้รับการยอมรับแพร่หลายในนานาประเทศ รูปแบบการพัฒนาการพยาบาลนี้ ชี้ให้เห็นความสำคัญของความเชื่อที่เป็นหัวใจของการดูแลสุขภาพและความสมดุลของครอบครัว และการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงนี้ มีวิธีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลที่ให้แก่ครอบครัวอย่างเป็นระบบ นับว่าเป็นรูปแบบที่ดีในการพยาบาลครอบครัว ทั้งที่เจ็บป่วยวิกฤต เรื้อรัง หรือภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนความเจ็บป่วยทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ

การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเชื่อว่า การหายหรือความทุกข์ทรมานลดลงจะเกิดขึ้นในบริบทของความรัก (Context of love) การพยาบาลครอบครัวขั้นสูงตามรูปแบบนี้ เป็นการสนทนาที่ประสานความเชี่ยวชาญของสมาชิกครอบครัวและพยาบาล เพื่อเชื้อเชิญให้ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่เปี่ยมด้วยความรัก การสนทนาที่เกิดขึ้นจะเป็นการบอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับจากความเจ็บป่วย การบอกเล่าจะทำให้เปิดเผยความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ศักยภาพการดูแลการเจ็บป่วยของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ และการส่งเสริมความเชื่อให้เกิดความสำเร็จของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัวด้านความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม มีผลทำให้ความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือจิตวิญญาณลดลงได้ (Wright & Leahey, 2005)

รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1. ความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ เป็นความเชื่อที่ไปเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา เช่น เชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นภารกิจของครอบครัว การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทุกคน และมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วย การสนทนาเพื่อการบำบัด รักษาสามารถช่วยให้เกิดการหายและลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวดูแลกันด้วยความรัก เอาใจใส่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ส่งผลต่อสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว เกิดการหายและลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การสนทนาเพื่อการบำบัดสามารถลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

2. ความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ เป็นความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัวที่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยไม่ใช่ธุระของครอบครัว การเจ็บป่วยเกิดจากการถูกลงโทษ หรือความไม่เข้าใจกันของสมาชิกครอบครัว ทำให้ครอบครัวไม่สนใจหาทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ยังอยู่เช่นกัน

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีผลช่วยให้บุคคลเรียนรู้เข้าใจความเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง บุคคลที่เป็นโรคเดียวกันอาจมีประสบการณ์การเจ็บป่วยต่างกัน เนื่องจากมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ต่างกัน รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เชื่อว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานและเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัว (Wright & Bell, 2009)

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ ตัดสินใจโดยผู้สังเกต ซึ่งอาจเป็นสมาชิกครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนการวินิจฉัยการเจ็บป่วย กระทำโดยบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์หรือพยาบาล และการวินิจฉัยนั้นจะถูกต้องมากขึ้นและมีความหมาย ถ้าอยู่ในบริบทของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพ และครอบครัวช่วงแรก ๆ ของการวินิจฉัย สมาชิกครอบครัวอาจยอมรับ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจไม่ยอมรับ ในบางครอบครัวสมาชิกอาจไม่ยอมรับการวินิจฉัย แต่ไม่เห็นด้วยกับวิธีการรักษา ผลการวินิจฉัยมีความหมายต่อครอบครัวมาก บางครอบครัวรับรู้การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทาย ขณะที่บางครอบครัวรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามและเป็นการลงโทษ

2. ความเชื่อความเจ็บป่วยและครอบครัว มีผลกระทบซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์ต่อกัน ครอบครัวใช้เวลานานในการคิดเกี่ยวกับสาเหตุและผลของการเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวตอบสนองต่อการวินิจฉัยการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ตั้งแต่ โกรธ เศร้าโศก จนถึงรู้สึกผ่อนคลาย และผู้ป่วยมักตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้ดี ถ้ามีความเชื่อที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาหรือมีการรับรู้ประโยชน์ของประสบการณ์การเจ็บป่วย ความเชื่อของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อปฏิกิริยาการเจ็บป่วยซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษา การรับรู้ความรุนแรงของอาการและอาการแสดง การปฏิบัติตามคำแนะนำ และความพึงพอใจต่อผลการรักษา

3. เรื่องราวความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานต้องการการบอกเล่า การรับฟังและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ตลอดจนความเข้มแข็งและอ่อนแอของบุคคลในการจัดการความเจ็บป่วย ทำให้ผู้เล่ารู้สึกได้รับความสนใจ และให้ความสำคัญ มีผลช่วยลดความทุกข์ทรมาน โดยทั่วไปผู้ป่วยและครอบครัวมักจะถูกกระตุ้นให้เล่าเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Medical narratives) มากกว่าการเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยหรือประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness narratives) ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะต้องสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวรู้สึกปลอดภัยในการแสดงความรู้สึกกลัว โกรธ และความโศกเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ตลอดจนผลกระทบของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย และผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการเยียวยา และความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเยียวยา

4. การเพิ่มทางเลือกการจัดการความเจ็บป่วย จะช่วยเพิ่มโอกาสเยียวยามากขึ้น การควบคุมและการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ในการจัดการความเจ็บป่วย การควบคุมรวมถึงการควบคุมภายในตน การควบคุมโดยอำนาจภายนอก และการควบคุมโดยการเปลี่ยนแปลง ระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวพยายามควบคุมอาการ ยับยั้งหรือต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยมากกว่าการพยายามมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย ส่วนการอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นการร่วมกันจัดการความเจ็บป่วยมากกว่าการควบคุมการเจ็บป่วย ในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ควรถามผู้ป่วยและครอบครัวว่าต้องการจัดการความเจ็บป่วยด้วยวิธีการควบคุม หรือการอยู่ร่วมกันกับความเจ็บป่วย คำถามเหล่านี้จะถูกกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด เกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการความเจ็บป่วยมากขึ้น

5. การเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น มีอิทธิพลจากการรบกวนความเป็นพลวัตรของอารมณ์ขั้นพื้นฐาน จากประสบการณ์การดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าอาการทั้งด้านร่างกายและอารมณ์หายไปเมื่อความขัดแย้งในครอบครัวลดลง และสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกดีขึ้น

กระบวนการใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยในการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง

รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วยซึ่งเป็นการสนทนาเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ (Wright & Bell, 2009)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Creating a context for changing belief) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย ๆ ดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี (Engagement) เริ่มโดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขอบเขตของการสนทนาเป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบไม่ใช้อำนาจ ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล ทำให้ได้ข้อมูลครอบครัวโดยที่ครอบครัวไม่รู้สึกว่าถูกคุกคาม ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างจริงใจตรงความเป็นจริง

2. การแยกแยะปัญหาหรือความเจ็บป่วย (Distinguishing the problems or illness concern) เป็นการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาของครอบครัว โดยพูดคุยซักถามเพื่อค้นหาปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยวิธีการกระตุ้นให้ครอบครัวถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบจากการพบกันในแต่ละครั้ง (One question questions) การให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการท้าทายให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงปัญหาสำคัญที่สุดที่เผชิญอยู่ ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยหรือครอบครัว

3. การขจัดอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Removing obstacles) ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีและการแยกแยะปัญหานั้น พบว่า มีอุปสรรคมากที่ขัดขวางการเปลี่ยนแปลง เช่น สมาชิกครอบครัวบางคนไม่ต้องการมาร่วมกิจกรรม ความไม่ชัดเจนของความคาดหวังต่อการรักษา ซึ่งในแต่ละอุปสรรคพยาบาลจะต้องขจัดอุปสรรคต่าง ๆ เช่น การชื่นชมความพยายามของครอบครัว หรืออาจใช้คำถามมหัศจรรย์ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินค้นหาและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Assessing, uncovering and distinguishing illness belief) เป็นการสนทนาเพื่อการบำบัดโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล เล่าประสบการณ์ วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านมาตามความเชื่อของตนเอง และสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากความเชื่อต่อตัวผู้ดูแล ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัย ความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการพยากรณ์โรค ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ และความเชื่อเกี่ยวกับที่อยู่ของความเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Interventing and challenging constraining belief) เป็นการเชื้อเชิญให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง โดยการให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเสนอแนวคิดที่แตกต่างและเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และสนับสนุนการทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความสามารถ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้คำชื่นชม การใช้คำถามรักษา การเชื้อเชิญครอบครัวให้ถามคำถาม การใช้ทีมสะท้อน และการใช้ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 การแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และการส่งเสริมความเชื่อความเจ็บป่วยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง (Distinguishing change: Bringing forth facilitating illness belief) เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรม และเพื่อให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้น

มีการนำเอารูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ ไปใช้ในการวิจัยทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเยียวยาผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับความทุกข์ทรมาน เช่น จันทร์นิภา เภตรา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณี เดียวอิศเรศ (2552) นำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยนี้ไปใช้ในงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีและสามีกลุ่มทดลองมีความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามี และมีความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ การศึกษาของ วิไล

อารีรุ่งเรือง (2551) เรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และ มาลี นิ่มพงษ์พันธุ์ และชมพูนุช โสภาจารีย์ (2552) ศึกษาผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษาที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีความพิการที่ต้องการการดูแลโดยสมาชิกครอบครัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับความเหนื่อยล้า ความเครียด บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลง และกระทบต่อเศรษฐกิจ ซึ่งครอบครัวผู้ดูแลต้องพยายามปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อลดความเครียด ซึ่งเป็นความรู้สึกถูกกดดัน วุ่นวายใจ วิตกกังวล ในบทบาทของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย และต้องช่วยการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) สุขวิทยาส่วนบุคคลและกิจวัตรประจำวัน 2) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม 3) ด้านจิตใจอารมณ์และสังคม 4) การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล ถ้าครอบครัวผู้ดูแล เชื่อว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีและสมควรทำอย่างต่อเนื่องแล้วจะเกิดประโยชน์ครอบครัวผู้ดูแลก็จะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องออกมา แต่ถ้าครอบครัวผู้ดูแลไม่เชื่อว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ ก็จะไม่ดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา กระทำกับครอบครัวผู้ดูแลรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4) และรายครอบครัวที่บ้าน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3) รวม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลา ครั้งละ 60 นาที

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) 2 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่มีต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

สถานที่ทำการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาครอบครัวผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอ่างทอง โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ทำหน้าที่บริการผู้ป่วยเชิงรุก และบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เป็นระยะฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการดูแลครอบครัวผู้ดูแลด้วยทุกครั้งที่ไปเยี่ยมบ้าน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน และรายครอบครัวที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล ดังนี้

ผู้วิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มควบคุมไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้านวันละ 1 กลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที สัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย

ผู้วิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มทดลองไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้านวันละ 1 กลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ใช้เวลาประมาณ 60 นาที สัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย สัปดาห์ที่ 4 เพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย

ผู้วิจัยไปพบครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่บ้าน สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 เพื่อดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษา คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางลงมา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 54 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลางลงมา ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

โรงพยาบาลอ่างทอง ในปี พ.ศ. 2557 โดยมีคุณสมบัติ ตามกำหนดดังนี้

1. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่นำเข้าในการศึกษา (Inclusion criteria)

1.1 เป็นสมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นลักษณะการจ้างหรือการให้รางวัล ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจวัตรประจำวัน การดูแลความปลอดภัย การดูแลจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายอื่น ๆ กำหนดครอบครัวผู้ดูแลโดยการสอบถามจากผู้ป่วย (กรณีที่ผู้ป่วยพูดได้) หรือสอบถามจากสมาชิกครอบครัว (กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้)

1.2 มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา บุตร คู่สมรส พี่น้อง หลาน หรือญาติ

1.3 เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถมองเห็น รับฟัง และสื่อสารได้ตามปกติ

1.4 มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และดูแลผู้ป่วยมาแล้วมากกว่า 1 เดือน มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลางลงมา คือระดับคะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549)

1.5 ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยโดยสมัครใจ

2. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ มีการเจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แยกเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย ซึ่งกำหนดจาก Polit and Hungler (1995) โดยกำหนดว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ควรมีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไปในแต่ละกลุ่ม

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และรายชื่อครอบครัวผู้ดูแลจากทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีจำนวน 54 ราย

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจากแฟ้มเยี่ยมบ้าน (Family folder) มี 48 รายที่ครอบครัวผู้ดูแลมี

คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด (มี 6 ราย ที่คุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ คือ มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มากกว่าระดับปานกลาง คือระดับคะแนนตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป) ในจำนวนนี้มี 22 รายที่ผู้ป่วยกำหนดครอบครัวผู้ดูแลได้ และ 26 รายที่กำหนดเองไม่ได้ต้องถามจากสมาชิกครอบครัว

3. ผู้วิจัยคัดเฉพาะผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 48 ราย นำมาทำฉลากรายชื่อ

4. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยจับฉลากรายชื่อครอบครัวผู้ดูแล รายแรกเข้ากลุ่มทดลองก่อน และรายต่อไปเข้ากลุ่มควบคุม สลับกันไปจนได้กลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลมาพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน รายกลุ่ม ๆ ละ 5 ราย เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจากการวิจัยไม่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์มาจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ของ Wright and Bell (2009) เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา โดยกระทำกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง และรายครอบครัวที่บ้าน 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้เฉลี่ยครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ หลักประกันสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver interview) ของ ศรีรัตน์ คุ้มสิน (2546) ซึ่งนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น .87 ข้อคำถามมี 22 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด ตอบโดยประเมินจากข้อความนั้นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบจาก 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้น
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นน้อยครั้งมาก
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นบ่อยครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

ไม่เคย	ให้คะแนน	0 คะแนน
เกือบไม่เคย	ให้คะแนน	1 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน	2 คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	ให้คะแนน	3 คะแนน
เป็นประจำ	ให้คะแนน	4 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีความเครียดมาก

2.3 แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามวัดศักยภาพในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ น้ำค้าง พรหมเสน (2551) ประกอบด้วยคำถามการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 ด้าน คือ การดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคลและกิจวัตรประจำวัน จำนวน 6 ข้อ การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 8 ข้อ การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 4 ข้อ รวม 26 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบจาก 4 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย นำไปใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .94 การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นประจำทุกวัน	ให้คะแนน	3 คะแนน
ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เกือบทุกวัน	ให้คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ เลย ให้คะแนน 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำดังนี้ 1) กิจกรรมที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ต้องระวังเรื่องสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้กลุ่มตอบคำถามได้หรือไม่ 2) การทำกลุ่ม 5 ราย และการเยี่ยมบ้าน 3 ราย ทำให้ช่วงเวลาในการนัดครั้งต่อไปไม่ได้ระยะ 1 สัปดาห์ ตามที่กำหนด เช่น คนที่ 14 และคนที่ 15 นัดสัปดาห์ที่ 2 ห่างจากสัปดาห์ที่ 3 ถึง 7 วัน และสัปดาห์ที่ 3 ห่างจากสัปดาห์ที่ 14 เพียง 3 วัน 3) แนะนำให้เขียนอธิบายกิจกรรมทุกขั้นตอนอย่างละเอียด เพื่อทำให้การวิจัยชัดเจนมากขึ้น หลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ให้เหมาะสมอีกครั้งภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง แล้วนำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเชื่อมั่นไม่ควรน้อยกว่า .70 แบบสัมภาษณ์ความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ได้ค่าความเชื่อมั่น .94

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ได้แก่

วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง เก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว โดยใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่ผลงานแล้ว

สำหรับกลุ่มควบคุมหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย ผู้วิจัยให้โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยตามความสมัครใจ ที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน รายกลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ด้วยการสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ การสนทนาบำบัด ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ การสะท้อนคิด และสรุปผลการสนทนา เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลซักถามข้อสงสัยเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มควบคุมสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพียงครั้งเดียว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมผู้วิจัย

1.1 ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ทฤษฎีการพยาบาล ทักษะการให้คำปรึกษา และเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสุนทรียสนทนา จำนวน 40 ชั่วโมง

1.2 ผู้วิจัยฝึกปฏิบัติจริงกรณีศึกษาที่ใช้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย กับครอบครัวผู้ป่วย 4 ครอบครัว เป็นเวลา 2 เดือน ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิด

1.3 ผู้วิจัยเข้ารับฟังการบรรยายเรื่อง การประยุกต์ใช้ความเชื่อความเจ็บป่วย (IBM) ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา บรรยายโดย Prof. Dr. Lorraine M. Wright เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556 เข้าร่วมประชุม The 11th International Family Nursing Conference ณ เมืองมิเนียโพลิส รัฐมินนิโซต้า ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อวันที่19-22 มิถุนายน พ.ศ. 2556 และเข้ารับการอบรมโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการที่จัดโดยศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 24-26 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ณ โรงแรมไมด้า จังหวัดนนทบุรี

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนและหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัย ด้วยการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ วิธีการบันทึกคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามคู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกปฏิบัติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง 30 ราย

3. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทอง เพื่อขออนุญาตในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่างทองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการ

1. **กลุ่มควบคุม**

สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มควบคุมเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 5 ราย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมาพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน วันละ 1 กลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล แล้วนัดหมายครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 พยาบาลจากศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน เข้าเยี่ยมครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามที่นัดหมาย เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลสายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง วัดความดันโลหิต ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาของแต่ครอบครัว และพูดคุยตอบข้อซักถามในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลมาพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม แล้วผู้วิจัยให้โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (ตามสมัครใจ) ซึ่งครอบครัวผู้ดูแลสมัครใจรับโปรแกรมฯ 1 ครั้ง

2. กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมใน 2 ลักษณะ คือ การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มครั้งที่ 1 และครั้งที่ 4 โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 5 ราย วันละ 1 กลุ่ม ที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ดำเนินกิจกรรมรายครอบครัวครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล วันละ 5 ราย เช้า 3 ราย และบ่าย 2 ราย การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ คือ ต้องการเข้าใจบริบทของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 2 การสนทนารายครอบครัว วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลเรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 การสนทนารายครอบครัว วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ครั้งที่ 4 การสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

สัปดาห์ที่ 1 การสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ คือ ต้องการทราบบริบทของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย เริ่มด้วยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งให้ครอบครัวผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล แล้วผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจกับครอบครัวผู้ดูแล แสดงความยินดีที่ได้พบกัน อธิบายวัตถุประสงค์ ขอบเขตการสนทนา รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และครอบครัวผู้ดูแล ให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ดูแลในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วย ชื่นชมศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล

2. การสนทนาบำบัด ด้วยการสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อโดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถามหนึ่งคำถาม ที่ต้องการคำตอบจากการพบกัน ทำให้เกิดการสะท้อนคิดและสามารถแยกแยะปัญหาที่สำคัญที่เกิดจากความเชื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล ประเมินบริบทครอบครัว ด้วยการเขียนผังเครือญาติ ผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และผังความผูกพันในครอบครัว

3. การสะท้อนคิด เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4. การสรุปผลการสนทนากับครอบครัวผู้ดูแล โดยการสรุปสาระที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ นัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 สนทนารายครอบครัว วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลเรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยไปพบกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ

2. การสนทนาบำบัด

2.1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพิ่มเติมจากครั้งก่อน โดยวิธีการกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแล ถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด ทำให้เกิดการสะท้อนคิด และสามารถแยกแยะปัญหาที่สำคัญที่เกิดจากความเชื่อ

2.2 การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล การพยากรณ์โรค ศาสนา จิตวิญญาณ และการมีชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแล บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ด้วยคำถามเพื่อค้นหาและเปิดเผยความเชื่อ เช่น “คุณเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหรือไม่ อย่างไร” “ครอบครัวช่วยเหลืออย่างไรบ้าง” “มีการพูดคุยกันอย่างไรบ้าง” ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค หลังจากพูดคุยถึงความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว หากมีกรณีที่ครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยใช้แนวคำถาม เช่น “คุณรู้สึกว่าตนเองมีความกลัวอะไรที่เกิดขึ้น” “ครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาอย่างไร” “ถ้าให้คะแนน 0-10 คุณคิดว่าตอนนี้คุณมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิต และความสัมพันธ์ในครอบครัวกี่คะแนน” “จะดีไหมถ้ามีการพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา” ผู้วิจัยนำเสนอเรื่องราวของกรณีตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน วิธีปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความเครียด แล้วท้าทายให้ลองปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ

2.4 การสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่าเรื่องราว ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล เมื่อครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่าถึงความเชื่อในทางบวก ผู้วิจัย

ยกย่องชมเชย และชื่นชมความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จของครอบครัวผู้ดูแล

3. การสะท้อนคิด เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล ได้เล่าระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสนทนา หลังจากที่ครอบครัวผู้ดูแลได้เปิดเผยความเชื่อ ได้เรียนรู้อะไรบ้าง

4. การสรุปผลการสนทนากับครอบครัวผู้ดูแล โดยการสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันในวันนี้ ให้การบ้าน คือ ให้ครอบครัวผู้ดูแลทบทวนความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แล้วท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแลทดลองปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และนัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 สนทนารายครอบครัว วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยไปพบกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ดูแลโดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ อย่างต่อเนื่อง

2. การสนทนาบำบัด

2.1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพิ่มเติมจากครั้งก่อน โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลร่วมกันศึกษาบริบทครอบครัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลระบายความรู้สึก และทบทวนความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล

2.2 การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงความเชื่อหลังจากพบกันครั้งที่แล้ว เปิดโอกาส ให้ครอบครัวผู้ดูแลถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด และพูดคุยถึงความเชื่อความเจ็บป่วย โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เล่าและเปิดเผยความเชื่อ

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยทบทวนการบ้านที่ให้ไว้ คือ ให้ทดลองปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลได้ทำหรือไม่ มีสิ่งใดแตกต่างจากเดิมบ้างหรือไม่ ขอให้ครอบครัวผู้ดูแลช่วยเล่าให้ฟังหน่อย พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย ชื่นชมศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลพร้อมทั้งกระตุ้นให้เชื่อเช่นนั้นต่อไป พบว่ามีบางรายไม่สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคได้ ผู้วิจัยเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา ด้วยคำถามมหัศจรรย์ (Miracle question) “ถ้าสมมุติพรุ่งนี้เช้าคุณตื่นขึ้นมา พบว่า คุณสบายใจไม่มีความเครียด คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่แตกต่างไปจากนี้” “ถ้าให้คะแนนจาก 0-10 คุณคิดว่าคุณมีอุปสรรคเท่าใด” “ตอนนี้คุณคิดอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วย

เรื้อรังอย่างนี้” “แทนที่จะต่อสู้กับโรคคุณเปลี่ยนความเชื่อมาอยู่ร่วมกับมันจะดีหรือไม่”

2.4 การสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแล ร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุย ให้ครอบครัวผู้ดูแล บอกเล่าถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อ โดยผู้วิจัยกระตุ้นถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม “คุณช่วยเล่าถึงผลการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อคุณเพื่อการดูแลผู้ป่วย แตกต่างไปอย่างไร” “สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลต่อครอบครัวอย่างไร” “คุณมีคำแนะนำให้กับครอบครัวผู้ดูแลอื่นที่ดูแลผู้ป่วยคล้าย ๆ กับคุณอย่างไรบ้าง” เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพ ครอบครัวผู้ดูแลเล่าถึงการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้วิจัยชื่นชมจุดแข็งและศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อได้อย่างเหมาะสม

3. การสะท้อนคิด ให้ครอบครัวผู้ดูแล สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

4. การสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันทั้งหมดที่ผ่านมา แล้วท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแล ทดลองสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ทั้งผลดี ผลเสีย จากนั้นผู้วิจัยเตรียมครอบครัวผู้ดูแลสำหรับปิดสัมพันธภาพในครั้งต่อไป ห่างจากครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 สนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรม ฯ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ อย่างต่อเนื่อง

2. การสนทนาบำบัด

2.1 การสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยวิธีการกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หลังจากพบกันครั้งที่แล้ว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงความเชื่อความเจ็บป่วย ตามแนวคำถาม “จากครั้งที่แล้วที่ให้การบ้านไป คือให้ครอบครัวผู้ดูแลสรุปการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เกิดผลอย่างไรบ้าง ทั้งผลดีผลเสีย ถ้าได้ทำ ทำอย่างไรบ้าง ช่วยเล่าให้กลุ่มฟัง” พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อไปในทางบวก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมครอบครัวผู้ดูแล พร้อมทั้งกระตุ้นปฏิบัติต่อไป

2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยถามความเชื่อที่เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยว่า ยังมีอยู่หรือไม่ ผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแลช่วยกันปรับเปลี่ยนให้เป็นความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ โดยการใช้เทคนิค การถามคำถาม และการเสนอเรื่องเล่าที่มีประโยชน์

2.4 การสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ดูแล สรุปผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทำให้เกิดผลอย่างไรบ้าง ทั้งผลดี ผลเสีย และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง กล่าวชื่นชมจุดแข็ง และศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล สร้างความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ให้มีความต่อเนื่อง ด้วยการฉลองการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยให้คำชื่นชม

3. การสะท้อนคิด ให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลกระทบ หรือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

4. การสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการพูดคุยทั้งหมดที่ผ่านมา และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันทั้งหมดที่ผ่านมา ปิดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณครอบครัวผู้ดูแล ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

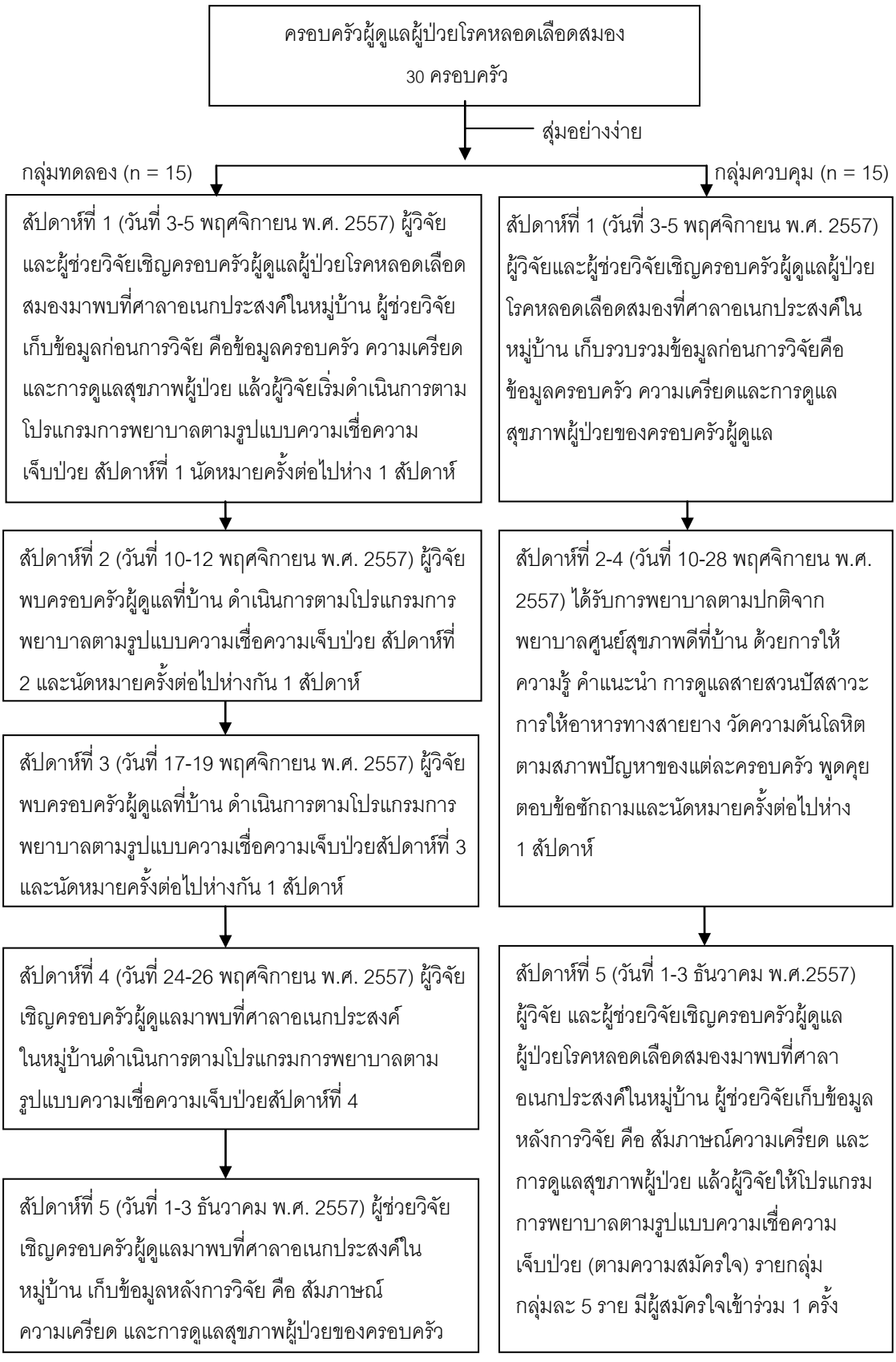
สัปดาห์ที่ 5 ผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน เพื่อให้ตอบแบบสัมภาษณ์หลังการทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิม ยกเว้นข้อมูลครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทุกฉบับ สร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t - test



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จำนวน 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ครอบครัว ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4 คน รายได้เฉลี่ยครอบครัวของกลุ่มทดลอง คือ 20,333 บาทต่อเดือน (*SD* = 12,567.91) กลุ่มควบคุม คือ 15,933 บาทต่อเดือน (*SD* = 10,964.00) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับพอใช้ และมีหลักประกันสุขภาพทุกครอบครัว ครอบครัวผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา บุตร คู่สมรส ทั้ง 2 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธทุกครอบครัว อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนมาก คือ ข้าราชการบำนาญ กลุ่มควบคุม คือ รับจ้างและค้าขาย ทั้ง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.87 ปี (*SD* = 2.77) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.30 ปี (*SD* = 3.25) ซึ่งเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลครอบครัวและครอบครัวผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test (หากมี cell ที่มี Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้ค่า *p* ที่

Fisher's exact test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามลักษณะทางประชากรและสังคมเศรษฐกิจครอบครัวและครอบครัวผู้ดูแล

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	*p-value*
ลักษณะครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว	10	8	.556	.456
ครอบครัวขยาย	5	7		
จำนวนสมาชิกครอบครัว	(*M* = 4.13, *SD* = 2.77)	(*M* = 4.07, *SD* = 1.28)		
1-3 คน	6	4	4.133	.388
4-6 คน	9	11		
รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาทต่อเดือน)	(*M* = 20,333, *SD* = 12,567.91)	(*M* = 15,933, *SD* = 10,964.00)		
< 20,000 บาท	6	7	1.679	.432
≥ 20,000 บาท	9	8		
ฐานะทางเศรษฐกิจ				
ดี	6	3	1.556	.459
พอใช้	9	12		
หลักประกันสุขภาพ				
มี	15	15		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา มารดา บุตร คู่สมรส	13	12	2.373	.499
พี่น้อง หลานและคนอื่น	2	3		
ศาสนา				
พุทธ	15	15		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลครอบครัว	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	*p-value*
อาชีพ				
ข้าราชการบำนาญ	8	5	4.769	.189
รับจ้าง และค้าขาย	7	10		
โรคประจำตัว				
มี	10	11	2.164	.339
ไม่มี	5	4		
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	(*M* = 3.87, *SD* = 2.77)	(*M* = 3.30, *SD* = 3.25)		
< 1 ปี	6	7	7.939	.094
≥ 1 ปี	9	8		

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 33.47 (*SD* = 15.17) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 36.73 (*SD* = 17.12) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน (*t* = .553, *p* = .293) ซึ่งหมายถึงความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 18.73 (*SD* = 10.77) กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 33.73 (*SD* = 16.44) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (*t* = 2.958, *p* < .01) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1 นั่นคือ ครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความเครียดน้อยกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การทดลอง	**กลุ่มทดลอง** (n = 15)		**กลุ่มควบคุม** (n = 15)		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ก่อนการทดลอง	33.47	15.17	36.73	17.12	.553	28	.293
หลังการทดลอง	18.73	10.77	33.73	16.44	2.958	24.14	.003

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 55.80 (*SD* = 10.51) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 59.00 (*SD* = 16.12) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล ไม่แตกต่างกัน ($t = .644$, $p = .263$) ซึ่งหมายถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 71.53 (*SD* = 6.04) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 59.86 (*SD* = 15.87) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.670$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2 นั่นคือ ครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของครอบครัวผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การทดลอง	**กลุ่มทดลอง** (n = 15)		**กลุ่มควบคุม** (n = 15)		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ก่อนการทดลอง	55.80	10.51	59.00	16.12	.644	28	.263
หลังการทดลอง	71.53	6.04	59.86	15.87	2.670	17.98	.016

บทที่ 5
สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่มีต่อความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 ครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จำนวน 15 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ครอบครัว ใช้เครื่องมือในการทดลองคือโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล มี 3 ส่วนได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว 2) แบบสัมภาษณ์ความเครียด 3) แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน หาค่าความเที่ยง ด้วยวิธีสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ความเครียด เท่ากับ .87 แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4 คน รายได้เฉลี่ยครอบครัวของกลุ่มทดลอง คือ 20,333 บาทต่อเดือน (*SD* = 12,567.91) กลุ่มควบคุม คือ 15,933 บาทต่อเดือน (*SD* = 10,964.00) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีฐานะทางเศรษฐกิจระดับพอใช้ และมีหลักประกันสุขภาพทุกครอบครัว ครอบครัวผู้ดูแลส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา มารดา บุตร คู่สมรส ทั้ง 2 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธทุกครอบครัว อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนมาก คือ ข้าราชการบำนาญ กลุ่มควบคุม คือ รับจ้างและค้าขาย ทั้ง 2 กลุ่ม มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.87 ปี (*SD* = 2.77) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.30 ปี (*SD* = 3.25)

2. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความเครียดน้อยกว่าครอบครัวผู้ดูแล ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดีกว่าครอบครัวผู้ดูแล ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีความเครียดน้อยกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ ระหว่างครอบครัวผู้ดูแล และพยาบาล การสนทนาบำบัดตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง การเชื้อเชิญให้ครอบครัวได้บอกเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว ซึ่งการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราวนี้ นอกจากจะบอกเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ยังเป็นการบอกเล่าถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ดูแลในขณะให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการที่ผู้วิจัยรับฟังการบอกเล่าจากครอบครัวผู้ดูแลอย่างตั้งใจช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ดูแลผู้ป่วย การสนทนาด้วยคำถามปลายเปิดช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ทำให้ความทุกข์ทรมานของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ลดลงได้ การให้ถามคำถามเดียวที่ครอบครัวต้องการคำตอบช่วยให้ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดได้และนำมาซึ่งการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับครอบครัว (Heugten et al.,2006; Wright & Bell, 2009

ตัวอย่างการสนทนากับครอบครัวผู้ดูแลชื่อนางอุไร (นามสมมุติ) กล่าวหลังจากที่ผู้วิจัยให้คำชื่นชมว่า “พี่รู้สึกมีกำลังใจที่คุณหมอ (ผู้วิจัย) พูดอย่างนี้” ซึ่งผู้วิจัยให้คำชมว่า “พี่เก่งมากเลยนะคะที่ดูแลพี่ผู้ชายมานานถึง 5 ปี โดยที่ไม่มีแผลกดทับ ไม่ขาดสารอาหาร เนื้อตัวสะอาดสะอ้าน การจัดบ้านก็สวยงามเป็นระเบียบเรียบร้อย” การชื่นชมนี้ช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลเห็นถึงความสามารถนำมาเป็นจุดเด่น เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อว่าเป็นอัมพาต รักษาอย่างไรก็คงไม่หาย เปลี่ยนเป็นความเชื่อที่ว่า การดูแลผู้ป่วยที่ดีช่วยให้ไม่มีภาวะ แทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและอยู่กับครอบครัวผู้ดูแลไปได้นาน ๆ

ผู้วิจัยเชื้อเชิญให้ครอบครัวผู้ดูแลได้บอกเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราว “เมื่อก่อนพี่เคยคิดว่าทำไมต้องเป็นฉันนะที่มีสามีขี้โรค ทำอย่างไรก็คงกลับมาเดินไม่ได้อยู่ดี แต่ฉันซิ เคยทำอะไร ๆ ได้ก็ทำไม่ได้เหมือนก่อน เครียดมาก แต่ตอนนี้พี่คิดได้ ถึงเขาจะเป็นอัมพาต เขาก็เป็นสามีของเรา จึงต้องดูแลกันไป เขาเป็นเสาหลักของบ้าน ถ้าไม่มีเขาก็ไม่มีเราอย่างทุกวันนี้ พี่ก็อยากดูแลเขาตลอดไปคิดได้อย่างนี้ พี่ก็ไม่เครียด และดูแลเขาให้ดีที่สุด”

จึงเห็นได้ว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจกัน การสนทนาโต้ตอบที่เป็นคำถามปลายเปิด การสะท้อนคิดและการสรุปผลการสนทนา เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีทางเลือกมากขึ้น เกิดพลังใจ และพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์ความรู้สึก ดังนั้นครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย จึงมีความเครียดลดลง แต่การพยาบาลตามปกติเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดูแลให้อาหารทางสายยาง ดูแลสายสวนปัสสาวะ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้ซักถามพูดคุยปัญหาของผู้ป่วย แต่ไม่เน้นที่ครอบครัวผู้ดูแล และไม่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค จึงไม่ตอบสนองความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ทำนองเดียวกับ การศึกษาของ Wacharasin (2010) พบว่า การนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ใช้การสนทนาบำบัดมาปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เปลี่ยนเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น ความเครียดจึงลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ และทำนองเดียวกับการศึกษาของ พัชริน แน่นหนา และคณะ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เน้นที่การเข้าใจบริบทของครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล ผู้วิจัยไปเยี่ยมครอบครัวผู้ดูแลที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง และที่บ้าน 2 ครั้ง ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ดูแล ถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ จึงทำให้มีการซักถามวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจรวมถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการถามหนึ่ง

คำถาม เป็นวิธีการในการแยกแยะปัญหา การให้ถามคำถามเดียว เป็นการท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้วิจัยทราบปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล จึงเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็น และเมื่อครอบครัวผู้ดูแลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ซึ่งการกล่าวชื่นชมเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีพลังที่จะดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ถูกต้องต่อไป เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Wright & Bell, 2009)

ตัวอย่างการสนทนากับครอบครัวนายแสง (นามสมมุติ) ภายหลังการใช้คำถามเดียวที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องการคำตอบ “ทำอย่างไร แม่ถึงจะมีกำลังใจมากกว่านี้ ทุกวันนี้แม่เหมือนอยู่ไปวัน ๆ เอาแต่นอนให้ฝึกออกกำลังแขนขาก็ไม่ยอมทำ” คำถามนี้ ช่วยให้ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการที่สำคัญที่สุดของครอบครัวผู้ดูแลได้ การถามหนึ่งคำถามและการสนทนาโต้ตอบเป็นคำถามปลายเปิด เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีทางเลือกมากขึ้นเกิดพลังใจ และพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม

ดังนั้นเมื่อครอบครัวผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีการพัฒนา และเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย แต่การพยาบาลตามปกติเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลสายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง วัดความดันโลหิต ตามสภาพปัญหาของแต่ครอบครัว และพูดคุยตอบข้อซักถาม จึงทำให้ครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan and Waugh (2007) พบว่า ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในโรคหลอดเลือดสมอง และจากการศึกษาของ Tal-Hatu et al. (2010) พบว่า ความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านบวกส่งผลที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำค้าง พรหมเสน (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ทำนองเดียวกับ นิลุบล วินิจสร (2554) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรม ฯ

มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และทำนองเดียวกับ วิไล อารีรุ่งเรือง (2551) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริหาร

ผู้บริหารควรนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยสนับสนุนให้พยาบาลได้นำโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับการดูแล เป็นการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลให้ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมต่อไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรได้รับการฝึกปฏิบัติเพื่อนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การสนทนาบำบัดช่วยให้ทีมสุขภาพและครอบครัวผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยความเชื่อ ทำให้ทีมสุขภาพเข้าใจความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล รวมทั้งบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ด้านการศึกษาวิจัย

นักวิจัยควรนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดสำหรับวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ด้วยโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการสนทนาบำบัดระหว่างผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้องรังอื่น ๆ

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การนัดพบกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลมานอกบ้าน อาจเป็นปัญหาที่ครอบครัวผู้ดูแลไม่สามารถออกนอกบ้านได้ เนื่องจากมีความเป็นห่วงผู้ป่วย ดังนั้น การนัดหมายกลุ่มควรทำในกรณีที่มีครอบครัวผู้ดูแลมากกว่า 1 คน

2. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประยุกต์การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มาใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยต้องมีทักษะความชำนาญและความเข้าใจรูปแบบเป็นอย่างดี จึงต้องฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงเพื่อให้มีทักษะความชำนาญและความเข้าใจก่อน จึงจะสามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

กฤษญา คชรินทร์. (2549). *การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโต๊ค*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

กฤษณา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน ดุจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาตร์ฟื้นฟู* (หน้า 165-185). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.

จงจิต บุญอินทร์. (2551). *ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จตุพงษ์ พันธ์วิไล, ภูพิงค์ เอกะวิภาต และสายสมร บริสุทธิ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นในระยะฉุกเฉินสำหรับพยาบาล. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์, 27*(1), 53-64.

จันทร์นิภา เภตรา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณี เดียวอิศเรศ. (2552). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16*(2), 71-84.

จาตุรนต์ บุญพิทักษ์, สยาม ทองประเสริฐ และอภิชนา โฆวินทะ. (2553). การศึกษานำร่องผลการฝึกมือและแขนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังโดยการฝึกด้วยกระจก. *วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, *20*(1), 20-28.

จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). *การศึกษาความเครียดในการเผชิญความเครียดของญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

จีรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี และประเสริฐ วศินานุกร. (2552). ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 27*(3)*, 203-212.*

จุฑารัตน์ สถิรปัญญา และพรชัย สถิรปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 22*(ฉบับพิเศษ (2)), 229-237.

ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *4*(1), 62-75.

ชุลีกร ทาทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงใจ ดุสิต. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กเรื้อรังของครอบครัว.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ดารณี จามจุรี และจินตนา ยูนิพันธ์. (2545). *รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ สุวรรณกนกนาค, ธันย์ชนก สุภาจารุพันธุ์, มฑิรุทธ มุ่งถิ่น และราม รังสินธุ์. (2554). ทัศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 1*(1), 58-65.

ทศพร คำผลศิริ, ลินจง โปธิบาล, กนกพร สุคำวัง และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2549). โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร*, *50*(10), 707-725.

นงเยาว์ ใบยา. (2554). *ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

น้ำค้าง พรหมเสน. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

นิชธิมา ศรีจำนงค์, ทัศนีย์ รวิวรกุล, สุนีย์ ละกำปั่น และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2553). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 26*(1), 28-29.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง* (พิมพ์ครั้ง 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต. (2548). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิลุบล วินิจสร. (2554). *ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ประกอบพร ทิมทอง. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ซื่อเลื่อม. (2552). บทบาทและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, *7*(3), 60-74.

ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2548). โรคหลอดเลือดสมอง. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 91-110). กรุงเทพฯ: เอ็น.พี.เพรส.

ปิยภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2550). การกลับบ้านและไปมีส่วนร่วมในสังคม. ใน กิ่งแก้ว ปาจรีย์ (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (หน้า 282). กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งตีพิมพ์ สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชริน แน่นหนา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณี เดียวอิศเรศ. (2551). ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 16*(2), 24-38.

เพ็ญแข แดงสุวรรณ. (2550). *STROKE ฆาตรกรเงียบ ระวัง ห่างไกล โรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: ใกล้หมอ Health & Well being.

เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภรภัทร อิ่มโอฐ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ภราดร มัณยานนท์. (2550). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 3*(1), 32-42.

ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2552). การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. ใน ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย, อิศรางค์ นุชประยูร, พรเลิศ ฉัตรแก้ว และฉันชาย สิทธิพันธุ์ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (หน้า 100). กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987).

มาลี นิ่มพงษ์พันธ์.และชมพูนุช โสภาจารีย์ (2552). ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอระหว่างการรับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *21*(2), 104-121.

รัชนี สุภวัตรจริยกุล, ปรียา หล่อวัฒนพงษา และอภิญญา เอื้อศิริรัตนไพศาล. (2555). *คู่มือการช่วยเหลือบุคคลเสียการสื่อความ*. สระบุรี: โรงพิมพ์ไทยศิริ.

รัตนาภรณ์ บรรดาศักดิ์. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองในคนไทยผู้ใหญ่วัยต้นในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโรค ติดเชื้อและวิทยาการระบาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราลักษณ์ ทองใบปราสาท, ชมนาด วรรณพรศิริ, จรรจา สันตยากร และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2550). ประสบการณ์การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยในตำบลแสนตอ อำเภอขาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1*(1), 72-84.

วารี กังใจ. (2558). *ความเครียดในผู้ดูแล*. เข้าถึงได้จาก http://www.eldercarethailand.com/content/view/159/27/

วิชชุดา เจริญกิจการ และสายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2554). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการเรียนรู้จดจำระหว่างผู้ที่เคยมีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและผู้มีภาวะสุขภาพดี. *วารสารสภาการพยาบาล, 26*(3), 14-29.

วิมลรัตน์ *ภู่*วราวุฒิพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไล อารีรุ่งเรือง. (2551). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิสาข์ วัชระศิริบันลือ และศุภร วงศ์วทัญญู. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 23 ณ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน* (หน้า 449-456). ม.ป.ท.

ศรีรัตน์ คุ้มสิน. (2546). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. เข้าถึงได้จาก http://pni.go.th/cpg/stroke-nurse 2007.pdf

สมนึก สกุลหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการความสามารถในกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4*(2), 37-52.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สรุปรายงานการป่วย.* กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สิรินันท์ พงศ์เมธีกุล. (2553). แบบจำลองภาวะขาดเลือดของสมองทั้งสมอง และสมองบางส่วน. *Journal of Medicine and Health Sciences, 17(*3), 149-159.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้ง 5). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สุรชัย คำภักดี. (2555). ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 27*(2), 107-112.

สุวรรธนา จงห่วงกลาง. (2549). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เสาวภา ภู่ประคำ, นุจรี ไชยมงคล และมณีรัตน์ ภาคธูป (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับภาระของครอบครัวผู้ดูแล. *วารสารคณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 17*(1), 26-38.

อรอนงค์ กูลณรงค์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และลัพณา กิจรุ่งโรจน์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมุสลิม. ใน *การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2554* (หน้า 54-60). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต.

อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 24*(1), 1-9.

อาริสา ชินประพัทธ์. (2553). *อาการและการจัดการอาการจากภาวะแทรกซ้อนตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อินทิรา ลิ่มเซย. (2550). *ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพ: ซันต้าการพิมพ์.

Bakas, T., & Burgener, C. S. (2002). Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. *Top Stroke Rehabilitation*, *9*(1), 34-45.

Bull, M. J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research, 12,* 758-776.

Cameron, J. I., & Gignac, M. M. (2000). ‘‘Timing It Right’’: A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseli, 70*, 305-314.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderationof life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

Family Caregiver Alliance [FCA]. (2005). *Selected caregiver statistics*. Retrieved from http://www.Caregiver.org/caregiver/jsp/print_friendly.jsp?nodeid=439

Family Caregiver Alliance [FCA]. (2006). *Caregiver health.* Retrieved from http:// Caregiver.org/caregiver-health

Favrole, P., Jehel, L., Levy, P., Descombes, S., Muresan, I., Manifacier, M. & Alamowitch, S. (2013). Frequency and predictors of post-traumatic stress disorder after stroke: A pilot study. *Journal of the neurological sciences, 327*, 35-40.

Frain, M., & Valiga, T. M. (1981). The multiple dimentions of stress. In D. C. Sutterly & G. F. Donnelly (E. K.), Coping with stress: A Nursing perspectives (pp. 43-52). London: An Aspen.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003*). Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.

Grant, J. S., Elliott, T. R., Weaver, M., Glandon, G., L. Raper, J. L., & Giger, J. N. (2006). Social support, social problem-solving abilities, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Arch Phys Med Rehabilitation, 87*, 343-350.

Gregorio, G. W., Visser-Meily, J. M., Tan, F. E., Post, M. W., & Heugten, C. M. (2011). Changes in the coping styles of spouses and the influence of these changes on their psychosocial functioning the first year after a patient's stroke. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 188-193.

Heugten, C. V., Meily, A. V., Post, M., & Lindeman, E. (2006). Care for carers of *stroke* patients: Evidence-based clinical practice guidelines. *Journal Rehabilitation Medicine*, *38*, 153-158.

House, J. S. (1981). *Workstress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.

Hwang, B., Esquivel, J. H., Fleischmann, K. E., Stotts, A. N., & Dracup, K. (2012). Family caregiving in pulmonary arterial hypertension. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 41*(1), 26-34.

Hung, J. W., Huang, Y. C., Chen, J. H., Liao, L. N., Lin, C. J., Chuo, C. Y., & Chang, K. C. (2012). Factors associated with strain in informal caregivers of stroke patients. *Chang Gung Medical Journal, 35*(5), 392-400.

Kamel, A. A., Bond, A. E., & Froelicher, E. S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. *International Journal of Nursing Practice, 18*, 147-154.

Kruithof, W. J., Mierlo M. L., Visser-Meily, J. M., Heugten, C. M., & Post, M. W. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life-A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *93,* 169-176.

Lazarus, R. S., & S. Folkmans. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer.

Loupis, Y. M., & Faux, S. G. (2013). Family conferences in stroke rehabilitation: A literature review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *22*(6), 883-893.

Leahy, N. M. (1991). Complication in the acute stages of stroke. *Nursing Clinics of North America, 26*(4), 971-983.

Lincoln, N. B., & Flannaghan, T. (2003). *Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke a randomized controlled trial*. Retrieved from http://stroke.ahajournals.org/content/34/1/111

Mant, J., Carter, J., Wade, D. T., & Winner S. (2000). Family support for stroke: A randomised controlled trial. *THE LANCE, 356*, 808-813.

Masoodi, R., & Rabiei, L. (2011). *The effect of family-centered empowerment model on cerebrovascular accident patient's caregiver's quality of life.* Retrieved from http://congress.tbzmed.ac.ir/hepc/Abstract/635

Polit, D. F., & Hungler B. P. (1995). *Nursing research principles and methods* (5^{th} ed). Philadelphia : J. B. Lippincott.

Riley, A. G. (2007). Stress and depression in family carers following traumatic brain injury: The influence of beliefs about difficult behaviours. *Clinical Rehabilitation*, *21,* 82-88.

Roger, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implication, and therapy*. New York: Houghton Mifflin.

Salter, K., Foley, N., & Teasell, R. (2010). Social support interventions and mood status post stroke: A review. *International Journal of Nursing Studies, 47*, 616-625.

Schure, L. M., Heuvel, E. T., Stewart, R. E., Sanderman, R., Witte, L. P., & Jong, B. M. (2006). Beyond stroke: Description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling, 62,* 46-55.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Sullivan, K. A., & Waugh, D. (2007). Toward the Cerebrovascular Attitudes and Beliefs Scale (CABS): A measures of stroke-related health beliefs. *Top Stroke Rehabilitation, 14*(3), 41-51.

Tal-Hatu, H., Oyedunni, A., & Salim, A. (2010). Family caregivers of Nigerian-African stroke survivor. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy, 4*(1)*,* 43-46.

Wacharasin, J. (2010). HIV/ AIDS: What family nursing interventions are useful to promote healing ?. *Journal of Family Nursing, 16*(3), 302-321.

World Health Organization [WHO]. (2014). *Stroke, cerebrovascular accident.* Retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/

Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness a model for healing*. Alberta, Canada: 4th Floor Press.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2005). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. แพทย์หญิงดรุณี งามภูพันธุ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง
4. คุณจันทร์นิภา เภตรา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
5. คุณสุลักษณ์ วงศ์ชีวภัค	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

Effects of Nursing Intervention Program Based on Illness Belief Model on Family Caregivers' Stress and Caring for Stroke Patients

ชื่อนิสิต นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้

รหัสประจำตัวนิสิต 54920277 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ **รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 09 - 2557** โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ **ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป** จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน **30 ราย** สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ **ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน และบ้านของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง**

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลา<u>หนึ่งปี</u> นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ **ถึงวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ.2558**

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 **เดือน** ตุลาคม **พ.ศ.** 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-09-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557-มีนาคม พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ร่วมกิจกรรมสนทนาบำบัดจะใช้เวลาจัดทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 60 นาทีซึ่งขณะทำกิจกรรม จะมีการบันทึกเทปด้วย และการให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความเชื่อ ความเครียดและการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 10 นาที ก่อนและหลังจัดกิจกรรม

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อครอบครัวคือช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งจะไม่ส่งกระทบต่อการรักษาพยาบาลแก่ท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่าน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับในตู้เอกสาร ในแบบสัมภาษณ์จะไม่ระบุชื่อและนามสกุลของท่านจะลงเป็นรหัสแทน

ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้คือผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น นอกจากนี้การรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลงานวิจัยจะเป็นการบรรยายในภาพรวม พร้อมทั้งใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการเผยแพร่งานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลวิจัยไปทำลายภายใน 1 ปี โดยข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจะทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยจะทำการล้างข้อมูลทั้งหมด โดยการลบทิ้งทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้ หมายเลขโทรศัพท์ 083-160-5049 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-401-9472

นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับกลุ่มควบคุม)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-09-2557

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้น เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การวิจัยนี้จะเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557-มีนาคม พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ การให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ 2 ครั้ง คือก่อนและหลัง การติดตามเยี่ยมที่บ้าน 1 ครั้ง หลังกลับจากโรงพยาบาล โดยขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงในเรื่องราวเกี่ยวกับความเชื่อ ความเครียดและการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้เวลาในการตอบ ประมาณ 60 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลไปพัฒนาแนวทางการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ และไม่เครียด

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งจะไม่ส่งกระทบต่อการรักษาพยาบาลแก่ท่านและผู้ป่วยในความดูแลของท่าน ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับในตู้เอกสาร ในแบบสัมภาษณ์จะไม่ระบุชื่อสกุลของท่านจะลงเป็นรหัสแทน ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้คือผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้น นอกจากนี้การรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่

ผลงานวิจัยจะเป็นการบรรยายในภาพรวม พร้อมทั้งใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น เมื่อเสร็จสิ้นการเผยแพร่งานวิจัยแล้วผู้วิจัยจะนำข้อมูลวิจัยไปทำลายภายใน 1 ปี โดยข้อมูลที่เป็นเอกสาร ผู้วิจัยจะทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร และข้อมูลที่บันทึกด้วยคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยจะทำการล้างข้อมูลทั้งหมด โดยการลบทิ้งทั้งหมด

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้ หมายเลขโทรศัพท์ 083-160-5049 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-401-9472

นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้
ผู้วิจัย

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

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

วันให้คำยินยอม วันที่ ……เดือน……พ.ศ. ……

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม……...ผู้ยินยอม

(……)

ลงนาม……พยาน

(……)

ลงนาม……ผู้วิจัย

(……นางสาวสมบัติ น้ำดอกไม้……)

ภาคผนวก ค

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

(NURSING INTERVENTION PROGRAM BASED ON ILLNESS BELIEF MODEL: IBM)

สัปดาห์ที่ 1 ต้องการทราบบริบทของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและขอความร่วมมือในการวิจัย	ผู้วิจัยพบกลุ่มครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 5 ราย ที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ดำเนินการตามโปรแกรมฯ คือ **การสร้างสัมพันธภาพ** 1. ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับครอบครัวผู้ดูแล ด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้มท่าทางที่เป็นมิตร 2. ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย แล้วให้ครอบครัวผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	5 นาที 5 นาที	- เครื่องบันทึกเสียง - สมุดบันทึก - แบบสัมภาษณ์	- การสร้างสัมพันธภาพเป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวผู้ดูแล เพื่อเป็นการสร้างความไว้วางใจและส่งเสริมความร่วมมือที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ดูแลและพยาบาลและการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัยที่ชัดเจน ช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้สัมพันธภาพภาพระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลดีขึ้น (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และทราบบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน	3. ผู้วิจัยชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และครอบครัวผู้ดูแล ให้ทราบว่าแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้คือ - ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการในการสนทนา กระตุ้นถาม กระตุ้นการสะท้อนคิด สรุปผลการสนทนา เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนความเชื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย - ครอบครัวผู้ดูแลทำหน้าที่ตอบแบบสัมภาษณ์และให้ข้อมูล - ผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลภายหลังการชี้แจง	10 นาที		- การชี้แจงบทบาทหน้าที่ของครอบครัวผู้ดูแล และผู้วิจัยเพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัยและทราบบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน
- เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล	**การสนทนาบำบัด** 1. สร้างบริบทของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลทุกคนถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด (One Question Questions) คือ	10 นาที		- การกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ เพื่อแยกแยะปัญหา เป็นการท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่เผชิญอยู่

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมกันสร้างบริบทให้เชื่อต่อการเปลี่ยนแปลง - เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสะท้อนคิดเกี่ยวกับการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	ถ้ามีคำถาม 1 คำถาม ให้คุณถามในวันนี้ คุณอยากจะถามอะไรมากที่สุด 2. ประเมินบริบทครอบครัวผู้ดูแล ด้วยการเขียนผังเครือญาติ ผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และผังความผูกพันในครอบครัว ให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เห็น **การสะท้อนคิด** โดยการเปิดโอกาสให้ ครอบครัวผู้ดูแลทุกคนสะท้อนคิด แสดงความคิดเห็นได้เรียนรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ผู้วิจัยยกย่องชมเชย และสะท้อนคิดในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่า **การสรุปผลการสนทนา** ผู้วิจัยสรุปสาระที่ได้พูดคุยกันในวันนี้ นัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ **ผลที่จะได้รับ** คือ สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ได้ทราบบริบทและปัญหาของครอบครัว	20 นาที 5 นาที 5 นาที		- การเขียนผังเครือญาติ ผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และผังความผูกพัน เป็นการค้นหาบริบทที่สัมพันธ์กันโดยไม่ทำให้รู้สึกว่าถูกคุกคาม (Wright & Leahey, 2005) - การใช้คำถามที่ทำให้เกิดสะท้อนคิดเป็นการกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับรู้ได้คิดได้มองย้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง ได้คิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหา เข้าใจความรู้สึกที่เกิดขึ้นของครอบครัวผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมได้ (Wright & Bell, 2009)

สัปดาห์ที่ 2 ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลเรียนรู้เกี่ยวกับความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้วิจัย ได้ทราบถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล	ผู้วิจัยพบครอบครัวผู้ดูแลที่บ้าน ดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้ **การสานต่อสัมพันธภาพ** ระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแล โดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพอ่อน โยน เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ **การสนทนาบำบัด** 1. ใช้ One Question Questions ให้ครอบครัวผู้ดูแลถามคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด โดยใช้คำพูดเชื้อเชิญให้ครอบครัวผู้ดูแลถามคำถาม เช่น “ถ้ามีคำถาม 1 คำถามให้คุณถามในวันนี้คุณอยากจะถามอะไรมากที่สุดเกี่ยวกับการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	5 นาที 10 นาที	- เครื่องบันทึกเสียง - สมุดบันทึก	- การสานต่อสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดขึ้น และคงไว้ตลอดช่วงให้การพยาบาล พยาบาลจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ดูแลเพื่อความไว้วางใจของครอบครัวผู้ดูแล - การให้ถามคำถามเดียวจะเป็นการท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้พยาบาลทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถค้นหาเปิดเผยความเชื่อและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เล่าเรื่องราวความเชื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และเปิดเผยความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยใช้คำถามค้นหาความเชื่อ เช่น “คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการป่วยของผู้ป่วย” “คุณมีความเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค” “คุณนำเรื่องของศาสนาและจิตวิญญาณมาใช้ในการลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย อย่างไร”” ผู้วิจัยจะกล่าวชมเชยเมื่อครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ	10 นาที		- การประเมินครอบครัวผู้ดูแลโดยใช้คำถามปลายเปิด (Opened questioning) เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนทนามากที่สุด สามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ เกิดความชัดเจนของข้อมูล (Wright & Bell, 2009)
- ครอบครัวผู้ดูแล สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	3. ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค พูดคุยถึงความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแล้ว โดยใช้แนวคำถาม เช่น “คุณรู้สึกว่าตนเองมีความกลัวอะไรที่ต้องเป็นผู้ดูแล” “คุณเชื่อว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหรือไม่ ” “ครอบครัวมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาอย่างไร” “ถ้าให้คะแนน 0-10 คุณคิดว่าตอนนี้คุณมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิต	10 นาที		- การใช้เทคนิค วิธีการต่าง ๆ เช่น การถามคำถาม การเสนอเรื่องเล่า เป็นการเชื้อเชิญให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิด และเปิดช่องว่างสำหรับความเชื่อใหม่ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	กี่คะแนน” “จะดีไหมถ้ามีการพูดคุยกับสมาชิกครอบครัวเพื่อช่วยแก้ปัญหา” ผู้วิจัยจะเสนอเรื่องราวของกรณีตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกันแล้วท้าทายให้ทดลองทำ			
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง	4. สนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่าเรื่องราว ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล และชื่นชมกรณีที่มีความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ	10 นาที		- การชื่นชมครอบครัวผู้ดูแลสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่ดี ช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลรู้สึกถึงความสามารถของตนเอง เพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป และต่อเนื่องยั่งยืน (Wright & Bell, 2009)
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสะท้อนคิดเกี่ยวกับความเชื่อเพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	**การสะท้อนคิด** เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล ได้เล่าระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสนทนา หลังจากที่ครอบครัวผู้ดูแลได้เปิดเผยความเชื่อ ครอบครัวผู้ดูแลได้เรียนรู้อะไรบ้าง ผู้วิจัยยกย่องชมเชยและสะท้อนคิดในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่า	10 นาที		- การใช้คำถามที่ทำให้เกิดการสะท้อนคิดทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับรู้ ได้คิดได้มองย้อน ได้คิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลได้มองเห็นข้อสรุปของการพูดคุยกัน	**สรุปผลการสนทนา** ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันในวันนี้ ให้การบ้าน คือ ให้ครอบครัวผู้ดูแลทบทวนความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย และนัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ **ผลที่จะได้รับ** มีการสานสัมพันธภาพที่ดี ได้ทราบบริบททั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว ความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียด และความเชื่อในการดูแลสุขภาพ	5 นาที		- การให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมในการทำสิ่งต่าง ๆ เป็นกิจกรรมการพยาบาล (Wright & Bell, 2009) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้ครอบครัว ลองนำไปปฏิบัติจริง ถือเป็นการฝึกทักษะ และสร้างประสบการณ์ใหม่แก่ครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

สัปดาห์ที่ 3 ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อสานต่อสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแล - เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกันสร้างบริบทให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ	ผู้วิจัยพบกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้ **การสานต่อสัมพันธภาพ** ผู้วิจัยสานต่อสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ดูแล โดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจอย่างต่อเนื่อง **การสนทนาบำบัด** 1. สร้างบริบทของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพิ่มเติมจากครั้งก่อน โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลร่วมกันศึกษาบริบท เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้วยการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้ถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด และเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	5 นาที 5 นาที	- เครื่องบันทึกเสียง - สมุดบันทึก	- การสานต่อสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องคงไว้ตลอดช่วงให้การพยาบาล เพื่อช่วยพัฒนาความไว้วางใจของครอบครัวผู้ดูแลต่อพยาบาลและส่งเสริมความร่วมมือที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ดูแล และพยาบาล - การสร้างบริบทของครอบครัว เป็นการประเมินเกี่ยวกับบริบทของครอบครัว ทำให้เข้าใจความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวผู้ดูแลฐานะผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสมาชิกเจ็บป่วย (Wright & Leahey, 2005)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลค้นหาเปิดเผย ความเชื่อและแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	โดยใช้คำถามปลายเปิด ระบายความรู้สึก และทบทวนความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล 2. ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงความเชื่อหลังจากพบกันครั้งที่แล้ว โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลตอบคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด เช่น “คุณช่วยเล่าเกี่ยวกับการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ผ่านมาให้ฟังหน่อยได้ไหมคะ” และพูดคุยถึงความเชื่อความเจ็บป่วย โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เล่าและเปิดเผยความเชื่อ	15 นาที		- การประเมินครอบครัวผู้ดูแลโดยใช้คำถามปลายเปิด (Opened questioning) เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสนทนามากที่สุด สามารถตอบคำถามได้อย่างอิสระ เกิดความชัดเจนของข้อมูล (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	3. ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยทบทวนการบ้านที่ให้ไว้ คือ ให้ทดลองปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลได้ทำหรือไม่ มีสิ่งใดแตกต่างจากเดิมบ้างหรือไม่ ขอให้ครอบครัวผู้ดูแลช่วยเล่าให้ฟังหน่อย ถ้าพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจะให้แรงเสริมทางบวก โดยกล่าวยกย่องชมเชย ชื่นชมศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล พร้อมทั้งกระตุ้นให้เชื่อเช่นนั้นต่อไป หากไม่สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคได้ ผู้วิจัยจะเจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลปัญหา ด้วยคำถาม มหรรศจรรย์ “ถ้าสมมุติพรุ่งนี้เช้าคุณตื่นขึ้นมา พบว่า ความเครียดของคุณดีขึ้น คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่แตกต่างไป” “ถ้าให้คะแนนจาก 0- 10 คุณคิดว่าคุณมีอุปสรรคเท่าใด	10 นาที		- การให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมในการทำสิ่งต่าง ๆ เป็นกิจกรรมการพยาบาล (Wright & Bell, 2009) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้ครอบครัว ลองนำไปปฏิบัติจริง ถือเป็นการฝึกทักษะ และสร้างประสบการณ์ใหม่แก่ครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) - การชื่นชม การท้าทายความเชื่อ และการทดลองปฏิบัติจะส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเห็นความสำคัญ และนำไปปฏิบัติเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อมีต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลแยกแยะความแตกต่างจากการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง	"ตอนนี้คุณคิดอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยอย่างนี้" ผู้วิจัยท้าทายให้ครอบครัวผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อ 4. สนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแล จะร่วมกันประเมินการเปลี่ยนแปลงความเชื่อซึ่งได้จากการพูดคุยให้ครอบครัวผู้ดูแล บอกเล่าถึงการปรับเปลี่ยนความเชื่อ โดยผู้วิจัยจะกระตุ้นถามเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติม "คุณช่วยเล่าถึงผลการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวที่ปฏิบัติต่อคุณเพื่อการดูแลผู้ป่วย แตกต่างไปอย่างไร" "สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลต่อครอบครัวผู้ดูแลอย่างไร" "คุณมีคำแนะนำให้กับครอบครัวผู้ดูแลอื่นที่ดูแลผู้ป่วยคล้าย ๆ กับคุณอย่างไรบ้าง" เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพ หากครอบครัวผู้ดูแลเล่าถึงการ	10 นาที		- เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิด ขึ้นเพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลตระหนักถึงการเปลี่ยน แปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	เปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้วิจัยจะชมเชย กล่าวชื่นชมจุดแข็ง และศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อได้อย่างเหมาะสม **การสะท้อนคิด** ให้ครอบครัวผู้ดูแล สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ผู้วิจัยยกย่องชมเชยและสะท้อนคิดในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่า **การสรุปผลการสนทนา** ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่พูดคุยกันทั้งหมดที่ผ่านมาแล้วให้การบ้าน คือ ให้สังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ มีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ทั้งผลดีผลเสีย จากนั้นผู้วิจัยจะเตรียมครอบครัวผู้ดูแลสำหรับปิดสัมพันธภาพในครั้งต่อไป ห่างจากครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ **ผลที่จะได้รับ** ครอบครัวผู้ดูแลสามารถสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ	10 นาที 5 นาที		- การสะท้อนคิดทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับรู้ ได้คิด ได้มองย้อน ได้คิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมได้

สัปดาห์ที่ 4 การสนทนากลุ่ม วัตถุประสงค์ คือ ต้องการให้ครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อสานต่อสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแล - เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมกันสร้างบริบท ให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อ	ผู้วิจัยจะพบครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ผู้วิจัยจะดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้ **การสานต่อสัมพันธภาพ** สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยกล่าวทักทายด้วยน้ำเสียงสุภาพเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ อย่างต่อเนื่อง **การสนทนาบำบัด** 1. สร้างบริบทของครอบครัวผู้ดูแลเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยวิธีการกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบมากที่สุด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	5 นาที 5 นาที	- เครื่องบันทึกเสียง - สมุดบันทึก	- การสานต่อสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนที่พยาบาลจะต้องคงไว้ตลอดช่วงให้การพยาบาล เพื่อช่วยพัฒนาความไว้วางใจของครอบครัวผู้ดูแลต่อพยาบาลและส่งเสริมความร่วมมือที่ดีระหว่างครอบครัวผู้ดูแล และพยาบาล - การสร้างบริบทของครอบครัว เป็นการประเมินบริบทของครอบครัว ทำให้เข้าใจความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เข้าใจวิธีการแก้ปัญหาทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของครอบครัวผู้ดูแลฐานะผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสมาชิกเจ็บป่วย (Wright & Leahey, 2005)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลสามารถค้นหา เปิดเผยความเชื่อ และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับ การลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2. ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากพบกัน และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงความเชื่อความเจ็บป่วย ตามแนวคำถาม “จากครั้งที่แล้วที่ให้การบ้านไป คือให้ครอบครัวผู้ดูแลสรุปการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเพื่อลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วยเกิดผลอย่างไรบ้าง ทั้งผลดีผลเสียถ้าได้ทำ ทำอย่างไรบ้างช่วยเล่าให้กลุ่มฟัง” ถ้าพบว่าครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อไปในทางบวกผู้วิจัยจะกล่าวชื่นชม พร้อมทั้งกระตุ้นปฏิบัติต่อไป	15 นาที		เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้เปิดเผยความเชื่อความเจ็บป่วยโดยการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้ แนวทางการปฏิบัติ การให้ข้อมูล การชื่นชม การท้าทายความเชื่อ จะส่งผลให้ครอบครัวผู้ดูแลเห็นความสำคัญและเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย (Wright & Bell, 2009)
- ครอบครัวผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและดูแลสุขภาพผู้ป่วย	3. ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผู้วิจัยจะถามความเชื่อที่เป็นอุปสรรคว่า ยังมีอยู่หรือไม่ ถ้ามี ผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแลต้องช่วยกันปรับเปลี่ยนให้เป็นความเชื่อที่ส่งเสริม	15 นาที		- การใช้เทคนิค วิธีการต่าง ๆ เช่น การถามคำถาม การเสนอเรื่องเล่าที่มีประโยชน์ ฯลฯ เป็นการเชื้อเชิญให้ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดและเปิดช่องว่างสำหรับความเชื่อใหม่ (Wright & Bell, 2009)

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
- เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลแยกแยะความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง - เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อ	ความสำเร็จ โดยการใช้เทคนิค วิธีการต่าง ๆ เช่น ถามคำถาม เสนอเรื่องเล่าที่มีประโยชน์และผลการวิจัย 4. สนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ ผู้วิจัยจะให้ครอบครัวผู้ดูแล สรุปผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทำให้เกิดผลอย่างไรบ้าง ทั้งผลดี ผลเสีย และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกล่าวชื่นชมจุดแข็ง สร้างความเชื่อมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ **การสะท้อนคิด** ให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลกระทบ หรือการเปลี่ยนแปลงความเชื่อเพื่อลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยยกย่องชมเชย และสะท้อนคิดในสิ่งที่ครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่า	15 นาที		- การสะท้อนคิดทำให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับรู้ ได้คิด ได้มองย้อน ได้คิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเข้าใจในปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์	กิจกรรม	เวลา	สื่อ-อุปกรณ์	เหตุผลเชิงทฤษฎี
	สรุปผลการสนทนา ผู้วิจัยจะสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการพูดคุยทั้งหมดที่ผ่านมา และที่จะคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ **ผลที่จะได้รับ** ครอบครัวสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง และมีการคงไว้ซึ่งความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จอย่างยั่งยืน	5 นาที		

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

แบบสัมภาษณ์เลขที่ [ ] [ ]

วันที่บันทึกข้อมูล.....

ตอนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว

1. ลักษณะของครอบครัว (...) 1. ครอบครัวเดี่ยว (...) 2. ครอบครัวขยาย
2. จำนวนสมาชิกในครอบครัว .....คน.
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน .....
4. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....
5. หลักประกันสุขภาพ .....
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....
7. ศาสนา.....
8. อาชีพ.....
9. โรคประจำตัว.....
10. ระยะเวลาที่ครอบครัวดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน ..... ปี ..... เดือน

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดครอบครัวผู้ดูแล

คำชี้แจง

คำถามต่อไปนี้เป็นความรู้สึกที่ท่านอาจมีในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละท่านจะมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน ขอให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกที่เป็นอยู่ในขณะนี้ โดยกาเครื่องหมาย / ในช่องที่ต้องการ โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกน้อยครั้งมาก
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นบ่อย
เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นเป็นประจำ

ข้อ	ข้อความ	ความรู้สึก				
		ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือจากท่านมากกว่าความต้องการจริง					
2	ท่านรู้สึกว่าท่านใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจนทำให้ไม่มีเวลาส่วนตัว					
….	…….					
….	…….					
….	…….					
8	ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยพึ่งพาท่าน					
9	ท่านรู้สึกตึงเครียดเมื่อได้อยู่กับผู้ป่วย					
10	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านทรุดโทรมเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11	ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
….	…….					
….	…….					
….	…….					
….	…….					
19	ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20	ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น					
21	ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22	โดยภาพรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัว ขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อและให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ด้วยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องทางขวามือเพียงช่องเดียว

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
1	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากและฟันได้อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง				
….	…….				
….	……...				
….	…….				
18	ท่านดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม เช่น การจัดให้คบเพื่อน การจัดให้ร่วมกิจกรรมทางสังคม การเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น				
19	ท่านค้นหาและทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดถือ บูชาหรือเคารพนับถือได้				
20	ท่านจัดการให้ผู้ป่วยได้แสดงความเคารพ สักการบูชาในสิ่งหรือบุคคลที่ผู้ป่วยนับถือได้ตามที่ต้องการ				
….	…….				
….	…….				
….	…….				
25	ท่านพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ตามที่แพทย์นัดได้				
26	ท่านดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง				