

ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย
ต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล *

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

สมบัติ น้ำดอกไม้** พย.ม. Sombat Numdokmai, M.N.S

จินตนา วัชรสินธุ์*** Ph.D. Chintana Wacharasin, Ph.D

วรรณิ เตียววิศเรศ*** Ph.D. Wannee Deoisres, Ph.D

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย เลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยนี้แสดงว่าโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการลดความเครียดและเพิ่มสมรรถนะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความเชื่อความเจ็บป่วย ความเครียด การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวผู้ดูแล

Abstract

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 experimental ($n = 15$) and control 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 used 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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

those in the control group ($p < .05$). This finding indicates that NPIBM can be applied for stroke's family caregivers in order to decrease family caregivers' stress and increase competency of caring for stroke patients.

Key words: illness belief, stress, caring for stroke patients, family caregivers

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงและก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว ทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก จึงนับได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สถานการณ์ของประเทศไทย จากสถิติอัตราผู้ป่วยในย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2554-พ.ศ. 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, 2557)

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของคนไทย เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง คือ อาจมีการแตก ตีบ หรือตันของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบางส่วนตายไปและหยุดสั่งงาน จึงเกิดอาการอัมพาตของร่างกายในส่วนนั้น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) ส่งผลให้มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว (สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณ์ โหลสกุล, 2554) สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันใกล้ชิดกันในระหว่างสมาชิกครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยกับคนใดคน

หนึ่งจึงกระทบไปยังสมาชิกคนอื่นๆ รวมถึงระบบครอบครัวทั้งระบบ (Wright & Bell, 2009) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงมีผลกระทบกับครอบครัวอย่างมาก และส่งผลให้การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม, 2552; Hung et al., 2012)

จากบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่และใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน มีผลกระทบตามมาคือ ครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด เป็นความเครียดระดับสูง ร้อยละ 58.00 (อรุณี ชุนหบดี, ธิรัตน์ สุภานนท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย, 2556) เป็นความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่พิการได้ตามความคาดหวัง วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแลไม่พร้อม บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (จิตรา รัตนติลิก ณ ภูเก็ต, 2549; Riley, 2007) เนื่องจากครอบครัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.80 ใช้เวลาในการดูแลและอยู่กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวันละ 20-24 ชั่วโมง (ภรภัทร อิมโอรุ, 2550)

การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่อง ยาวนานเพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจธรรมชาติของความเจ็บป่วย และต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การดูแลแผล การทำแผลกดทับ การสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงจัดการกับภาวะวิกฤตและปัญหาต่าง ๆ ทำให้เหน็ดเหนื่อย ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม สุขภาพกายและสุขภาพจิตเสื่อมลง เกิดเป็นความเครียดตามมา (วาริ กังใจ, 2558) ส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรณลักษณ์ ป้องเจริญ, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วย มีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาตามความเชื่อที่มีอยู่ (Wright &

Leahey, 2013) ซึ่งความเชื่อความเจ็บป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการจัดการกับปัญหา ความยากลำบากที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแล มีผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในโรคหลอดเลือดสมอง (น้ำคั่ง พรหมเสน, 2551) และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านของครอบครัวผู้ดูแล และทำให้สุขภาพจิตของครอบครัวผู้ดูแลดีขึ้น (ภรภัทร อัมโธ, 2550; Mant, Carter, Wade, & Winner, 2000)

การศึกษาที่ผ่านมา มีหลายวิธีการที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การสอน ให้สุศึกษา ตอบปัญหาทางโทรศัพท์ กลุ่มสนับสนุนทางสังคม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มครอบครัวผู้ดูแล และบริการปรึกษา โดยที่บริการปรึกษาเป็นวิธีที่มีผลต่อการลดความเครียดและ เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (Heugten, Meily, Post, & Lindeman, 2006) และ Salter, Foley, and Teasell (2010) ได้ทบทวนงานวิจัย 10 เรื่อง พบว่ามี 7 เรื่อง เป็นการให้บริการที่บ้าน โดยการประสานงานกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการช่วยดูแลผู้ป่วย ส่วนอีก 3 เรื่อง เป็นการสนับสนุนทางสังคม การปรึกษาครอบครัว และบริการอาชีพ ซึ่งมีผลการวิจัยเพียงเรื่องเดียว คือการให้คำปรึกษาครอบครัว ที่รายงานว่าได้ผลดี ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นว่าการวิจัยที่ไม่ได้ผล อาจเนื่องจากการบำบัดทางการแพทย์ ที่ครอบครัวผู้ดูแลได้รับไม่สอดคล้องกับความเชื่อและการปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแล และอาจไม่พบการศึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัว และยังไม่มีพบการวิจัยที่นำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้ในการดูแลครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอ่างทอง ได้พบครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเครียด และมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย จึงสนใจศึกษา ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความเครียดและการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล โดยประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) ซึ่งมีเป้าหมายหลัก คือ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ เนื่องจากความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมานั้น เกิดจากความเชื่อที่บุคคลนั้นมีอยู่ และการดูแลสุขภาพก็เช่นเดียวกัน บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวอย่างไรขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ความเชื่อจึงมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความเครียด ความทุกข์ทรมาน การเผชิญปัญหา และการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้บอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้รับ ทำให้พยาบาลเข้าใจความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ดูแล และแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติช่วยเหลือครอบครัวผู้ดูแล ลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright and Bell (2009) มาเป็นกรอบในการวิจัย เป้าหมายหลักของรูปแบบนี้ คือ การปรับเปลี่ยนความเชื่อ เนื่องจากความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล เป็นความรู้สึกมั่นใจว่าสิ่งเหล่านั้นถูกต้องเป็นความจริง มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และเกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลรวมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีลักษณะเฉพาะและแตกต่าง การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมานั้นเกิดจากความเชื่อที่บุคคลนั้นมีอยู่ และการดูแลสุขภาพก็เช่น

เดียวกัน บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ความเชื่อจึงมีผลต่อสุขภาพ ความเจ็บป่วย ความเครียด การเผชิญปัญหา และการดูแลสุขภาพ

โรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบกับครอบครัวอย่างมาก ในการดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (ปราณี สุทธิสุนทร และคณะ, 2552) ครอบครัวผู้ดูแลต้องใช้เวลาและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่อง และยาวนานเพราะภารกิจในการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องทำด้วยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของความเจ็บป่วย รวมทั้งต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน เช่น การดูแลแผล การทำแผลที่เกิดจากการกดทับ การสื่อสารกับผู้ป่วย รวมถึงการจัดการกับภาวะวิกฤต ทำให้เหน็ดเหนื่อย กระทั่งร่างกาย จิตใจ และสังคม สุขภาพกายและสุขภาพจิตของครอบครัวผู้ดูแลเสื่อมลง เกิดเป็นความเครียดตามมา (วารี กังใจ, 2558) และส่งผลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การจะลดความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล และให้มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ

รูปแบบการพยาบาลตามความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นกิจกรรมการพยาบาล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนาบำบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบท ค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา ซึ่งเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เปิดเผยความกลัว ความโกรธ ความเสียใจ ความรู้สึกวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลได้รับ ทำให้พยาบาลเข้าใจความเจ็บป่วยของครอบครัวผู้ดูแลมากขึ้น การบอกเล่าจะทำให้เกิดการเปิดเผยความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและผลที่จะเกิดขึ้น ครอบครัวผู้ดูแลจะลดความเครียดและมีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ดีถ้ามีความเชื่อความเจ็บป่วยที่ส่งเสริมความสำเร็จ เพราะ

จะช่วยเพิ่มทางเลือกในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลให้ครอบครัวผู้ดูแลลดความเครียดและมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสม และตรงข้ามหากครอบครัวผู้ดูแลมีความเชื่อความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ ก็จะมีผลจำกัดทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย จึงเห็นได้ว่า ความเชื่อความเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล รวมถึงมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การบำบัดทางการพยาบาลจะได้ผลดีเมื่อมีวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวผู้ดูแล และพยาบาล (Wright & Bell, 2009)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอ่างทอง มีคุณสมบัติเป็นสมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่หลักในการดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อาศัยในบ้านเดียวกัน ดูแลผู้ป่วยที่ไม่เป็นลักษณะการจ้าง อายุ 20 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในฐานะ บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารได้ตามปกติ มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และดูแลผู้ป่วยมาแล้วมากกว่า 1 เดือน มีค่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับปานกลางลงมา คือระดับคะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549) และให้ความร่วมมือในการทำวิจัยโดยสมัครใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ซึ่งกำหนดจาก Polit and Hungler (1995) กำหนดว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ควรมีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 คน ขึ้นไปในแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยขอรายชื่อครอบครัวผู้ดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทะเบียนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีจำนวน 54 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจับฉลากรายชื่อครอบครัวผู้ดูแล รายที่ 1 เข้ากลุ่มทดลอง รายต่อไปเข้ากลุ่มควบคุม สลับกันไปจนครบกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย คือ กิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Wright & Bell, 2009) เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมการลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล มีกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนากับผู้ดูแล ได้แก่ การสร้างบริบท ค้นหา เป้าหมาย และแยกแยะความเชื่อ ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และสนับสนุนความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ 3) การสะท้อนคิดของครอบครัวผู้ดูแล และ 4) การสรุปผลการสนทนา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วปรับแก้ตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้ พบครอบครัวผู้ดูแลรายกลุ่มที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง และรายครอบครัวที่บ้าน 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียดของครอบครัวผู้ดูแล โดยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลของศรีรัตน์ คุ้มสิน (2546) ข้อคำถามมี 22 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดตอบโดยประเมินจากข้อความนั้นว่าตรงกับความรู้สึกของตนเองมากน้อยเพียงใด โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคย เกือบไม่เคย บางครั้ง ค่อนข้างบ่อย และเป็นประจำ แผลผลโดยผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่ามีความเครียดสูงกว่า นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง แล้วนำข้อมูลมาหาความ

เชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .87

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล ใช้แบบสอบถามวัดศักยภาพในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของน้ำค้าง พรหมเสน (2551) รวม 26 ข้อ คำถามเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติเลย แผลผลโดยผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า แสดงว่ามีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีกว่า นำไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 30 ราย ที่โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ นำข้อมูลมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์หรือความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บความลับของข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเข้าร่วมหรือการถอนตัวหรือการยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อน ครอบคลุมโดยไม่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาพยาบาล และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการเผยแพร่ผลงานแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้วิจัย ฝึกปฏิบัติจริงกรณีศึกษาที่ใช้การพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับครอบครัวผู้ป่วย 4 ครอบครัว 2 เดือน ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา และเข้ารับฟังการบรรยายเรื่อง การประยุกต์ใช้ความเชื่อความเจ็บป่วย (IBM) ณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา บรรยายโดย Prof. Dr. Lorraine M. Wright เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2556

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใน 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 เข้า 3 ราย และป่วย 2 ราย การดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้ดูแลไปพบที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย เริ่มด้วยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งให้ครอบครัวผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลความเครียด และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล แล้วผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจกับครอบครัวผู้ดูแล แสดงความยินดีที่ได้พบกัน อธิบายวัตถุประสงค์ ขอบเขตการสนทนา รวมทั้งบทบาทหน้าที่ของผู้วิจัย และครอบครัวผู้ดูแล 2) การสนทนากับครอบครัวผู้ดูแล ด้วยการสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแล ถามหนึ่งคำถาม ทำให้เกิดการสะท้อนคิด และสามารถแยกแยะปัญหาที่สำคัญที่เกิดจากความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล ประเมินบริบทครอบครัว โดยเขียนผังเครือญาติ ผังความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และผังความผูกพันในครอบครัว 3) การสะท้อนคิด เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 4) การสรุปผลการสนทนากับครอบครัวผู้ดูแล โดยการสรุปสาระที่ได้สนทนากันในวันนี้ นัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 สนทนารายครอบครัว ผู้วิจัยไปพบกับครอบครัวผู้ดูแลที่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ 2) การสนทนากับครอบครัวผู้ดูแล ด้วยการสร้างบริบทของครอบครัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เพิ่มเติมจากครั้งก่อน การ

ค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อ โดยกระตุ้นให้ครอบครัวผู้ดูแลเล่าเรื่องราวความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ผู้วิจัยนำเสนอกรณีตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน แล้วท้าทายให้ปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนให้เป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ เมื่อครอบครัวผู้ดูแลบอกเล่าความเชื่อทางบวก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม 3) การสะท้อนคิด เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแล ได้เล่าระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการสนทนา ครอบครัวผู้ดูแลได้เรียนรู้อะไรบ้าง 4) การสรุปผลการสนทนา สรุปเนื้อหาที่สนทนากันในวันนี้ ให้การบ้านคือ ให้ครอบครัวผู้ดูแลทบทวนความเชื่อที่ทำให้เกิดความเครียดและความเชื่อในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย แล้วเสนอแนะให้ครอบครัวผู้ดูแลทดลองปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และนัดหมายครั้งต่อไป ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 3 สนทนารายครอบครัว ผู้วิจัยไปพบกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับ สัปดาห์ที่ 2 คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี เน้นการสนทนาประเด็นให้ครอบครัวผู้ดูแลสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หากมีการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ผู้วิจัยจะชื่นชมจุดแข็ง และศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแลในการปรับเปลี่ยนความเชื่อได้อย่างเหมาะสม ให้ครอบครัวผู้ดูแล สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความเชื่อ สรุปเนื้อหาที่สนทนากันทั้งหมดที่ผ่านมา แล้วให้การบ้าน คือ ให้ครอบครัวผู้ดูแลสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ และมีผลต่อความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างไรทั้งผลดีผลเสีย

สัปดาห์ที่ 4 สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยไปพบครอบครัวผู้ดูแลที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ผู้วิจัยจะเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับ สัปดาห์ที่ 3 คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ผู้วิจัยกับครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลพูดคุยถึงความเชื่อความเจ็บป่วย โดยการใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ เช่น การถามคำถาม การเสนอเรื่องเล่าที่มีประโยชน์ ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ดูแล สรุปผลการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ มีผลกระทบอย่างไร กล่าวชื่นชมศักยภาพของครอบครัวผู้ดูแล สร้างความเชื่อมั่นต่อการ

เปลี่ยนแปลงความเชื่อ ให้มีความต่อเนื่อง ให้ครอบครัว ผู้ดูแลสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ผู้วิจัยสรุปผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และคงไว้ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัยที่ศาลาเนกประสงค์ในหมู่บ้าน โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างมาพบที่ศาลาเนกประสงค์ในหมู่บ้าน ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลา 60 นาที ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยด้วยแบบสัมภาษณ์ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแล สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ จากโรงพยาบาลอ่างทอง เยี่ยมผู้ป่วยตามนัด เดือนละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการวิจัย ด้วยการสัมภาษณ์ความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ ทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ kolmogorov-sminov test ได้ค่า $p > .05$ แต่มี 1 ตัวที่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น แก้ไขคือ ทำการทดสอบแบบ 2 ทาง (2 tailed) ทดสอบความแปรปรวน (homogeneity of variance) พบว่ามี 1 ตัวที่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น แก้ไขโดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลครอบครัวและครอบครัวผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test หรือ fisher's exact test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลพื้นฐานไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลครอบครัว

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว 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 นับถือศาสนาพุทธ อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนมากเป็นข้าราชการ บำนาญ กลุ่มควบคุมส่วนมากรับจ้างและค้าขาย ทั้ง 2 กลุ่มมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.87 ปี ($SD = 2.77$) กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.30 ปี ($SD = 3.25$)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความเครียดของครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

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 ($SD = 10.77$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด 33.73 ($SD = 16.44$) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.958$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของครอบครัวผู้ดูแลระหว่าง
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ
ความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการ
ดูแลสุขภาพผู้ป่วย 55.80 ($SD = 10.51$) กลุ่มควบคุมมีค่า
เฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 59.00 ($SD = 16.12$)
เมื่อทดสอบด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ค่า
เฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล
ไม่แตกต่างกัน ($t = .644, p = .263$) ซึ่งหมายถึงการดูแล

สุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแลก่อนการทดลองของกลุ่ม
ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลองกลุ่ม
ทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย 71.53
($SD = 6.04$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพ
ผู้ป่วย 59.86 ($SD = 15.87$) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ
independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
การดูแลสุขภาพผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.670, p < .05$) ดังแสดงใน
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของครอบครัวผู้ดูแล ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

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

การอภิปรายผล

1. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ
ความเจ็บป่วย มีความเครียดน้อยกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความ
เจ็บป่วย เป็นการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจระหว่าง
ครอบครัวผู้ดูแลและพยาบาล การสนทนาตามรูปแบบ
ความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการให้ความสำคัญกับ
ครอบครัวผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง การ
เชื่อเชิญให้ครอบครัวได้บอกเล่าเรื่องราวความเจ็บป่วย

และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อครอบครัว ซึ่งการเปิด
โอกาสให้ครอบครัวได้เล่าเรื่องราวนี้ นอกจากจะบอกเล่า
เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว
ยังเป็นการบอกเล่าถึงความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับ
ครอบครัวผู้ดูแลในขณะที่ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย และการ
ที่ผู้วิจัยรับฟังการบอกเล่าจากครอบครัวผู้ดูแลอย่างตั้งใจ
ช่วยให้ครอบครัวผู้ดูแลมีกำลังใจ มีความภาคภูมิใจ รู้สึกมี
คุณค่าในตนเองที่ได้ดูแลผู้ป่วย การสนทนาด้วยคำถาม
ปลายเปิดช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็น
อุปสรรคขัดขวางความสำเร็จที่จะเกิดขึ้น เช่น ในครอบครัว
ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยไม่ใช่ธุระของครอบครัว แต่เกิดจาก

การถูกลงโทษ เป็นเวรเป็นกรรมของผู้ป่วยที่ต้องชดใช้ จะทำให้ครอบครัว ไม่สนใจหาทางเยียวยารักษาการเจ็บป่วยนั้น ทำให้การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นก็ยังคงอยู่เช่นกัน การสนทนานี้จึงทำให้ความทุกข์ทรมานของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ลดลงได้ การให้ถามคำถามเดียวที่ครอบครัวต้องการคำตอบช่วยให้ผู้ป่วย ประเมินปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลที่สำคัญที่สุดได้ เป็นการมุ่งแก้ปัญหาอันจะนำมาซึ่งการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับครอบครัว (Heugten et al., 2006; Wright & Bell, 2009)

แต่การพยาบาลตามปกติเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดูแลให้อาหารทางสายยาง ดูแลสายสวนปัสสาวะ เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลได้ซักถามพูดคุยบ้าง เน้นที่ผู้ป่วย แต่ไม่เน้นที่ครอบครัวผู้ดูแล และไม่เน้นการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค จึงไม่ตอบสนองความเครียดของครอบครัวผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Wacharasin (2010) ที่ศึกษาในครอบครัวที่มีการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยนำการสนทนาบำบัดที่พัฒนามาจากการประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย และรูปแบบการดูแลครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า การนำรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยที่ใช้การสนทนาบำบัดมาปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เปลี่ยนเป็นความเชื่อที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในทางที่ดีขึ้น ความเครียดจึงลดลงซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จ และทำนองเดียวกับการศึกษาของ พัทธินันท์นา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ์ เดียววิศเรศ (2551) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีความทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เป็นการศึกษาที่สนับสนุนเรื่องการลดความเครียด

2. ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ

การพยาบาลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เน้นที่การเข้าใจบริบทของครอบครัว เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแล ผู้วิจัยไปเยี่ยมครอบครัวผู้ดูแลที่ศาลาอเนกประสงค์ในหมู่บ้าน 2 ครั้ง และที่บ้าน 2 ครั้ง ผู้วิจัยให้ครอบครัวผู้ดูแลถามหนึ่งคำถามที่ต้องการคำตอบ จึงทำให้มีการซักถามวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจรวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการถามหนึ่งคำถามเป็นวิธีการในการแยกแยะปัญหา การให้ถามคำถามเดียว เป็นการทำให้ครอบครัวผู้ดูแลสะท้อนคิดถึงปัญหาที่สำคัญที่สุดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้ผู้ป่วยทราบปัญหา ความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแล จึงเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหามาตรังตรงประเด็นมากขึ้น และเมื่อครอบครัวผู้ดูแลให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง ผู้วิจัยกล่าวชื่นชม ซึ่งการกล่าวชื่นชมเป็นการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีพลังที่จะดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ถูกต้องต่อไป เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Wright & Bell, 2009)

ยกตัวอย่างเช่นการสนทนากับครอบครัวนายแสง (นามสมมุติ) ภายหลังจากใช้คำถามเดียวที่ครอบครัวผู้ดูแลต้องการคำตอบ “ทำอย่างไร แม้ถึงจะมีกำลังใจมากกว่านี้ ทุกวันนี้แม่เหมือนอยู่ไปวันๆ เอาแต่นอน ให้ฝึกรอกกำลัง แขนขาก็ไม่ยอมทำ” คำถามนี้ ช่วยให้ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการที่สำคัญที่สุดของครอบครัวผู้ดูแลได้ การถามหนึ่งคำถามและการสนทนาได้ตอบเป็นคำถามปลายเปิด เป็นการเปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ดูแลมีทางเลือกมากขึ้นเกิดพลังใจ และพบวิธี การแก้ปัญหาด้วยตนเอง มีทางเลือกในการปฏิบัติที่เหมาะสม

ดังนั้นเมื่อครอบครัวผู้ดูแลปรับเปลี่ยนความเชื่อได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จึงส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น ทำให้ครอบครัวผู้ดูแลมีการพัฒนา และเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย แต่การพยาบาลตามปกติเป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลสุขภาพสายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง วัดความดันโลหิตตามสภาพปัญหาของแต่ครอบครัว และพูดคุยตอบข้อซักถาม แต่กลุ่มทดลองทำได้ตรงประเด็นมากกว่า จึงทำให้ครอบครัวผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีการดูแลสุขภาพผู้ป่วยดีกว่าครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tal-Hatu, Oyedunni, and Salim (2010) พบว่าความเชื่อของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความเชื่อด้านบวกส่งผลที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ทำนองเดียวกับ นิลุบล วินิจสาร, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ (2555) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และทำนองเดียวกับโล อารีรุ่งเรือง (2551) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริหาร ผู้บริหารควรนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยสนับสนุนให้พยาบาลได้นำโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลได้รับการดูแล เพื่อลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวผู้ดูแล
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรได้รับการฝึกปฏิบัติเพื่อนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ครอบครัวผู้ดูแลมีความไว้วางใจและเปิดเผยความเชื่อ และความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้ดูแลรวมทั้งบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สำหรับให้การพยาบาลเพื่อลดความเครียดและเพิ่มการดูแลสุขภาพผู้ป่วยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น โดยใช้เป็นโปรแกรมเสริมจากการพยาบาลตามปกติเฉพาะครอบครัวผู้ดูแลที่มีปัญหาเครียดและที่มีปัญหา

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

3. ด้านการศึกษาวิจัย นักวิจัยควรนำผลการวิจัยนี้ไปต่อยอดสำหรับวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วยโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและครอบครัวผู้ดูแล ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อการลดความเครียดและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี จากความกรุณาของคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในครั้งนี้อย่างผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณทุกท่าน ไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- เครือวัลย์ เปี่ยมบริบูรณ์ และจรรยาฤกษ์ บ้องเจริญ. (2554). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 21(1), 4-21.
- จิตรา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. (2549). *การศึกษาความเครียดในการเผชิญความเครียดของญาติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพ*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- น้ำค้าง พรหมเสน. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิลุบล วินิจสาร, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ. (2555). ผลของโปรแกรมการปรึกษาเชิงพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และครอบครัว. *วารสารคณะ*

- พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 20(3), 47-60.
- ปราณี สุทธิสุขคนธ์, จิราพร ชมพิกุล และเกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม. (2552). บทบาทและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 7(3), 60-74.
- พัชริน แนนหนา, จินตนา วัชรสินธุ์ และวรรณิ เตียววิศเรศ. (2551). ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและครอบครัว. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 24-38.
- ภรภัทร อิมโธฐ. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วารี กังใจ. (2558). *ความเครียดในผู้ดูแล*. เข้าถึงได้จาก <http://www.eldercarethailand.com/content/view/159/27/>
- วิไล อารีรุ่งเรือง. (2551). ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรียรัตน์ คุ่มสิน. (2546). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมนึก สกฤตหงส์โสภณ, สิริวรรณ อนันตโชค และกฤษณี โหลสกุล. (2554). ปัจจัยบางประการ ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 37-52.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. (2557). *สรุปรายงานการป่วย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2549). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: โรคภัยการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- อรุณี ชุนหบดี, ธีรรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 24, (1), 1-9.
- 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.
- 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.
- Mant, J., Carter, J., Wade, D. T., & Winner S. (2000). Family support for stroke: A randomised controlled trial. *THE LANCET*, 356, 808-813.
- Polit, D. F., & Hungler B. P. (1995). *Nursing research principles and methods* (5th 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.
- 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.
- 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, C. (2010). HIV/AIDS: What family nursing interventions are useful to promote healing? *Journal of Family Nursing*, 16(3), 302-321.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness a model for healing*. Calgary, Alberta: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia, PA: F.A. Davis.