

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา กับผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเลย จำนวน 65 ครอบครัว นำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายได้ตามลำดับดังนี้

1. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการศึกษา 65 ราย จำแนกเป็นข้อมูลทั่วไปได้ดังนี้ คือ ผู้ป่วยจำนวน 65 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.0 ผู้ป่วยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.5 และเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 67.7 รองลงมาเป็นสถานภาพหย่าร้าง/หม้ายคิดเป็นร้อยละ 29.2 ระดับการศึกษาของผู้ป่วยส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 63.0 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. คิดเป็นร้อยละ 10.8 อาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 30.8 รองลงมามีอาชีพเป็นพ่อบ้าน / แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 1 ปีขึ้นไปถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 36.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
อายุของผู้ป่วย		
ต่ำกว่า 40 ปี	1	1.5
41 ปี -50 ปี	10	15.4
51 ปี - 60 ปี	6	9.3
61 ปี -70 ปี	24	36.9
71 ปี -80 ปี	13	20.0
81 ปี -90 ปี	11	16.9
รวม	65	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย		
เพศชาย	38	58.5
เพศหญิง	27	41.5
รวม	65	100.0
สถานภาพของผู้ป่วย		
โสด	2	3.1
คู่	44	67.7
หย่าร้าง / หม้าย	19	29.2
รวม	65	100.0
ระดับการศึกษาของผู้ป่วย		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	6.2
ประถมศึกษา	41	63.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	9.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	7	10.8
อนุปริญญา / ปวส.	2	3.1
ปริญญาตรี	5	7.7
รวม	65	100.0
อาชีพของผู้ป่วย		
แม่บ้าน	17	26.1
เกษตรกร	20	30.8
รับราชการ	11	16.9
ค้าขาย	13	20.0
รับจ้าง	4	6.2
รวม	65	100.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
1 เดือน – 6 เดือน	7	10.8
6 เดือนขึ้นไป – 1 ปี	8	12.3
1 ปีขึ้นไป – 3 ปี	26	40.0
มากกว่า 3 ปี	24	36.9
รวม	65	100.0

1.2 ข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อายุของสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.2 และเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 13.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมาเป็นสถานภาพสมรสหย่าร้าง/หม้ายคิดเป็นร้อยละ 15.4 ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตรชาย/บุตรสาว และเป็นสามี / ภรรยา เท่ากันคือ ร้อยละ 44.6 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยต่อวันส่วนใหญ่จะอยู่ด้วยกับผู้ป่วย 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองมาอยู่ดูแลผู้ป่วย 12 ชั่วโมง/วันคิดเป็นร้อยละ 30.8 สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 57.0 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและจบปริญญาตรีเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 12.3 อาชีพของสมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้านคิดเป็นร้อยละ 32.4 รองลงมาเท่ากันคือเป็นอาชีพเกษตรกร และรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 24.6 ครอบครัวผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยายคิดเป็นร้อยละ 80.0 และเป็นครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 20.0 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ 10,000 - 14,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.9 รองลงมามีรายได้ 5,001 - 9,999 บาท/เดือน และมีรายได้ 15,000 - 19,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 21.5 ความเพียงพอของรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ เพียงพอเหลือเก็บบ้างเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 32.3 รองลงมารายได้เพียงพอ ไม่มีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 30.8 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ส่วนใหญ่จำนวน 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาจำนวนสมาชิกครอบครัว 1-3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 95.4 และนับถือศาสนาคริสต์ คิดเป็นร้อยละ 4.6 การนำผู้ป่วยไปรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย ส่วนใหญ่เคยคิดเป็นร้อยละ 61.5 และไม่เคยนำผู้ป่วยไปรักษาอย่างอื่นคิดเป็นร้อยละ 38.5 สถานที่ที่สมาชิกครอบครัวพาผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 95.4 การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าส่วนใหญ่รู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 58.5 รองลงมาคิดว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดตลอดเวลา คิดเป็นร้อยละ 29.2 สมาชิกครอบครัวรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.9 รองลงมา รู้สึกเครียดเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่ครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัวพบว่า มีแหล่งช่วยเหลือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 89.2 และมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 10.8 ส่วนใหญ่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนคิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมามีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 33.8 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
< 20 ปี	-	-
21 ถึง 40 ปี	13	20.0
41 - 50 ปี	22	33.8
51 - 60 ปี	18	27.7
61 - 70 ปี	7	10.8
70 ปีขึ้นไป	5	7.7
รวม	65	100.0
เพศของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
เพศชาย	9	13.8
เพศหญิง	56	86.2
รวม	65	100.0
สถานภาพสมรสของผู้ดูแลผู้ป่วย		
โสด	8	12.3
คู่	47	72.3
หย่าร้าง/หม้าย	10	15.4
รวม	65	100.0
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตรสาว / บุตรชาย	29	44.6
สามี / ภรรยา	29	44.6
หลาน	3	4.6
พี่ / น้อง	3	4.6
อื่นๆเช่น บิดา มารดา	1	1.6
รวม	65	100.0
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย		
12 ชั่วโมง / วัน	20	20
24 ชั่วโมง / วัน	45	45
รวม	65	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.5
ประถมศึกษา	37	57.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	12.3
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	5	7.7
อนุปริญญา / ปวส.	5	7.7
ปริญญาตรี	8	12.3
ปริญญาโท	1	1.5
รวม	65	100.0
อาชีพของผู้ดูแลผู้ป่วย		
แม่บ้าน / พ่อบ้าน	21	32.4
เกษตรกร	16	24.6
รับราชการ	16	24.6
ค้าขาย	6	9.2
รับจ้าง	6	9.2
รวม	65	100.0
ลักษณะครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ครอบครัวเดี่ยว	13	20.0
ครอบครัวขยาย	52	80.0
รวม	65	100.0
รายได้ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ต่ำกว่า 5,000 บาท / เดือน	10	15.4
5,001- 9,999 บาท / เดือน	14	21.5
10,000 – 14,999 บาท / เดือน	22	33.9
15,000 – 19,999 บาท / เดือน	14	21.5
20,000 – 24,999 บาท / เดือน	2	3.1
25,000 บาท / เดือน ขึ้นไป	3	4.6
รวม	65	100.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
ความเพียงพอต่อรายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ แต่มีหนี้สิน	17	26.1
เพียงพอ ไม่มีหนี้สิน	20	30.8
เพียงพอ เหลือเก็บบ้างเล็กน้อย	21	32.3
ไม่เพียงพอ	7	10.8
รวม	65	100.0
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน		
1-3 คน	7	10.8
4-6 คน	55	84.6
มากกว่า 7 คน	3	4.6
รวม	65	100.0
สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่นับถือศาสนา		
พุทธ	62	95.4
คริสต์	3	4.6
รวม	65	100.0
การนำผู้ป่วยไปรักษาอย่างอื่นร่วมด้วย		
ไม่เคย	25	38.5
เคย	40	61.5
รวม	65	100.0
สถานที่ที่นำผู้ป่วยไปรับการรักษาเป็นส่วนใหญ่		
โรงพยาบาลรัฐบาล	62	95.4
โรงพยาบาลเอกชน	1	1.5
คลินิกแพทย์	2	3.1
รวม	65	100.0
การรับรู้ของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
รู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแล	7	10.8
รู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องดูแลตลอดเวลา	38	58.5
รู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดตลอดเวลา	19	29.2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว	จำนวน (คน) N = 65	ร้อยละ
ไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย	1	1.5
รวม	65	100.0
ระดับความเครียดของครอบครัวต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย		
ไม่รู้สึกเครียด	3	4.6
เครียดเล็กน้อย	19	29.2
เครียดปานกลาง	35	53.9
เครียดมากที่สุด	8	12.3
รวม	65	100.0
แหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือของครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง		
ไม่มี	7	10.8
มี	58	89.2
รวม	65	100.0
ระยะเวลาที่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล		
1 สัปดาห์	22	33.8
1 เดือน	42	64.7
3 เดือน	-	-
6 เดือน	1	1.5
รวม	65	100.0

1.3 วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสมาชิกครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน การเผชิญปัญหาของครอบครัวแบ่งเป็น 4 ด้าน จากการศึกษาวิจัยพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี, ด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด และด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวพบระดับมาก ($\bar{x} = 3.39$, S.D.=0.62, $\bar{x} = 3.27$, S.D.=0.37 และ $\bar{x} = 3.24$, S.D.=0.72 ตามลำดับ) และด้านการแก้ไขปัญหาพบระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.96$, S.D.=0.60) ส่วนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวพบระดับมาก ($\bar{x} = 3.26$, S.D.=0.53) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. ด้านการแก้ไขปัญหา	2.96	0.60	ปานกลาง
2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด	3.27	0.37	มาก
3. ด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว	3.24	0.72	มาก
4. ด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี	3.39	0.62	มาก
รวม	3.26	0.53	มาก

1.4 ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าด้านภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี (\bar{x} =29.76, S.D.=2.46, \bar{x} =104.86, S.D.=12.18 และ \bar{x} =25.72, S.D.=3.03 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน

ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	\bar{x}	S.D.	เกณฑ์การแปลผล	การแปลผล
1. ภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว	29.76	2.46	26-40	ดี
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	104.86	12.18	91-144	ดี
3. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว	25.72	3.03	19-28	ดี

1.5 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับผลการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวด้านการแก้ไขปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627$, $p < 0.01$ และ $r = 0.538$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

วิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์ตึงเครียดของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.498$, $p < 0.01$ และ $r = 0.649$, $p < 0.01$ ตามลำดับ)

วิธีการเผชิญปัญหาด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.686, p < 0.01$ และ $r = 0.705, p < 0.01$ ตามลำดับ)

วิธีการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.668, P < 0.01$ และ $r = 0.626, p < 0.01$ ตามลำดับ)

วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.729, p < 0.01$ และ $r = 0.726, p < 0.01$ ตามลำดับ) ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวรายด้านและโดยรวมกับ ผลการปรับตัวด้านต่างๆของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัว	ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง		
	ภาวะสุขภาพกายและใจ	การทำหน้าที่ของครอบครัว	ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในครอบครัว
1.ด้านการแก้ไขปัญหาของครอบครัว	0.052	0.627**	0.538**
2.ด้านการจัดการกับอาการตึงเครียดของครอบครัว	0.063	0.498**	0.649**
3.ด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว	0.056	0.686**	0.705**
4.ด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น	0.243	0.668**	0.626**
โดยรวม	0.102	0.729**	0.726**

** $p < 0.01$

2. การอภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา กับผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา กับผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการที่แตกต่างกันไป บางรายต้องมีผู้ดูแลตลอดเวลา และบางรายก็ไม่จำเป็นต้องดูแลตลอดเวลา แต่ละครอบครัวมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการแก้ไขปัญหาของครอบครัว การจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด การแสวงหาแหล่งประโยชน์ของครอบครัวและการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการปรับตัวในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น จากทฤษฎี The Resiliency model of family stress, adjustment and adaptation ของ McCubbin & McCubbin (1994) พบว่าการปรับตัวของครอบครัวมีระยะการปรับตัวก่อนภาวะวิกฤตและการปรับตัวหลังภาวะวิกฤติ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง สมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลสู่บ้าน แต่ละครอบครัวมีการสะสมปัญหา ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง หรือปัญหาต่างๆของครอบครัวล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาที่บั่นทอนของครอบครัวเองซึ่งเป็นการปรับตัวระยะหลังภาวะวิกฤติของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งเหล่านี้ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องหาวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตต่อไป เพื่อให้เกิดความผาสุกในครอบครัวเอง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 ซึ่งเป็นวัยชราสอดคล้องกับการศึกษาของ นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2544) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่อยู่ในวัยชรา สมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.8 สมาชิกที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจะพบน้อยมาก ส่วนใหญ่มักจะเป็นคู่ชีวิต หรือ บุตรสาวและมีความสัมพันธ์เป็นคู่ชีวิตและเป็นบุตรสาว หรือบุตรชายคิดเป็นร้อยละ 44.6 กลุ่มที่เป็นคู่ชีวิตส่วนมากจะดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความผูกพันเนื่องจากได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ส่วนสมาชิกครอบครัวที่ดูแลเป็นบุตรของผู้ป่วยจะดูแลผู้ป่วยในลักษณะของการตอบแทนบุญคุณด้วยความรัก สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นสโตรคในโรงพยาบาล พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีลักษณะสัมพันธ์สภาพที่ผูกพันและใกล้ชิดกันของสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาและเป็นบุตรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งภรรยาและบุตรเป็นสัมพันธ์สภาพที่เกิดจากความรัก ความสนิทสนม มีความผูกพันของสมาชิกทางสายเลือดหรือจากการอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน ไม่ทอดทิ้งกัน เป็นความสัมพันธ์ของบทบาทสมาชิกครอบครัว “เป็นลูกก็ต้องดูแลแม่เมื่อเจ็บป่วย” “เราเป็นเมีย ก็ต้องดูแล” ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2539) ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแลที่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแสดงว่าบทบาทการดูแลผู้ป่วยในประเทศไทยส่วน

ใหญ่ยังคงเป็นหญิง อาจเกิดจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือกันมานานว่าเพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้านและการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ส่วนเพศชายเป็นผู้ทำงานหารายได้

นอกจากนั้นถึงแม้ว่าครอบครัวจะมีสมาชิกภายในครอบครัวหลายคนก็ตามแต่โดยมากแล้วสมาชิกที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลมักจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวตลอดเวลา 24 ชั่วโมงในแต่ละวันและมักเป็นผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพอื่นใดนอกบ้านขณะที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Ellis & Nowlis, 1994 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541) จากผลการวิจัยพบว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน สามารถเผชิญปัญหาและทำหน้าที่ครอบครัวได้ดีกว่าผู้ดูแล 12 ชั่วโมงต่อวัน อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและใจอยู่ในระดับดี และสามารถทำหน้าที่ครอบครัวได้ในระดับดี ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเพียงแค่วัน 12 ชั่วโมงต่อวันเป็นผู้ที่ต้องทำงานอย่างอื่นร่วมด้วย ทำให้เกิดการเผชิญปัญหาในระดับมาก เนื่องมาจากต้องทำหน้าที่หลายๆ อย่างในคราวเดียวกัน

รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่พบว่ามีรายได้ 10,000-14,999 บาท / เดือนเพียงพอเหลือเก็บบ้างเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 32.3 จากผลการวิจัยจึงพบว่าการที่ครอบครัวมีเงินพอใช้และเหลือเก็บบ้างนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ นงลักษณ์ พันชมพู่ (2540) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลรักษา โดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่พบว่าในครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ดูแลมักเป็นบุคคลที่ทำงานอยู่กับบ้านมากกว่าผู้ที่ทำงานประจำนอกบ้านจึงไม่มีผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวหรือรายได้ลดลงเล็กน้อยแต่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย เพราะรายได้ส่วนใหญ่มาจากสมาชิกคนอื่นๆ ของครอบครัวจึงทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยเมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จะมีสิทธิบัตร เช่น บัตรทอง เบิกได้ และอื่นๆ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาล ทำให้ไม่ต้องชำระค่าใช้จ่ายใดๆ ทำให้ครอบครัวมีเงินเหลือเก็บบ้างเล็กน้อยเพื่อนำไปใช้จ่ายด้านอื่นๆ เมื่อยามจำเป็น

การรับรู้ของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ไม่จำเป็นต้องดูแลตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 58.5 ส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.9 ดังการศึกษาของ สุริสา เต็มทับ, สุดศิริ หิรัญชอุณหะและอังศุมา อภิชาติ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแล สุขภาพกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาพบว่าการที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวสูง ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีการรับรู้ความเข้มแข็งในครอบครัวสูงมีแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลสามารถปรับตัวในบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสมนอกจากนี้การรับรู้ความเข้มแข็งของครอบครัวยังช่วยให้ผู้ดูแลมองการดูแลผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และทำทายนมากกว่ารู้สึกเป็นความเครียด การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำทายนและเป็น โอกาสดีที่ผู้ดูแลได้ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลง ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเผชิญปัญหาด้านต่างๆ และปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2.2 วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญปัญหาของแต่ละครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันไป พบว่าวิธีการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ตีพบมากที่สุด ($\bar{x} = 3.39$,

S.D.=0.62) การให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นการปลง /การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นคิดในทางที่ดีเพื่อให้เกิดความสบายใจ สืบเนื่องมาจากผลการวิจัยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยลักษณะความเชื่อของชาวพุทธนั้นอิงหลักความเป็นปัจเจกแห่งเหตุ โดยเชื่อว่าการทำกรรมดีในปัจจุบันจะส่งผลดีในอนาคตข้างหน้าเพราะชีวิตยังคงดำเนินต่อไปตามผลของแต่ละบุคคลจนกว่าจะบรรลุจุดมุ่งหมายของชีวิต (พระธรรมปิฎก, 2537) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีน้อม (2545) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นการชดใช้กรรม การใช้กรรมเป็นจุดเริ่มต้นจากความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมและบาปบุญใครทำกรรมก็ได้รับผลกรรมนั้น การที่ต้องตกอยู่ในสภาพของผู้ที่ต้องคอยให้การดูแลเป็นผลของกรรมที่ต้องชดใช้ มีอาจหลีกเลี่ยงได้ทำให้สมาชิกครอบครัวพยายามทำความเข้าใจด้วยวิธีต่างๆ สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่คิดว่าสามารถรับได้ถ้าต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่จะเกิดกับครอบครัวตนเอง และการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัวถือเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2544) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อธิษฐาน ชินสุวรรณ (2549) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรกที่บ้าน พบว่า การที่สามีดูแลภรรยา หรือภรรยาดูแลสามีนั้น ผู้ที่เป็นผู้ดูแลนั้นคิดว่าเป็นเรื่องของกฎแห่งกรรม เป็นผลจากการกระทำของตนเองแต่อดีตชาติก่อน ชาตินี้จึงต้องมาใช้กรรมต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคือครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกฎแห่งกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว และสมาชิกครอบครัวจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ ต้องดูแลผู้ป่วยให้ถึงที่สุดเพื่อเป็นการตอบแทนบุญคุณ และเชื่อว่าการทำกรรมดีจะส่งผลต่ออนาคตที่ดีต่อไป

สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียด โดยจากผลการวิจัยพบสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยใช้พฤติกรรมนี้ในการเผชิญปัญหามาก (\bar{x} =3.27, S.D.=0.37) ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาร์สและ โฟล์คแมน (1988 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2544) ที่กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายในและภายนอกบุคคล เช่น บางครอบครัวก็กล่าวโทษผู้ป่วย บางครอบครัวอาจมีการปลอบใจกันและกัน ในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดจากปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและกิจวัตรประจำวันของครอบครัว การขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ผู้ดูแลต้องใช้พลังและทุ่มเทเวลาให้อย่างต่อเนื่องและยาวนานทำให้ครอบครัวต้องเผชิญปัญหาและจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีน้อม (2545) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลพบว่า การพยายามลดความเครียดของผู้ดูแลมี 2 กลวิธี คือ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การออกกำลังกาย การดูโทรทัศน์ การอยู่เงียบๆ คนเดียว และ 2) การปลดปล่อยอารมณ์ เช่น การพูดระบายความรู้สึก การร้องไห้ วิธีการเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียดได้ทั้งสิ้น จากการศึกษาของ ปิยรัตน์ ดวงสิน (2545) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้และการสนับสนุนจากพยาบาล กับภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง พบว่าควรมีการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วยและจากผลการวิจัยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 ปีขึ้นไป - 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ทำให้ผู้ดูแลมีระดับความเครียดที่ไม่มากนักและสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทั้งภายใน ไม่ว่าจะเป็นญาติ พี่น้อง และภายนอกครอบครัวเช่น มีแพทย์ พยาบาลคอยดูแลเมื่อต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการเผชิญปัญหาด้านการใช้แหล่งประ โยชน์ของครอบครัวจากผลการศึกษาพบว่าสมาชิกครอบครัวใช้พฤติกรรมนี้ในการเผชิญปัญหา ($\bar{x} = 3.24$, S.D.=0.72) สอดคล้องกับการศึกษาถึงแหล่งประ โยชน์ของครอบครัวไทย พบว่า แหล่งประ โยชน์แรกของครอบครัวจะมาจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนเครือญาติมักจะเป็นแหล่งประ โยชน์ต่อไป แหล่งประ โยชน์สุดท้ายมักจะเป็นเพื่อนบ้าน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2543) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภายหลังจากที่ครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติครอบครัวมักแสวงหาแหล่งประ โยชน์ของครอบครัว จากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประคัมมุข (2542) ศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า แหล่งประ โยชน์ของครอบครัวจะมาจาก 3 แหล่ง คือ จากสมาชิกในครอบครัว จากญาติพี่น้องและจากเพื่อนบ้านหรือสังคมที่อาศัยอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการแก้ไขปัญหากการให้คำแนะนำ ซึ่งแหล่งประ โยชน์ดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่ามีแหล่งยึดเหนี่ยวในการเผชิญปัญหาและสามารถลดความรุนแรงของปัญหาที่กำลังเผชิญส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีได้ และแหล่งประ โยชน์ของครอบครัวจะได้มาจากทั้งใน เช่น สมาชิกครอบครัวมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเอง และแหล่งประ โยชน์นอกรครอบครัว เช่น การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน หรือหน่วยงานต่างๆ จากผลการวิจัยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแหล่งประ โยชน์ ผู้ป่วยและครอบครัวมีหลักประกันสุขภาพและรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว

และวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการแก้ไขปัญหาคือ ($\bar{x} = 2.96$, S.D.=0.60) ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้พฤติกรรมนี้ปานกลาง จากผลการศึกษาพบว่าในบางครอบครัวผู้ดูแลจะต้องลาออกจากงานเพื่อที่มากดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษาของรติอร พรภุณา (2546) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน : กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดการขาดงาน การหยุดงานชั่วคราว หรือการลาออกจากงาน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนัม (2545) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลมีความเกรงใจ แพทย์ พยาบาล เป็นอย่างมาก ไม่กล้าซักถามเมื่อไม่เข้าใจ รวมทั้งการที่แพทย์และพยาบาลมีผู้ป่วยในความรับผิดชอบหลายคน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเกรงใจผู้ป่วยรายอื่นที่รออยู่ หรือถ้าถามมากก็กลัวจะโดนว่า จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่กระจำงในเรื่องที่สงสัย ทำให้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ดูแลไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรวิทย์พิชญ์ โศทรประทุม (2547) ศึกษาเกี่ยวกับ การปรับตัวของครอบครัว เมื่อสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ตามทฤษฎีภาวะวิกฤติครอบครัวของฮิลล์พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่เผชิญปัญหา โดยการรักษาไว้ซึ่งแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา

ที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเกิดขึ้นกะทันหัน ครอบครัวยังไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงต้องใช้วิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันของสมาชิกครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ จากที่กล่าวมาแล้วนี้พยาบาลที่ให้การดูแลครอบครัวควรเคารพและยอมรับการกระทำของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ตลอดจนเป็นตัวแทนในการประสานงานกับแพทย์และทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สำหรับวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมพบระดับมาก ($\bar{x} = 3.26, S.D. = 0.53$) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้เกิดความเครียดแต่ละครอบครัวจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านใดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เผชิญและบริบทของแต่ละบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน พรชัย จุลเมตต์, 2544) จากการวิจัยพบว่าการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในทางที่ดี การจัดการอารมณ์ที่ดึงเครียด และการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัว พบว่าใช้การเผชิญปัญหาในระดับมาก ส่วนด้านการแก้ไขปัญหของครอบครัว พบว่าใช้วิธีการนี้ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาของนันพร ศรีนัม (2545) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ดูแลใช้มี 4 วิธี คือ 1) การทำใจ 2) การผสมผสานการรักษา 3) การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลให้แข็งแรง และ 4) ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตและสอดคล้องกับการศึกษาของ ภิรมย์พิชญ์ โศทรประทุม (2547) พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีกลวิธีในการเผชิญปัญหาโดยการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเผชิญปัญหาโดยการพยายามที่จะลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับปัญหามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ช่างสุวรรณ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จะเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ดูแล และการจัดการในฐานะผู้ดูแล สามารถสรุปข้อค้นพบได้เป็น 3 ประเด็น คือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต 2) การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสังคม และ 3) การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านกิจวัตรประจำวัน และที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ดูแลมีเหตุผลของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลผู้ป่วยสืบเนื่องจากความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ ซึ่งเป็นค่านิยมบรรทัดฐานของสังคมไทย ส่วนการจัดการในฐานะผู้ดูแลเกิดขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลเข้าใจในธรรมชาติของโรคหลอดเลือดสมองว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือ ร่วมกับการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย

2.3 ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการศึกษาพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณต่อผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดปัญหาที่ตามมาภาวะวิกฤติของครอบครัวตามมา จากผลการศึกษาพบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครอบครัวขยาย สมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นคู่ชีวิตและหรือบุตรของผู้ป่วยเองเป็นสังคมชาวพุทธซึ่งบุตรจะมีหน้าที่ในการดูแลและตอบแทนบุญคุณบิดามารดา สมาชิกครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่กันในการดูแลผู้ป่วย สามารถอยู่ดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อเกิดปัญหาภายในครอบครัวจะมีแหล่งสนับสนุนของครอบครัวไม่ว่าจากภายในและภายนอกครอบครัว เกิดความเครียดในระดับปานกลาง เพราะครอบครัวรับรู้ผู้ป่วยเจ็บป่วย ไม่จำเป็นต้องดูแลตลอดเวลาคิดเป็นร้อยละ 58.5 สมาชิกครอบครัวเผชิญปัญหาด้านต่างๆ 4 ด้าน

คือการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัว การจัดการกับอาการดิ่งเครียด การใช้แหล่งประโยชน์ พบว่าสมาชิกครอบครัวใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 3 ด้าน ในระดับมาก ส่วนการแก้ไขปัญหของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จากที่กล่าวมาทำให้สมาชิกครอบครัวเกิดการปรับตัวหลังภาวะวิกฤติ ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องมาจากภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว

สำหรับผลการวิจัยภาวะสุขภาพกายและใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 29.76$, S.D.= 2.46) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางคนช่วยเหลือตนเองได้ บางคนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สมาชิกครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและตลอดเวลาดังกล่าว แต่เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นครอบครัวชาย มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการเผชิญปัญหาด้านต่างๆ มีการปรึกษาปัญหาต่างๆ ร่วมกันทำให้ภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิษฐ์ ชื่นกุล (2542) ศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าเมื่อครอบครัวต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพกายและใจของญาติที่ป่วยด้วย เช่น การทำให้ครอบครัวรู้สึกดี การดูแลเอาใจใส่ ในเรื่องต่างๆ เช่นเดียวกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่มีการประเมินตนเองว่า ตนเองมีภาวะสุขภาพ แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วยระหว่างการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ โดยไม่รู้สึกรีบหรือเหนื่อยล้ามากนัก จากผลการศึกษาของอิฐฐาน ชินสุวรรณ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่ที่บ้านพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสตรีที่ที่บ้านให้ความหมายชีวิตการเป็นผู้ดูแลทั้งเชิงลบและเชิงบวก ความหมายเชิงลบคือชีวิตที่อึดอัด อดทน อับอาย ประเด็นย่อยคือ ชีวิตมีแต่ความลำบาก ฟูโสมเฝ้าไข้ น้อยใจ ชีวิตไม่เต็มร้อย ผลกระทบถึงสุขภาพ ความหมายเชิงบวก คือ ชีวิตที่อิสระและมีอำนาจ โดยมีประเด็นย่อยคือ ชีวิตดีขึ้น ภาคภูมิใจ มีอำนาจ รู้สึกผูกพันและสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนัม (2545) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าการที่ผู้ดูแลพยายามดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเพื่อมิให้เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย กว่าจะไม่มีใครดูแล หรือเพื่อให้ตนมีสุขภาพแข็งแรงมีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยและให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดี และแตกต่างจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมองและไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกายและใจของสมาชิกครอบครัวคนอื่น ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าจะถูกแยกออกจากสังคม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พึงพอใจ ขุ่นเคือง บางรายรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อย สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกไว้กับผู้ป่วย ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลืออย่างถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แตกต่างกับการศึกษาของ Yeung, S., Lui, M.H., Ross, F., & Murrella, T. (2007) ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีความสัมพันธ์

ระหว่าง การเผชิญปัญหา ภาวะด้านจิตใจและภาวะด้านสุขภาพพบว่าสมาชิกครอบครัวชาวฮ่องกงที่ดูแลผู้ป่วย จะประสบกับภาวะด้านจิตใจสูง และภาวะสุขภาพกายที่ไม่ดี อธิบายได้ว่าชาวฮ่องกงส่วนใหญ่มักจะเป็น ครอบครัวเดี่ยวผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะเป็นคู่ชีวิตเมื่อต้องดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจผู้ดูแล ผู้ป่วย และแตกต่างจากการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาเกี่ยวกับแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล พบว่า ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบดูแลสามีที่เจ็บป่วย เรื้อรังที่บ้านด้วยความเอาใจใส่และใกล้ชิดมีส่วนให้ภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลและเลขการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ดูแลที่ ประสบปัญหาสุขภาพแต่ไม่สนใจที่จะไปรักษา โดยให้เหตุผลว่าไม่อยากละทิ้งสามีไปและประเมินตนเองแล้วว่า พกทนได้

การทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{x}=104.86$, S.D.=12.18) พบว่าอยู่ในระดับดี โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องมีสมาชิกครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็น ภารกิจที่ยาวนาน การให้การดูแลที่บ้านเป็นงานหนักและซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่ ที่ต้องการความรับผิดชอบสูงจากครอบครัวในฐานะผู้ดูแลและจากผู้ป่วยเรื้อรัง สมาชิกครอบครัวที่ต้องรับ บทบาทผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบโดยตรง บางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่กันภายในครอบครัว ภรรยาอาจ ต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีภาระพิเศษเพิ่มขึ้น ในหลายด้าน โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาล รวมทั้งความเหน็ดเหนื่อย และเวลาที่เสียไปกับการเดินทาง ไปมาระหว่างบ้านและโรงพยาบาล (อุมาพร ครังคสมบัติ, 2544) จากผลการวิจัย พบว่าเป็นสังคมอีสานและเป็นครอบครัวชาย มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่กันในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวมี การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน ครอบครัวถือว่าการดูแลผู้ป่วยถือว่าเป็นหน้าที่และครอบครัวต้องปฏิบัติหน้าที่ให้ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ อรศิลป์ ชื่นกุล (2542) พบว่าเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเหมือนเดิมและ ครอบครัวถือว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของครอบครัวแตกต่างกับการศึกษาของ กฤษณา ศัชรินทร์ (2549) ศึกษา เกี่ยวกับการจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคสโตรค: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผลกระทบของครอบครัว เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ เป็นการเพิ่มความรับผิดชอบปรับบทบาทใน การดูแลสุขภาพพิทักษ์ส่วนบุคคลและการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไป จาก ผลการวิจัยอธิบายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 ปีขึ้นไป - 3 ปีขึ้นไป ลักษณะครอบครัวเป็น ครอบครัวชาย และสมาชิกในครอบครัวมี 4-6 คน ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ได้มากขึ้นก็เป็นที่ ได้ และแตกต่างจากการศึกษาของ สุคติวิ ธีรณัฐมณะ (2541) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ บ้านเพราะต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลต้องใช้เวลากับภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลและเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็น อย่างมาก บางครั้งผู้ป่วยเรียกร้องตลอดเวลาไม่ยอมให้ผู้ดูแลทำอะไร

จากผลการวิจัยพบว่าความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับ ดี ($\bar{x}=25.72$, S.D.=3.03) ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวชายมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันดีกว่า ครอบครัวเดี่ยว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ในครอบครัวมีการพูดคุย ตัดสินใจร่วมกันแก้ไขปัญหา เกือบทุกครอบครัวมีญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากสังคมอีสานส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ

ในช่วงการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง บุตรสาวได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทัศนคติการให้การดูแลโดยนำความเชื่อทางศาสนา บรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม จารีตประเพณีและความรักความผูกพันโดยสายเลือด ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการทำความคิดและเป็นภารกิจที่บุตรสาวควรทำซึ่งนำความสุข สมดุลในการดำเนินชีวิตมาให้ตัวบุตรสาวเอง (รัตอร พรภุณา, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) พบว่า ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นครอบครัวไทยและครอบครัวอีสาน โดยเฉพาะครอบครัวที่เป็นครอบครัวเกษตรกรที่อยู่ใกล้ชิดกันเป็นกลุ่มเครือญาติที่ค่อนข้างใหญ่แม่แยกเรือนออกไปแล้วก็ยังไปปลูกที่ใกล้กัน ที่ทำให้ความสำคัญในมิติด้านความสัมพันธ์หรือความผูกพันทั้งทางจิตใจ ทางเศรษฐกิจ ทางวัฒนธรรม ครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา สมนึก (2540) พบว่าผู้ดูแลต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์มาก ในเรื่องความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจต้องการความห่วงใยเมื่อรู้สึกท้อแท้ รongลงมาได้แก่ต้องการคนคอยให้กำลังใจต้องการคนที่สามารถพูดคุยปัญหาได้เพื่อที่จะช่วยให้ความเครียดลดลงทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและบุคคลที่ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือญาติพี่น้องและบุตรหลานมากที่สุด ทั้งนี้เพราะการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมีปฏิสัมพันธ์ลึกซึ้งต่อกันทำให้เกิดความรู้สึกที่ปลอดภัยและอบอุ่นสอดคล้องกับการศึกษาของ กรณ์ย์พิชญ์ โคตรประทุม (2547) พบว่า ครอบครัวที่มีความคล้ายคลึงกัน มีขนบธรรมเนียมประเพณี แบบแผนชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ การให้ความเคารพผู้อาวุโส ความเอื้ออาทร เหล่านี้ทำให้ครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างเหนียวแน่นแน่นแฟ้น ซึ่งก็มีผลให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยกัน ที่จะส่งผลให้ครอบครัวมีการปรับตัวดี

ผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าภาวะสุขภาพกายและใจ การทำหน้าที่ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วย 1 ปีขึ้นไป – 3 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ครอบครัวสามารถปรับตัวได้กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรศิลป์ ชื่นกุล(2542) พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี และสามารถในการดูแลอยู่ในระดับสูง

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวและผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากผลการวิจัยพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านการแก้ไขปัญหของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627, p < 0.01$ และ $r = 0.538, p < 0.01$ ตามลำดับ) การเผชิญปัญหาหรือเผชิญกับเหตุการณ์ ผู้ที่สามารถเผชิญปัญหาได้ดี จะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ดีและเกิดความรักใคร่กลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในครอบครัวโดยทั่วไปเราถือว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีหรือเหมาะสมคือครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิก ได้อย่างเพียงพอทั้งทางวัตถุ จิตใจและจิตวิญญาณ สมาชิกแต่ละคนและครอบครัวโดยรวมสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและเติบโตโดยมีความสมดุลระหว่างความเป็นตัวของตัวเองและเป็นครอบครัวเดียวกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544 ; 63)

จากผลการวิจัยพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาด้านการจัดการกับอารมณ์เชิงเครียดของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.498, P < 0.01$ และ $r = 0.649, p < 0.01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าครอบครัวที่สามารถจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียดได้ จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว และ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวในทางที่ดี บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันต่อมาโดยครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างเป็นปกติสุข ร่วมกันเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นความเครียด (รจกภูไพบูลย์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาริกา อิบราฮิม (2539) พบว่าผู้ดูแลและครอบครัวยังจะต้องเผชิญกับภาวะเครียดในบทบาท การเปลี่ยนแปลงในสถานภาพและหน้าที่เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากภาระหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้วบางรายต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้ บทบาทในการเข้าร่วมสังคมก็จะลดน้อยลงลงการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตดังกล่าวนับว่าเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นบุคคลให้เกิดความเครียด

จากผลการวิจัยพบว่าวิธีการเผชิญปัญหาด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.686, p < 0.01$ และ $r = 0.705, p < 0.01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Coyne & DeLongis (1986) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า การได้รับความช่วยเหลือได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือแนะนำทางเลือกในการแก้ปัญหา 2) ช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น ให้โอกาสในการระบายความรู้สึก การปลอบใจ หรือแนะนำวิธีการผ่อนคลาย และ 3) ช่วยให้อยอมรับกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่จะช่วยเหลือโดยมุ่งประเด็นปัญหาโดยตรงทำปัญหาที่มีอยู่ให้เล็กลงและสามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ซึ่งได้ศึกษาถึงความเครียดของภรรยาที่ดูแลสามีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมักจะได้รับ的帮助เหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมอัน ได้แก่ ญาติพี่น้อง เพื่อน และผู้ร่วมงาน โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ การเขียนเขียนตามทุกข์สุขเป็นครั้งคราว มิได้ให้ความช่วยเหลือในสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ทำให้เกิดความรักความเข้าใจในครอบครัวมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2542) พบว่าแหล่งประโยชน์ของครอบครัวจะมาจาก 3 แหล่ง คือ จากสมาชิกในครอบครัว จากญาติพี่น้องและจากเพื่อนบ้านหรือสังคมที่อาศัยอยู่ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการแก้ไขปัญหาการให้คำแนะนำ ซึ่งแหล่งประโยชน์ดังกล่าวจะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่ามีแหล่งยึดเหนี่ยวในการเผชิญปัญหาและสามารถลดความรุนแรงของปัญหาที่กำลังเผชิญ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีได้ ทั้งนี้หากมองย้อนกลับไปดูที่แหล่งประโยชน์ของครอบครัวอีสานนั้นพบว่ามียากมายที่จะช่วยลดภาวะวิกฤติ ซึ่งจะมีผลต่อแนวโน้มในการปรับตัวของครอบครัวในทางที่ดีในอนาคตไม่ว่าจะเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.729, p < 0.01$ และ $r = 0.626, p < 0.01$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนัม

(2545) พบว่า การทำใจเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลกลวิธีหนึ่ง ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านซึ่งเป็นกลวิธีที่ผู้ดูแลพยายามที่จะปรับสภาวะทางจิตอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดจากวิกฤติปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากความเครียด ซึ่งกลวิธีการทำใจ จะเป็นการปลอบประโลมใจตนเองเพื่อให้เกิดความสบายใจ หรือเป็นความพยายามของผู้ดูแลที่จะสร้างพลังความเข้มแข็งให้กับตนเอง ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ดีและสอดคล้องกับการศึกษาของ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม พบว่าการที่ผู้ดูแลจะสามารถปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับกลไกการปรับสภาพทางจิตและระบบเกื้อหนุนของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะเลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมกับตนมากที่สุด แต่หากไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะใช้วิธีอื่นๆต่อไป ซึ่งมี 3 รูปแบบ คือ 1) การปลง / การยอมรับสภาพ 2) การผ่อนคลายความเครียด และ 3) การเปรียบเทียบการดูแลของตนเองกับผู้อื่น การปลง/การยอมรับสภาพ เป็นการทำใจของผู้ดูแล เพื่อเป็นการเลิกคิด เลิกเสียใจ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถยืนหยัดต่อสู้และดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีน่ม (2545) พบว่า การปลง/การยอมรับสภาพ เป็นวิธีการทำใจของครอบครัวเพื่อเป็นการตัดใจเลิกคิดถึงเหตุการณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจยอมรับในสังขารของชีวิต ไม่ยึดมั่นถือมั่นรู้จักปล่อยวางสิ่งเหล่านั้นส่งผลของครอบครัวเข้มแข็งมีความรักใคร่กลมเกลียวเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีสติช่วยกันคิดหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วิธีการเผชิญปัญหาของครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ($r = 0.729, p < 0.01$ และ $r = 0.726, p < 0.01$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเมื่อครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 4 ด้านนั้นไม่ว่าจะเป็นด้านการแก้ไขปัญหาทำให้ครอบครัวมีการจัดการกับปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุและผล ในด้านการจัดการกับอารมณ์ที่ตึงเครียดทำให้ครอบครัวมีการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสมครอบครัว มีสติสัมปชัญญะไม่กล่าวโทษผู้ป่วย มีการปลอบใจซึ่งกันและกันภายในครอบครัว การเผชิญปัญหาด้านการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกและภายในก็ตามส่งผลให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดเช่นมีการพูดคุยกันปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบภายในครอบครัว การได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆในชุมชน และวิธีการเผชิญปัญหาด้านการให้ความหมายใหม่ต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดของครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความสบายใจและช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด เมื่อเกิดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในทุกๆ ด้าน ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ที่ดี แบ่งหน้าที่รับผิดชอบภายในครอบครัว มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในครอบครัว เกิดความรักใคร่กลมเกลียวและความเข้าใจเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญลักษณ์ โอบล้อม (2548) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของครอบครัวผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าพื้นฐานครอบครัวที่ดีก่อนการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพันกันและสามารถเผชิญปัญหาครอบครัวได้แม้ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีระหว่างสมาชิกครอบครัว และคิดว่าดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้เมื่อต้องเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวผู้ที่มารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีเหตุผลสำคัญแตกต่างกันไป ผู้ดูแลส่วนหนึ่งดูแลผู้ป่วยเพราะมีความผูกพันกับผู้ป่วย ผูกพันในฐานะภรรยา/สามี บิดามารดากับบุตร เป็นความผูกพันกันก่อนการเจ็บป่วยทำให้ผู้ดูแลเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วย การมารับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเนื่องมาจากไม่มีใครอื่นในครอบครัวให้การดูแล

เป็นหน้าที่ที่ผู้ดูแลจะต้องรับภาระการดูแลเอง (Goldstein, et al.; Wood, 1991 อ้างถึงใน สุดศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541) ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวที่เผชิญปัญหาพร้อมกันจะมีความใกล้ชิดสนิทสนม ช่วยเหลือและดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมีปัญหาที่ช่วยกันปรึกษาหารือทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น มีความรักความผูกพันเมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งหรือบุคคลใกล้ชิดเคืองคร้อนไม่สบายใจ สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะเข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบาภาระซึ่งกันและกันซึ่งเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ โดยการให้ความรักและการเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว (รจนา ภูไพบูลย์, 2541)

จากทฤษฎี The Resiliency model of family stress, adjustment and adaptation ของ McCubbin & McCubbin (1994) เป็นการศึกษาการปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะวิกฤตทั้งก่อนและหลังภาวะวิกฤต ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านทำให้การทับถมปัญหา ซึ่งเข้าสู่ระยะการปรับตัวหลังภาวะวิกฤต จากผลการวิจัยพบว่าครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีวิธีการเผชิญปัญหาโดยรวมทั้งด้านการแก้ไขปัญหาการจัดการกับอารมณ์ที่ดึงเครียดการใช้แหล่งประโยชน์ของครอบครัวและการให้ความหมายต่อสถานการณ์ในทางที่ตีความที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของครอบครัวด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของครอบครัว อันเนื่องมาจากปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านภูมิหลังและลักษณะของบุคคล อันได้แก่ บุคลิกภาพและวิธีการแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล ระยะพัฒนาการของครอบครัว การรับรู้การเจ็บป่วยของแต่ละครอบครัว วัฒนธรรมความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยเช่นความรุนแรงของโรคและจากปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและอื่นๆ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การติดต่อสื่อสารเทคโนโลยี (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีดังกล่าว

จะเห็นได้ว่าการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดการปรับตัวของครอบครัว ผลของการปรับตัวนั้นส่งผลโดยตรงทั้งต่อคนในครอบครัวและต่อบุคคลอื่นในสังคม แม้รัฐบาลเองก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงได้มีการกำหนดคน โยบายและมาตรการต่างๆ ในการช่วยเหลือหรือดูแลปัญหาความเครียดของประชาชน มีการเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางหรือจุดมุ่งหมายหลักในการพัฒนา ซึ่งกรมสุขภาพจิตเองก็ได้มีการรณรงค์ในเรื่อง การปรับตัวของบุคคล การปรับตัวในชีวิตครอบครัว การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสร้างแบบอย่างที่ดีทั้งในระดับชุมชนเมืองแต่ละชุมชนชนบท (กิตติกร มีทรัพย์, 2541) ในการทำงานกับครอบครัว พยาบาลจะต้องเข้าใจถึงวิธีที่สมาชิกครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน การสื่อสารระหว่างสมาชิกและการตัดสินใจของครอบครัว พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการเผชิญปัญหาสุขภาพ โดยการดูแลครอบครัวทั้งในสถานบริการและที่บ้าน ให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างทันทั่วถึง ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การละเว้นพฤติกรรมเสี่ยงที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ดำเนินการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การที่พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลและประเมินได้ว่า มีครอบครัวใดบ้างที่เสี่ยงต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวไม่ได้ จะทำให้สามารถช่วยเหลือหรือให้ข้อชี้แนะและคำแนะนำแก่ครอบครัวได้ทันทั่วถึง ทำให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และยังคงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวได้ต่อไปแม้ว่าจะมีสถานการณ์เลวร้ายเกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งประสบการณ์นี้ครอบครัวจะจดจำไว้ใช้หากมีปัญหาคล้ายกันเกิดขึ้นกับครอบครัวอีก นอกจากนั้นยังสามารถช่วยเหลือครอบครัวอื่นที่ประสบกับเหตุการณ์เช่นนี้ได้อีกด้วย ซึ่งนับเป็นบทบาทที่สำคัญและน่านุจิใจของพยาบาล