

ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพ ในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of A Therapeutic Relationship Program for Caregivers of Patients with Stroke on Family Relationships

จากรุวรรณ ธนะสุข* ชมชื่น สมประเสริฐ จุลจรรยาพร ลินศิริ

Jaruwan Thanasuk* Chomchuen Somprasert Chuncharabhon Sinsiri

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี ประเทศไทย 12121

Faculty of Nursing, Thammasart University, Patumthani Thailand 12121

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลต่อสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน 60 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วสุ่มเข้ากลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด 30 รายและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษาที่สำคัญ ภายหลังจากให้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวหลังการทดลอง ($M = 66.20, SD = 2.47$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 56.07, SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, t = 14.23$) และผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\bar{D}_1 = 10.13, SD = 3.85$) มากกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .07, SD = .25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, t = 13.73$)

คำสำคัญ: โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด, สัมพันธภาพในครอบครัว, ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The present study was based on a quasi-experimental research design aimed at studying the effects of a therapeutic relationship program for caregivers of patients with stroke on family relationships. The research sample was 60 caregivers that were taking care of stroke patients. They were 18 years of age and above and were living in Phakphai district in Ayutthaya, Thailand. They met the inclusion criteria and were randomly assigned to the therapeutic relationship group program and the control group. There were 30 caregivers in the therapeutic relationship group program and 30 caregivers in the group receiving regular caring activities. The therapeutic relationship program was validated for content validity by 3 professionals using the family

Corresponding Author: *e-mail : jee_jaza1978@hotmail.com

นักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี

relationship scale, with a Cronbach's alpha coefficient reliability of .92. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

According to the findings after providing the therapeutic relationship program, the stroke patients' caregivers of the therapeutic relationship group program had higher post-test family relationship mean scores ($M = 66.20, SD = 2.47$) than the pre-test family relationship mean scores ($M = 56.07, SD = 2.60$) ($p < .001, t = 14.23$). Furthermore, the mean difference between the pre-test and post-test family relationship mean scores for the therapeutic relationship group program ($\bar{D}_1 = 10.13, SD = 3.85$) was significantly greater than the mean difference between the pre-test and post-test family relationship mean scores for the group that received regular caring activities ($\bar{D}_2 = .07, SD = .25$) ($p < .001, t = 13.73$).

Keywords: therapeutic relationship program, family relationship, caregivers of stroke patients

บทนำ

ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่มีบทบาทสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับมนุษย์ทุกคนในสังคม เป็นแหล่งให้การสังคมสงเคราะห์เบื้องต้น มีความเอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ขณะที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตต่างๆ และเป็นแหล่งให้การดูแล บำบัด ฟื้นฟู เมื่อยามต้องเผชิญกับปัญหาที่กระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเมื่อสมาชิกมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรง นอกจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตแล้ว ที่สำคัญยังส่งผลให้เกิดความพิการ นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข จากรายงานสถานการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขององค์การอนามัยโลกในแต่ละปี มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดใหม่ทั่วโลกราว 10-15 ล้านคน ในจำนวนนี้ 5 ล้านคนเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนกลายเป็นคนพิการอย่างถาวร ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจะมีอาการอัมพฤกษ์-อัมพาตครึ่งซีก¹ ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถ (Disability) และมีความพิการ (Handicap) ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด² จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเข้ามารับบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ รับผิดชอบดูแล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายจำเป็นต้องใช้ระยะเวลา ค่าใช้จ่ายเพื่อการฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วย ต้องทำหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำทุกวัน เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต บทบาท หน้าที่ และอาจกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวจนขาดภาวะสมดุลทางด้านต่างๆ ตามมาได้³

โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง และต้องให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานตามภาวะของโรคและวัยของผู้ป่วย ประกอบกับขาดการสนับสนุนซึ่งกันและกันในครอบครัว การบกพร่องในการใช้เวลาอยู่ร่วมกันของสมาชิก และ ผู้ดูแลต้องเสียสละเวลาส่วนตัวเพื่อดูแลผู้ป่วย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้^{4,5,6} เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายด้าน ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ด้านครอบครัว และด้านสังคม เนื่องจากสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การพึ่งพาซึ่งกันและกันเป็นไปได้อย่างดี สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมให้สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จะส่งผลให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อันจะนำไปสู่บรรยากาศการดูแลที่ดี มีการสื่อสารเชิงบวก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อบรรยากาศของครอบครัวที่เป็นสุข ตลอดจนรับรู้บทบาทของตนเอง และมีศักยภาพในการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม⁷

ดังนั้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ นอกจากช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว ยังส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจ และมีความร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชเล็งเห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการสร้างรูปแบบโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic relationship program)

ตามแนวคิดองค์ประกอบการสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัว⁸ ที่ให้ความสำคัญกับลักษณะพฤติกรรมของสมาชิกที่ปฏิบัติต่อกันเพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผลให้เกิดบรรยากาศการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ด้วยความสัมพันธ์ที่สมาชิกปรารถนาดีต่อกัน ชื่นชมคุณค่าซึ่งกันและกัน รวมไปถึงมีการปรึกษาหารือกัน และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนจัดการกับวิกฤตต่างๆ ร่วมกัน ด้วยการส่งเสริมองค์ประกอบ 6 ด้านได้แก่ 1) การชื่นชมคุณค่าของสมาชิกซึ่งกันและกันเพื่อเพิ่มคุณภาพของชีวิตครอบครัว 2) การมีเวลาอยู่ร่วมกัน 3) การส่งเสริมความสุขในการอยู่ร่วมกัน 4) การสื่อสารที่ดีระหว่างกัน 5) การมีศรัทธาต่อศาสนา และ 6) การจัดการกับวิกฤตในครอบครัวเพื่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตร่วมกัน ผสมผสานโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว 4 ระยะ 9 คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introduction of orientation phase) ระยะที่ 2 ระยะเข้าใจสถานการณ์ (Identification phase) ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Exploitation phase) และระยะที่ 4 ระยะสรุปผล (Resolution phase) ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการสื่อสารกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้รับรู้ความรู้สึกและเข้าใจอารมณ์ตนเอง รวมทั้งตระหนักถึงความสามารถของตน ตลอดจนพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยรูปแบบของกิจกรรมสัมพันธภาพบำบัดจะส่งผลลัพธ์ต่อสัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วย การแสดงบทบาท

ของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการถ่ายทอดความรู้สึก ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อันจะนำไปสู่บรรยากาศการดูแลที่ดี มีการสื่อสารเชิงบวก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อบรรยากาศของครอบครัวที่เป็นสุข ตลอดจนรับรู้บทบาทของตนเอง และมีศักยภาพในการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่
2. ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ออกแบบโดยใช้แนวคิดองค์ประกอบการสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัว (Stinnett, 1983)

- การชื่นชมคุณค่าของสมาชิกซึ่งกันและกัน
- การมีเวลาอยู่ร่วมกัน
- การส่งเสริมความสุขในการอยู่ร่วมกัน
- การสื่อสารที่ดีระหว่างกัน
- การมีศรัทธาต่อศาสนา
- การจัดการกับวิกฤตต่างๆ ในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว

1. การแสดงบทบาทของสมาชิก
2. การสื่อสารในครอบครัว
3. การแสดงออกทางอารมณ์
4. การถ่ายทอดความรู้สึก

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 (International classification of disease) ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก และให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกับประชากรที่ศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) บุคคลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ลักษณะความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอฝักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดค่าอำนาจทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล (d) = 0.7 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 ราย ระหว่างดำเนินการวิจัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10%¹¹ จากจำนวน 57 ราย จะได้ 60 ราย โดยแบ่งเป็น กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด 30 ราย และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ 30 ราย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 3) แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว¹⁰

ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนาให้เป็นคำถามด้านลบ 2 ข้อ คำถามด้านบวก 14 ข้อ ประมาณค่า 5 ระดับ คือ นานๆครั้ง เป็นครั้งคราว บ่อยๆ ค่อนข้างบ่อย และสม่ำเสมอ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดองค์ประกอบการสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัวของสตินเนท์⁸ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ดูแลและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อันจะนำไปสู่บรรยากาศการดูแลที่ดี มีการสื่อสารเชิงบวก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อบรรยากาศของครอบครัวที่เป็นสุข ตลอดจนรับรู้บทบาทของตนเอง และมีศักยภาพในการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม ผสมผสานโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปบลาว 4 ระยะ⁹ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน พุดคุยติดต่อสื่อสารกันจากการทำกิจกรรมกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกได้เรียนรู้และนำประสบการณ์ที่เรียนรู้ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตจริง ทั้งนี้เพื่อพัฒนาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยออกแบบเป็น 8 กิจกรรมได้แก่

- กิจกรรมครั้งที่ 1 “มารู้จักกัน” เพื่อเสริมสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัวตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ด้วยการทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลและระหว่างเพื่อนสมาชิกด้วยกันภายในกลุ่ม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

- กิจกรรมครั้งที่ 2 “เข้าใจตนเอง และการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม” ผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการส่งเสริมความสุขในการอยู่ร่วมกันตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ด้วยการสะท้อนให้ผู้ดูแลเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตน และตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งกล้าเปิดเผยข้อเสียให้ผู้อื่นได้รับรู้ เป็นผลให้ผู้ดูแลสามารถนำข้อดีของตนเองมาใช้ให้เหมาะสม และไม่นำข้อจำกัดของตนเองมาทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

- กิจกรรมครั้งที่ 3 “บทบาทในการดูแลผู้ป่วย” การสะท้อนให้ผู้ดูแลได้พัฒนาการทำหน้าที่ตามบทบาทที่มีทั้งต่อตนเองและต่อครอบครัว เพื่อจัดการกับวิกฤตต่างๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการชื่นชมคุณค่าของสมาชิกซึ่งกันและกันตามแนวคิดของสตินเนท์⁸

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ร่วมมือ ร่วมใจ” ผู้ดูแลมีศักยภาพจัดการกับวิกฤตต่างๆ ในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ด้วยการสนับสนุนให้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปัญหาของตน

กิจกรรมครั้งที่ 5 “การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ในครอบครัว” พัฒนาทักษะในการสื่อสารที่ดีตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพูดคุยกันอย่างเปิดเผยและสม่ำเสมอ ตลอดจนสามารถเข้าใจหรือกล้าที่จะแสดงออกว่าตนเองรู้สึก และต้องการอะไรจากผู้อื่น เมื่อมีปัญหากล้าที่จะขอความช่วยเหลือ เปิดเผยตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 6 “การจัดการกับอารมณ์” ผู้ดูแลได้เรียนรู้เทคนิคในการจัดการกับอารมณ์ โดยใช้หลักธรรมทางพุทธศาสนาตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ด้วยการช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักถึงอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง การฝึกควบคุมอารมณ์ด้วยการทำสมาธิ ฝึกลมหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมครั้งที่ 7 “การสร้างสุขในครอบครัว” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตามแนวคิดของสตินเนท์⁸ ในการจัดสรรเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การผ่อนคลาย การรับประทานอาหารร่วมกัน โดยมุ่งหวังให้สมาชิกพึงพอใจในกิจกรรมของครอบครัว

กิจกรรม ครั้งที่ 8 “แบบแผนความสุขในชีวิต” การสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิก อื่นๆ ในครอบครัว อันจะนำไปสู่การสร้างบรรยากาศการดูแลที่ดี มีสัมพันธภาพเชิงบวกโดยสามารถดึงศักยภาพของตนที่มีอยู่มาปรับใช้เพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และมีเกณฑ์การคัดเข้าเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอผักไห่ 30 ราย และนำไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับผ่านเกณฑ์ที่ระดับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No. 283/2560 วันที่รับรอง 17 พ.ค. 2560 (รหัสโครงการ 088/2560) ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยกเลิกเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาและบริการที่จะได้รับ และข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ

การดำเนินการทดลอง

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 และผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลผักไห่และสาธารณสุขอำเภอผักไห่ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ขั้นตอนการทดลอง ดังนี้ 1) กลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ผู้วิจัยพบกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อทำแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Post-test) 2) กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (Pre-test) และเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และมีกิจกรรมฝึกทักษะให้สมาชิกกลับไปทำที่บ้านวันละ 20 นาที ประกอบด้วย 1) กิจกรรมมารู้จักกัน 2) กิจกรรมเข้าใจตนเองและการแสดง

อารมณ์ที่เหมาะสม 3) กิจกรรมบทบาทการเป็นผู้ดูแล 4) กิจกรรมร่วมมือ ร่วมใจ 5) กิจกรรมการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ในครอบครัว 6) กิจกรรมการจัดการกับอารมณ์ 7) กิจกรรมการสร้างสุขในครอบครัว 8) กิจกรรมแบบแผนความสุขในชีวิต หลังการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัด ทำแบบประเมินสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 และนัดหมายกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดตามความสมัครใจอีกจำนวน 20 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัด และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติที ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านเพศผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ 86.70 และมีจำนวนมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 10.00 และ 13.30 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ด้านสถานภาพสมรสพบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือสถานภาพโสด และสถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่คิดเป็นร้อยละ 66.70, 20.00 และ 13.30 ในกลุ่มได้รับการดูแลตาม

ปกติส่วนใหญ่พบว่ามีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือสถานภาพหม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ และสถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 76.70, 13.30 และ 10.00 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ด้านการประกอบอาชีพพบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน รองลงมาคือรับจ้าง และอื่นๆ (ค้าขาย เกษตรกรรมและธุรกิจส่วนตัว) คิดเป็นร้อยละ 56.70, 26.70, 16.60 ในกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่พบว่าประกอบอาชีพแม่บ้านรองลงมา คือรับจ้างและอื่นๆ (ค้าขายเกษตรกรรม และรับราชการ) คิดเป็นร้อยละ 50.00, 30.00 และ 20.00 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัด และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 56.70 ในส่วนที่มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 33.30 และ 43.30 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า กลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 1-3 คน รองลงมาคือ จำนวน 4-6 คน และจำนวน 7-10 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70, 33.30 และ 20.00 ในกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4-6 คน รองลงมาคือจำนวน 1-3 คน และจำนวน 7-10 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70, 23.30 และ 20.00 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดและกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัด และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 46.70 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม รองลงมาคือ บิดาหรือมารดา คิดเป็นร้อยละ 30.00

และ 33.30 สำหรับความสัมพันธ์ในฐานะสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 23.30 และ 20.00 ตามลำดับเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

จากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึง

กัน สรุปได้ว่าเริ่มต้นก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ภายหลังจากการทดลอง ($M = 66.20$, $SD = 2.47$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 56.07$, $SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.23$, $p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($n = 30$)

สัมพันธภาพในครอบครัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t
	M	SD	M	SD		
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	56.07	2.60	66.20	2.47	29	14.23***
การแสดงบทบาทของสมาชิก	14.23	1.33	15.93	.83	29	6.57***
การสื่อสารในครอบครัว	14.07	1.41	16.60	.81	29	7.02***
การแสดงออกทางอารมณ์	14.63	1.54	16.67	.99	29	5.91***
การถ่ายทอดความรู้สึก	13.13	1.61	17.00	1.02	29	11.11***

*** = $p < .001$

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองโดยรวมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\bar{D}_1 = 10.13$, $SD = 3.85$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .07$, $SD = .25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.73$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($n = 30$)

สัมพันธภาพในครอบครัว	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)				กลุ่มควบคุม ($n = 30$)				df	t
	M	D	\bar{D}_1	SD	M	SD	\bar{D}_2	SD		
ก่อนการทดลอง	56.07	2.60			55.80	2.43				
หลังการทดลอง	66.20	2.47	10.13	3.85	55.87	2.45	.07	.25	58	13.73***

*** = $p < .001$

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดภายหลังการทดลอง ($M = 66.20, SD = 2.47$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 56.07, SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.23, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า โปรแกรมพัฒนาขึ้นจากแนวคิดองค์ประกอบการสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัว^๑ ผสมผสานโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว^๑ ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วยกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ 4 ระยะคือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introduction of orientation phase) เป็นการสร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการสร้างสัมพันธภาพก่อนเข้าสู่ระยะที่ 2 ระยะเข้าใจสถานการณ์ (Identification phase) ด้วยการสะท้อนความเข้าใจของผู้ดูแลให้รับรู้ความรู้สึกและสถานการณ์ต่างๆ รอบตัว ตระหนักถึงบรรยากาศของการดูแล การสื่อสารเชิงบวก ตลอดจนรับรู้บทบาทของตนเองเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Exploitation phase) เป็นระยะของการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อใช้จัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์นั้น จึงเข้าสู่ระยะที่ 4 ระยะสรุปผล (Resolution phase) เป็นระยะที่ผู้ดูแลเรียนรู้ เข้าใจและสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการจัดการปัญหาต่างๆ ได้ ซึ่งในระยะนี้มีการประเมินผลและยุติสัมพันธภาพ โดยพบว่า ผลการวิเคราะห์ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ($M = 15.93, SD = .83$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 14.23, SD = 1.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.57, p < .001$) ด้านการสื่อสารในครอบครัว ($M = 16.60, SD = .81$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 14.07, SD = 1.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.02, p < .001$) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ($M = 16.67, SD = .99$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 14.63, SD = 1.54$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.91, p < .001$) ด้านการถ่ายทอดความรู้สึก ($M = 17.00, SD = 1.02$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 13.13, SD = 1.61$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.11, p < .001$)

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด

สูงกว่ากลุ่มได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนให้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมก่อนการทดลองของกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($M = 56.07, SD = 2.60$) และกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ ($M = 55.80, SD = 2.43$) ไม่แตกต่างกัน ($t = .41, p > .05$) และภายหลังได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดพบว่า คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโดยรวมในกลุ่มได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดหลังการทดลอง ($M = 66.20, SD = 2.47$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 56.07, SD = 2.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.23, p < .001$) ตามตารางที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดมีประสิทธิผลในการเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดองค์ประกอบการสร้างความสุข ความเข้มแข็งในครอบครัว^๑ ผสมผสานโดยใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว 4 ระยะ^๑ คือ ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Introduction of orientation phase) ระยะที่ 2 ระยะเข้าใจสถานการณ์ (Identification phase) ระยะที่ 3 ระยะดำเนินการ (Exploitation phase) และระยะที่ 4 ระยะสรุปผล (Resolution phase) โดยประยุกต์มาออกแบบกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง ส่งผลให้ผู้ดูแลได้เสริมสร้างสัมพันธภาพเกิดการเปลี่ยนแปลง ให้ได้ผลลัพธ์ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิกจะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งประเมินปัญหา อุปสรรค และแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถพัฒนาการทำหน้าที่ตามบทบาทที่มีทั้งต่อตนเอง และต่อสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ด้านการสื่อสารในครอบครัว ช่วยสะท้อนทักษะในด้านการสื่อสารเชิงบวก และพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมาสู่ผู้ดูแล ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ช่วยให้ผู้ดูแลตระหนักชัดในอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง เพื่อการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม และด้านการถ่ายทอดความรู้สึกทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความห่วงใย เอาใจใส่ และการเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น^{12 13} ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อันจะนำ

ไปสู่บรรยากาศการดูแลที่ดี มีการสื่อสารเชิงบวก ช่วยให้ผู้ดูแลมีความมุ่งมั่นในการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อบรรยากาศของครอบครัวที่เป็นสุข ตลอดจนรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง และมีศักยภาพในการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้นในทุกๆรายด้าน โดยพบว่า ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสัมพันธภาพด้วยการใช้ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพบำบัดในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ($\bar{D}_1 = 10.13, SD = 3.85$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2 = .07, SD = .25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.73, p < .001, t = 13.73$)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จัดฝึกอบรมการใช้โปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด เพื่อพัฒนาทักษะการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วย

1.2 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัด ฝึกอบรมผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตร่วมกัน

2. ด้านการศึกษา

2.1 จัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้ใช้ประโยชน์ การใช้กระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อดูแลผู้ป่วย

2.2 ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ใช้โปรแกรมในการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างเหมาะสม

3. ด้านการวิจัย

3.1 ออกแบบงานวิจัยเพื่อสร้างโปรแกรมสัมพันธภาพบำบัดสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ อาทิ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.2 ออกแบบงานวิจัยเพื่อการติดตามประเมินผลอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ดูแลสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมไปใช้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ และคณะกรรมการสอบทุกท่าน ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ภายใต้ “ทุนวิจัยทั่วไป” ตามสัญญาเลขที่ ทน 46/2561 ประจำปีงบประมาณ 2561 และทุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิตตลอดจนขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนช่วยให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Corrozzella & Janch. Emergency stroke management: A new era. *Nursing Clinics of North America*. 2002; 37(1): 35-57.
2. Dangsuwan P. Textbook stroke. Bangkok: Klaimorkanpim; 2007. (in Thai)
3. Chaiwongsa A. Results of using the good quality life support program among family members of terminally ill patients at Nakornping hospital, Chiang Mai province [Thesis]. Chiang Mai University; 2012. (in Thai)
4. Chanprachon J. Family attachment and the process of family management in caring for stroke patients [Thesis]. Christian University; 2007. (in Thai)
5. Oupra R, Ruengkhome CH, Wongpalee J, Kantawong EK. Stroke caregivers' caregiving experiences. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*. 2011; 12(2): 50-59. (in Thai)
6. Koonnarong O. Caregiving preparedness, family relationships and role strain among caregivers of Muslim stroke patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2012; 4(1): 14-27. (in Thai)
7. Suwannaboon W. The effect of Interpersonal group therapy on quality of life in schizophrenic patients [Thesis]. Burapha University; 2014. (in Thai)

8. Stinnett. Strong families: A Portrait. Prevention in Family Services. Beverly Hills: National Council on Family Relations; 1983.
9. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York: G. P. Putnam & Sons; 1952.
10. Crandall RC. A behavioral science approach. Massachusetts: Addison-Wesley. 1980; 410-411.
11. Grove, K. S., Burns, N. & Gray, R. J. (2013). The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence.
11. Crandall RC. A behavioral science approach. Massachusetts: Addison-Wesley. 1980; 410-411.
12. Wongpanarak N. The Therapeutic Relationship: Application in Nursing Process. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 84-91. (in Thai)
13. Titawattanakul A. The effects of a therapeutic relationship program on the self-esteem among girls exposed to violence in a central region reception home for girls [Thesis]. Thammasart University; 2017. (in Thai)