

กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงาน นอกบ้าน

ศรัณยา แสงมณี* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มณี อากานันท์กุล** Ph.D. (Nursing)

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม*** D.S.N. (Adult Health Nursing)

บทคัดย่อ: การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านแบบรายกรณี คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ได้ญาติผู้ดูแลสตรีที่สามารถปรับตัวได้ดีในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีใครช่วยเหลือและสามารถทำงานนอกบ้านได้ จำนวน 1 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป 3 ครั้ง โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแล และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีใน 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านบทบาทหน้าที่ ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการเวลาทำงาน เวลาดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย งานบ้าน และจัดการการเงินได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับเวลาทำงาน และเกิดความสมดุล 2) ด้านร่างกาย ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น และดูแลสุขภาพตนเองได้ดี 3) ด้านอัตมโนทัศน์ ญาติผู้ดูแลสามารถสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ญาติผู้ดูแลสามารถหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ดีประกอบด้วย การเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สัมพันธภาพที่ดีของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนด้านรายได้และบุคคล อีกทั้งการปรับตัวได้ดียังขึ้นกับความสามารถ กระบวนการคิด และประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลที่สนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีและสามารถทำงานนอกบ้านได้ตามปกติ จากการปรับตัวที่ดีของญาติผู้ดูแลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังทำงานนอกบ้านได้ โดยมีการจัดตารางชีวิตใหม่และรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแลทำงานนอกบ้าน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การปรับตัว กรณีศึกษา

*พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: manee.arp@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคระบบประสาทที่พบบ่อย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทำให้เกิดความพิการและนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก ปี พ.ศ. 2549 ทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 5.7 ล้านคน คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2558 จะเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน จากแนวโน้มดังกล่าวทำให้สามารถทำนายได้ว่าในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกจะมีผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Stroke Organization, 2009, อ้างใน นุรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวชย์, และเมตตา คำพิบูลย์, 2553) สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2550 เป็นอันดับ 4 รองจากโรคมะเร็ง อุบัติเหตุ และโรคหัวใจ และพบว่า ผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้รักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ถึง ปี พ.ศ. 2551 มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 107,246 คน เป็น 124,532 คน หรือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง ปี พ.ศ. 2550 คนไทยเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2.75 เท่า พบมากในอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยทำงาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551) แม้ปัจจุบันจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าขึ้นทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่รอดชีวิตก็มีความพิการหลงเหลืออยู่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (physical) การทำหน้าที่ (functional) และการรู้คิด (cognitive) ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Periard & Ames, 1993) ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่พิการ มีความรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้จากแขนขาอ่อนแรง ต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน หรือการดำเนินชีวิตทั้งหมด (Corrozzella & Janch, 2002) ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ความเข้าใจภาษา การสื่อสาร

และการมองเห็นหรือการได้ยิน ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะดำรงชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก จากสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนไป รวมถึงด้านอื่น ๆ ซึ่งผู้ป่วยเคยทำได้ และต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ ใน 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (physical domain) ในเรื่องการทำหน้าที่และกระบวนการรับรู้ ด้านจิตใจ (psychological domain) ในเรื่องอัตมโนทัศน์และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านสังคม (social domain) ในเรื่องบทบาทและสัมพันธภาพ (Vanhook, 2009) และด้านจิตวิญญาณ ในเรื่องความเชื่อ ศาสนา (Jullamate, de Azeredo, Pául, & Subgranon, 2006) ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีบทบาทในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย มักเป็นสมาชิกในครอบครัว (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, & Chadwick, 2002) ซึ่งเรียกว่า ผู้ดูแลหรือญาติผู้ดูแล (caregiver or family caregiver)

ผู้ดูแล (caregiver) มักเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย ส่วนใหญ่จะเป็นสามี ภรรยา หรือบุตร (Oupra, Griffiths, Pryor, & Mott, 2010; Steiner et al., 2008) ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเรียกว่า ญาติผู้ดูแล (family caregiver) ซึ่งมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยเพราะอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีผลทำให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง ตัวญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวในบทบาทเดิมของตนกับบทบาทใหม่ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และต้องทำทั้ง 2 บทบาทไปพร้อมกัน (Bainbridge, Cregan, & Kulik, 2006) ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของตัวญาติผู้ดูแลเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียด และอาจเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยระยะยาวก็อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมากขึ้น วิถีชีวิตของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนไปทั้งวิถีชีวิตส่วนตัวและวิถีชีวิตการทำงาน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแล

ผู้ป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง สัมพันธภาพทางสังคมลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลและกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Chow, Wong, & Poon, 2007; Chumbler, Rittman, Puymbroeck, Vogel, & Qnin, 2004; Klinedinst et al., 2009)

การต้องทำบทบาทการดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวสำหรับญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานหรือทำงานอยู่กับบ้านอาจปรับตัวได้ง่ายกว่าญาติผู้ดูแลที่ต้องทำงานนอกบ้าน ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านบางรายอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว โดยมีสมาชิกอื่นช่วยด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มนี้ต้องปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว ญาติผู้ดูแลบางรายต้องทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้นเพื่อหารายได้มาเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเมื่อตนต้องไปทำงาน ทำให้ภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยลดลงเนื่องจากมีผู้ช่วยเหลือ แต่สำหรับญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยและทำงานนอกบ้านด้วยโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นภาระที่หนัก ทำให้ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องปรับตัวมากขึ้นกับภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ และต้องจัดระบบและเวลาของตนเองเป็นอย่างดีเพื่อคงสุขภาพที่ดีเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (Shyu, Chen, Chen, Wang, & Shao, 2008) และต้องปรับตัวกับบทบาทการทำงานนอกบ้าน เป็นเหตุให้ญาติผู้ดูแลมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยต่าง ๆ เพิ่มขึ้นได้ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ แน่นท้องหรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร และซึมเศร้า (Draper & Brocklehurst, 2007; Rittman, Hinojosa, & Findley, 2009; Sit, Wong, Clinton, Li, & Fong, 2004)

การที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะสามารถปรับตัวได้ดีทั้งในด้านร่างกาย อัดมโนทัศน์บทบาท

หน้าที่และการพึงพาหะหว่างกัน ญาติผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ในการตัดสินใจ เอาใจใส่ในสุขภาพ มีความเข้มแข็งในตนเองในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีความรู้สึกดีต่อภาวะสุขภาพและมีความสามารถในการดูแล (อรศิริปิ่นกุล, 2542) และถ้าญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นคงด้านจิตใจ ไม่หวั่นไหวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจสถานการณ์นั้น ๆ ได้ดี ก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ยังทำงานนอกบ้านได้โดยไม่ต้องลาออกจากงาน (Bainbridge et al., 2006)

จากประสบการณ์ของผู้ศึกษาที่ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร สามารถแบ่งญาติผู้ดูแลเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างเดียว 2) ญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน แต่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยในขณะที่ตนไปทำงาน 3) ญาติผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยและทำงานนอกบ้านด้วยโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลกลุ่มแรก มักมีสมาชิกในครอบครัวหลายคนและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบกัน ส่วนญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ 2 จะไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องการปรับตัวมากนัก เพราะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สำหรับญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ 3 เป็นญาติผู้ดูแลส่วนน้อย ซึ่งพบในครอบครัวเดียวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย หรือมีปัญหาเศรษฐกิจ หากมีสมาชิกในครอบครัวบางคนต้องออกจากงาน ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องปรับตัวเพิ่มขึ้นเนื่องจากมีภาระเพิ่มขึ้นทั้งด้านการดูแลและการทำงาน โดยไม่มีคนช่วยเหลือ แม้ว่าญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีจำนวนน้อย แต่เป็นกลุ่มที่น่าสนใจศึกษา โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่สามารถปรับตัวได้ดีทั้งสองบทบาท และญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ 3 นี้จะพบได้ ในครอบครัวเดียวที่มีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ทำให้ผู้ศึกษาสนใจศึกษาในญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ และการศึกษาแบบรายกรณีโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านว่ามีการปรับตัวอย่างไร และจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่ลึกและเข้าใจความ

กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน

ซับซ้อนของการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำงานนอกบ้าน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจทำการศึกษาเป็นกรณีศึกษาเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อเป็นแนวทางช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องทำงานนอกบ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่สามารถปรับตัวได้ดีแบบรายกรณี

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) (Roy, 2008) มาใช้เป็นกรอบแนวคิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา เนื่องจากผู้ศึกษายังไม่มีประสบการณ์การศึกษาแบบรายกรณีโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ การใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นกรอบแนวคิดจะช่วยให้เห็นการปรับตัวของบุคคลอย่างชัดเจน โดยรอยเชื่อว่า การปรับตัวเป็นการตอบสนองภายในระบบ เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบ (Lefaiwer, Keough, Letizia, & Lanuza, 2007) การปรับตัวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่สามารถแยกจากกันได้ บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความปกติสุขหรือมีภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังขึ้นกับระดับการปรับตัวคือ ขอบเขตที่แสดงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสถานการณ์หนึ่ง ถ้าสถานการณ์นั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถ บุคคลก็จะตอบสนองทางบวกหรือเกิดพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีหรือเหมาะสม แต่ถ้าสถานการณ์นั้นอยู่นอกเหนือความ

สามารถ บุคคลจะตอบสนองทางลบหรือแสดงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ซึ่งความสามารถของบุคคลนี้ขึ้นกับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลด้วย ทำให้เกิดการปรับตัวและแสดงออกเป็นพฤติกรรมในการปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาท และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน หากมีการผสมผสานกันได้ดีทุกด้าน จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องมีหน้าที่ดูแลหรือเป็นญาติผู้ดูแล สิ่งนำเข้าคือ ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยและรายได้ของครอบครัว ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวโดยต้องผ่านกลไกการควบคุมของร่างกาย ทำให้เกิดพฤติกรรมในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน และผลลัพธ์หรือสิ่งนำออกที่ดีคือ ผลของการปรับตัว หากมีการผสมผสานกันได้ดีทุกด้าน ทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายทำงานประสานกันได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองตามความต้องการของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็จะสามารถปรับตัวได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ดีและญาติผู้ดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุก

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 1 ราย โดยมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ดูแลหลัก รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงและอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ประกอบอาชีพนอกบ้าน มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาเรื่องแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ โดยสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่กระทบต่อการทำงานนอกบ้าน

ดูแลผู้ป่วยและทำงานนอกบ้านมากกว่า 1 ปีหลังจากผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วและยังรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลเดิมเพื่อศึกษาปรากฏการณ์จากชีวิตจริงของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่สามารถปรับตัวได้ดี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. แบบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย จากข้อมูลผู้ป่วยจากระบบสารสนเทศ สมุดทะเบียนประวัติผู้ป่วย สมุดนัด ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก-ใน

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

3. แบบสัมภาษณ์การปรับตัวของญาติผู้ดูแล พัฒนาการจากบททบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย แบบสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามเพื่อสร้างสัมพันธภาพหรือความคุ้นเคยกับญาติผู้ดูแล จำนวน 3 ข้อ และคำถามการปรับตัว 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย 4 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ 5 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 5 ข้อ และด้านการพึ่งพาพึ่งกัน 6 ข้อ

แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 2 ราย เพื่อดูความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในข้อคำถาม

สถานที่ใช้ในการศึกษา

สถานที่ใช้ในการศึกษา คือ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งผู้ป่วยในและติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งมีพื้นที่ในการ

ตรวจผู้ป่วยนอก มีอุปกรณ์ในการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด มีห้องแยกสำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เมื่อผู้ป่วยมาติดตามการรักษาจะมาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้โดยตรง

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมศึกษา

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เมื่อคัดเลือกตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แล้ว ผู้ศึกษาแนะนำตัวเองกับญาติผู้ดูแลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมสิทธิในการเข้าร่วมและการปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา ขึ้นกับความสมัครใจของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลสามารถถอนตัวจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของผู้ป่วยที่จะได้รับ เมื่อญาติผู้ดูแลรับทราบข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการเผยแพร่ข้อมูลอยู่ในรูปของการสรุปผลการศึกษาโดยภาพรวม และเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล ไม่เคยเข้ารับการรักษาซ้ำ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล สมุดทะเบียนผู้ป่วย สมุดนัดผู้ป่วยของหอผู้ป่วย และทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก-ใน เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยแล้วจึงทำการคัดเลือกญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้านแบบเฉพาะเจาะจง ได้จำนวนญาติผู้ดูแล 9 ราย โดยโทรศัพท์พูดคุยกับญาติผู้ดูแลเพื่อสอบถามรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย การประกอบอาชีพของญาติผู้ดูแล แล้วจึงคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือก พบว่า มีญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่สามารถปรับตัวได้ดีที่สุดในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ที่ทำงานนอกบ้านทั้งหมด จำนวน 1 ราย อีก 8 ราย พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย ภายหลังมีผู้ช่วยเหลือดูแล 3 ราย ปัจจุบันญาติผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน 2 ราย และทำงานอยู่บ้าน 1 ราย

2. ผู้ศึกษาพบญาติผู้ดูแลและแนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงและอธิบายรายละเอียด ประโยชน์ของการศึกษารวมถึงความเสี่ยงที่จะเกิดกับญาติผู้ดูแลให้ทราบอย่างชัดเจนโดยไม่ปิดบังและขอความสมัครใจในการให้ข้อมูลทั้งการทำแบบสอบถามและการให้สัมภาษณ์ และแจ้งให้ทราบเรื่องการให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นสถานที่สัมภาษณ์ เนื่องจากถ้าสัมภาษณ์ที่บ้านบางคำถามเมื่อผู้ป่วยได้ยินอาจทำให้ไม่สบายใจได้ หรือที่ทำงานของญาติผู้ดูแลพบว่า ไม่มีความเป็นส่วนตัว แล้วให้ลงนามยินยอมในแบบหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) และหนังสือแสดงความยินยอมให้บันทึกเสียง (Informed consent form for tape record) เมื่อลงนามยินยอมแล้วให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและข้อมูลพื้นฐานของญาติผู้ดูแลก่อน โดยอธิบายให้เข้าใจก่อนตอบแบบสอบถาม หลังตอบแบบสอบถาม ผู้ศึกษานัดวันสัมภาษณ์โดยแจ้งให้ทราบว่าสัมภาษณ์ทั้งหมด 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 60 นาที และให้ญาติผู้ดูแลเป็นผู้กำหนดวัน เวลา ที่สะดวก แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบว่าสมบูรณ์และถูกต้องหรือไม่

3. เมื่อถึงวัน เวลา สัมภาษณ์ ปฏิบัติ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์และบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ฟังเนื้อหาและถอดเทป

ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์ซ้ำในเนื้อหาเดิมในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทป

ครั้งที่ 3 สัมภาษณ์เพิ่มเติมในเนื้อหาส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทป

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และ 3 จะเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง (verify) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อน ระหว่างที่สัมภาษณ์จัดบันทึกพฤติกรรมของ

ญาติผู้ดูแล รวมทั้งบันทึกข้อมูลที่สำคัญที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ข้อมูล นอกจากนี้ ผู้ศึกษายังได้สังเกตพฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในขณะที่ญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดที่หอผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง ซึ่งข้อมูลจากการสังเกตนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์ข้อมูล

4. นำเสียงที่บันทึกมาถอดเทปเป็นภาษาเขียนตรวจสอบข้อมูลภาษาเขียนและเสียงในเทปให้ตรงกันอ่านบทข้อมูลภาษาเขียนจนรู้สึกเข้าใจถึงเนื้อหาประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลได้ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2552) โดยเริ่มจากใส่รหัสข้อมูลและจัดกลุ่มข้อมูลย่อยที่มีความเหมือนและต่างกันไว้ด้วยกัน จากนั้นจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความเหมือนเป็นหมวดหมู่และข้อมูลที่มีความต่างเป็นหมวดหมู่สร้างความเชื่อมโยงในข้อมูลหลักและข้อมูลย่อยที่เป็นส่วนประกอบ ปรีกษาผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบข้อมูลตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ จนถึงผลการวิเคราะห์ที่ได้ สุดท้ายสรุปผลการวิเคราะห์โดยเขียนบรรยายเนื้อหาตามประเด็นหลักที่ได้และมีประเด็นย่อยสนับสนุน

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลทำโดยการตรวจสอบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่ง ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต และข้อมูลจากเวชระเบียน รวมทั้งในการสัมภาษณ์ 3 ครั้ง ทำให้ผู้ศึกษาได้ใช้เวลาใกล้ชิดและนานเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความไว้วางใจและให้ข้อมูลที่ เป็นข้อมูลที่ตนเองมีประสบการณ์ รวมทั้งมีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และ 3 ระหว่างที่สัมภาษณ์มีการอัดเทปซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มาจากการสัมภาษณ์อย่างครบถ้วนทุกครั้ง สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน ที่ปรับตัวได้ดีจำนวน 1 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นเพศหญิงอายุ 29 ปี อาชีพรับราชการนาน 6 ปี รายได้เดือนละ 13,500 บาท สถานะภาพสมรส โสด สมาชิกในครอบครัว 2 คน คือ ตัวญาติผู้ดูแลเองและผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นหลานของผู้ป่วย ไม่มีญาติพี่น้องคนอื่น ญาติผู้ดูแลได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ปวยมาเพียงลำพังตั้งแต่ญาติผู้ดูแลยังเล็ก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดสมองตีบมีอาการอ่อนแรงแขน ขา ซีกซ้าย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับไปทำงานเดิมที่เคยทำได้ กำลังกล้ามเนื้อแขนระดับ 0 ขาระดับ 3 เดินเองไม่ได้ ต้องช่วยพยุงเดิน ยืนต้องเกาะ นั่งทรงตัวได้ ลุกนั่งเองได้ เคลื่อนย้ายตัวเองบนเตียงได้ ต้องช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันในเรื่องการเตรียมอาหาร ทำความสะอาดหลังซัปดาห์ อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้าให้ ญาติผู้ดูแลดูแลผู้ป่วยมานาน 3 ปี จนปัจจุบันขณะทำการศึกษามีกำลังกล้ามเนื้อขาซ้ายดีขึ้นระดับ 4 เริ่มเดินโดยใช้ไม้เท้าชนิด 4 ปุ่ม (4 point cane) ได้โดยช่วยพยุงและระวังอุบัติเหตุ แต่แขนซ้ายมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเล็กน้อย กำลังกล้ามเนื้อแขนและมือไม่ดีขึ้น ไม่สามารถหยิบได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ในระดับ 0 ใช้แขนและมือซ้ายไม่ได้เหมือนเดิม ต้องใช้แขนขวาในการทำกิจวัตรประจำวัน สามารถรับประทานอาหารเองได้แต่ต้องเตรียมไว้ให้ ก้าวขาเดินได้โดยใช้ไม้เท้า 4 ปุ่ม แต่ต้องพยุง เดินหรือยืนนาน ๆ จะมีอาการกล้ามเนื้อล้า ลำหน้า แปร่งพื่น และหิวผอมเองได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือในด้านการเตรียมอาหาร การทำความสะอาดหลังซัปดาห์ ส่วนการอาบน้ำและแต่งตัว ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย

ญาติผู้ดูแลไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแทน โดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว และต้องทำงานนอกบ้านด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวมีรายได้จากญาติผู้ดูแลแหล่งเดียว กิจกรรม

การดูแลที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย คือ อาบน้ำ แต่งตัว ออกกำลังกาย พยุงเดินหรือช่วยเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดหลังซัปดาห์ เตรียมอาหารและจัดยาให้ ใช้เวลาในการดูแลวันละ 4 ชั่วโมง ทำงานนอกบ้าน 8 ชั่วโมง นอกจากนั้น ญาติผู้ดูแลยังต้องทำงานบ้านด้วย ซึ่งเดิมผู้ป่วยจะรับผิดชอบด้านนี้เองเป็นส่วนใหญ่ ญาติผู้ดูแลอาจช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยยังรักษาในโรงพยาบาล เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเวลาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยเฉพาะช่วง 6 เดือนแรกของการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามและมีความยากลำบากในการปรับกิจกรรมของตนเองให้เข้ากับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การปรับตัวที่ดีและเหมาะสม ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งสามารถทำงานนอกบ้านได้โดยไม่ต้องลาออกจากงาน

การปรับตัวของญาติผู้ดูแล ญาติผู้ดูแลเริ่มมีการปรับตัวตั้งแต่มีสถานการณ์เกิดขึ้นในครอบครัวโดยผ่านกระบวนการควบคุมของร่างกาย ทำให้เกิดการปรับตัวในระดับต่าง ๆ ขึ้น โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน และเกิดเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว ดังนี้

ด้านบทบาทหน้าที่ ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลานที่เป็นญาติผู้ดูแลและบทบาทการทำงานนอกบ้านด้วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งชีวิตส่วนตัวและสถานภาพทางสังคม ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของบทบาท ดังนี้

1. บริหารจัดการเวลาและกิจกรรมของตนเอง ได้แก่ เวลาทำงานเพิ่มเติมที่ ญาติผู้ดูแลทำงานรับราชการ เวลาทำงานที่แน่นอนคือวันละ 8 ชั่วโมง เริ่มงานเวลา 8 น. เลิกงานเวลา 16 น. ใช้เวลาเดินทางโดยรถประจำทางไป-กลับระหว่างบ้านและที่ทำงานประมาณ 45 นาที เมื่อผู้ป่วยไม่สบายครั้งหนึ่งชีวิตของญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนไปทั้งด้านชีวิตส่วนตัวและสถานภาพทางสังคม รายได้ใน

กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน

ครอบครัวที่มาจากแหล่งเดียว ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องจัดการเวลาในการทำงานและดูแลผู้ป่วย ในเวลาแรก ๆ ที่ผู้ป่วยกลับไปพักที่บ้าน ญาติผู้ดูแลจัดสรรเวลาโดยช่วงพักอาหารกลางวันนั่งรถมอเตอร์ไซด์กลับบ้านมาดูแลผู้ป่วยและกลับไปทำงานให้ทันเวลา จนกระทั่งอาการผู้ป่วยดีขึ้นและพอช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลก็บริหารจัดการเรื่องอาหารการกินและการขับถ่ายให้ผู้ป่วยก่อนเดินทางไปทำงานโดยไม่ต้องกลับบ้านมาดูแลผู้ป่วยในเวลาพักกลางวันอีก จากคำบอกที่ว่า “กลางวันให้ป้ามานอนข้างนอกห้อง” หรือ “เตรียมอาหารให้ป้าก่อนไปทำงาน” “เตรียมกระโถนไว้ให้”

2. การบริหารจัดการกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมือนเดิม ญาติผู้ดูแลต้องแสวงหาความรู้เพื่อดำเนินบทบาทญาติผู้ดูแลให้ได้โดยหาข้อมูลเรื่องการดูแล ร่วมกับการจัดระบบการดูแลเป็นเวลา ในเรื่องการอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การออกกำลังกาย การรับประทานยา ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งบทบาทเปลี่ยนจากการทำงานโดยไม่มีภาระมาเป็นการทำงานแบบมีภาระต้องดูแลผู้ป่วย ทำงานบ้านที่เพิ่มขึ้นและทำงานนอกบ้านด้วย ญาติผู้ดูแลมีการตั้งสติและวางแผน จัดเวลาในวันที่ต้องทำงานนอกบ้านและวันหยุดว่าต้องให้การดูแลผู้ป่วย และทำงานบ้านในช่วงใดบ้าง ญาติผู้ดูแลใช้เวลาที่เหลือจากการทำงานนอกบ้าน โดยการจัดสรรเวลาได้อย่างเหมาะสม ไม่ให้เกิดผลกระทบระหว่างกัน โดยญาติกล่าวว่า “หนูจะตื่นตี 5 เตรียมอาหารให้ป้า พอเสร็จแล้วก็จะไปปลูกผัก ป้าไปอาบน้ำ หนูต้องพุงแกเข้ท้องน้ำ ต้องช่วยอาบน้ำ แต่งตัว แกยังทำไม่ค่อยได้ แต่แกก็ช่วยนะ แล้วก็ให้แกกินข้าว แกดักกินเองได้ แล้วให้กินยา”

3. การบริหารจัดการงานบ้าน ญาติผู้ดูแลทำความสะอาดบ้านบริเวณที่ผู้ป่วยนอนตอนกลางวัน เมื่อเลิกงาน รีดเสื้อผ้าก่อนนอนเป็นบางวัน งานบ้านที่ทำ เช่น ซักผ้า รีดผ้า ทำความสะอาดทั้งบ้าน ทำในวันหยุด

เพราะมีเวลามากกว่าวันทำงาน ญาติผู้ดูแลบริหารจัดการเวลาการทำงานบ้านได้เป็นอย่างดีโดยไม่ไปรบกวนการทำงานนอกบ้านซึ่งจัดว่าเป็นงานหลัก จากที่ญาติผู้ดูแลเล่าว่า “งานบ้านก็ทำทุกวันแต่ไม่มาก ก็ล้างชาม กวาดบ้าน รีดผ้านี้หนูจะรีดก่อนนอนเป็นบางครั้งนะ ส่วนใหญ่ก็จะทำเสาร์อาทิตย์ ซักผ้าก็ใส่เครื่อง อาทิตย์หนึ่งก็ 2-3 ครั้ง” หรือ “งานไม่เคยเสีย หนูจัดเวลาได้”

4. การบริหารจัดการการเงิน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ญาติผู้ดูแลรู้ว่าครอบครัวต้องขาดรายได้ และจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ญาติผู้ดูแลต้องเป็นผู้หารายได้คนเดียว ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องจัดการการเงินในครอบครัว มีจัดการบริหารเรื่องรายได้และค่าใช้จ่ายของตนเองและครอบครัว โดยใช้จ่ายเท่าที่จำเป็น ไม่จ้างผู้ดูแล สามารถรักษาสถิตของรายได้และค่าใช้จ่ายได้จากที่ญาติผู้ดูแลเล่าว่า “ช่วงแรกสิทธิหนูอยากให้มีคนมาช่วยดูแล แต่ต้องจ้างเค้า หนูไม่มีเงินจ้างหรอกตั้งหลายตังค์”

จากการสัมภาษณ์จะเห็นพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลที่เปลี่ยนไปทั้งจากการเป็นหลานอย่างเดียวมาเป็นญาติผู้ดูแล การทำงานโดยไม่มีภาระมาเป็นการทำงานแบบมีภาระดูแลผู้อื่นและการหารายได้คนเดียวว่า ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อดำรงบทบาทเดิมและบทบาทที่เปลี่ยนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านร่างกาย ร่างกายและจิตใจมีการทำงานประสานกันตลอดเวลา แยกจากกันไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องดูแลเพียงลำพัง ประกอบกับต้องทำงานนอกบ้านด้วย ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับร่างกายและจิตใจดังนี้

1. การรับประทานอาหาร ระยะแรกญาติผู้ดูแลต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ยังปรับตัวไม่ได้ ทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารได้น้อยลง ไม่อยากอาหาร เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลรับประทานอาหาร

อาหารเป็นเวลาพร้อมผู้ป่วยทั้ง 3 มื้อ และรับประทานอาหารเหมือนกัน แต่รับประทานน้อย ผอมลงเล็กน้อย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น ญาติผู้ดูแลรับประทานอาหารนอกบ้านบ้างไม่ต้องรับประทานพร้อมกันทุกมื้อ และรับประทานตามใจชอบได้มากขึ้น น้ำหนักคงที่ เช่นคำกล่าวที่ว่า “หลัง ๆ นี้ช่วงกลางวันอยากกินอะไรก็กินได้”

2. การนอนหลับ/พักผ่อน ญาติผู้ดูแลมีความแปรปรวนในการนอน นอนตึก นอนไม่ค่อยหลับ กังวลกลัว เพราะต้องนอนอยู่บ้านคนเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อนเพราะต้องมาดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านช่วงแรก ญาติผู้ดูแลนอนไม่ค่อยหลับ ตื่นบ่อย นอนไม่เป็นเวลาหลับเป็นช่วง ๆ ต้องตื่นมาดูผู้ป่วยบ่อย จึงเริ่มวางแผนโดยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะตื่นตอนไหน และจัดการดูแลเป็นเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลนอนหลับ/พักผ่อนได้มากขึ้น ไม่ต้องตื่นบ่อย จัดการดูแลในเรื่องต่าง ๆ เป็นเวลาได้ดี เช่นที่กล่าวว่า “พอเริ่มรู้วิธีจัดการเป็นเวลาได้ หนูก็สามารถควบคุมจัดการเวลาการตื่น การนอนของหนูได้ดีขึ้น” หรือ “หลัง ๆ มานี้จะรู้เวลาว่าจะตื่นตอนไหนบ้าง เริ่มจัดการได้”

3. การขับถ่าย ระยะแรกมีปัญหาเรื่องท้องผูกและปัสสาวะน้อยสีเข้ม เพราะไม่มีเวลาในการขับถ่าย ตื่นน้ำน้อย เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติผู้ดูแลถ่ายอุจจาระเป็นเวลาในช่วงเช้าภายหลังดูแลผู้ป่วยเสร็จและก่อนไปทำงานไม่ต้องรีบ ประกอบกับตื่นน้ำมากขึ้น จึงมีการขับถ่ายปกติเหมือนเดิม จากที่กล่าวว่า “หนูไม่ได้ถ่ายทุกวัน บางครั้งก็ 2 วัน 3 วัน ปกติไม่เคยท้องผูก”

4. อาการที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ในระยะแรกที่ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลไม่ค่อยได้พักผ่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีร่างกายอ่อนแอลง เกิดอาการปวดศีรษะและปวดเมื่อย แต่ญาติผู้ดูแลสามารถแก้ไขได้ เมื่อมีอาการปวดศีรษะ ญาติผู้ดูแลไปพบแพทย์และได้ยามารับประทาน ทำให้อาการหายไป เมื่อมีอาการปวดเมื่อย หากมีอาการน้อยญาติผู้ดูแลจะบรรเทาอาการโดยการบีบนวดตัวเอง

ถ้ามีอาการมากจะไปทำกายภาพบำบัดหรือวางแผนประคบร้อนตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัด อาการปวดเมื่อยก็จะหายไป เช่นที่กล่าวว่า “ช่วงนั้นกินยาไปพักหนึ่ง ปวดหัวบ่อย” หรือ “เวลาปวดเมื่อย หนูก็บีบนวดตัวเอง ก็ดีขึ้น”

5. ความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลจะมีความกลัว กังวล ไม่รู้ว่าจะดูแลอย่างไร ยังปรับตัวไม่ได้ จึงหาข้อมูลในการดูแล จัดเวลาในการดูแลและการทำงาน เมื่อมีความเครียดมาก ๆ จะระบายกับตนเองโดยแอบร้องไห้ และปรึกษาแพทย์เพื่อรับยาคลายเครียดมารับประทาน เพราะทราบว่าการเครียดมาก ๆ จะทำให้ปวดศีรษะ เช่น “ถ้าเครียดมาก ๆ ปวดหัว ก็จะไปหาหมอ”

ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความคิด ความรู้สึกและเจตคติที่ญาติผู้ดูแลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง และความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของญาติผู้ดูแลมีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก เจตคติต่อตนเอง ญาติผู้ดูแลเลือกที่จะดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะเลือกงานและพยายามหาทางออกให้ตนเองโดยคิดว่าผู้ป่วยมีบุญคุณเลี้ยงดูตนเองมา มีโอกาสได้ทดแทนบุญคุณ รักผู้ป่วยจึงเตรียมพร้อมด้วยการหาข้อมูลที่จะดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ ทั้งในเรื่องการดูแลและการทำงาน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสามารถ เช่นจากที่กล่าวว่า “คิดว่าบำมีบุญคุณเลี้ยงหนูมา บำเคยเหนื่อยเลี้ยงเรามาส่วนนี้ก็เป็นตัวที่ช่วย ก็มีกำลังใจที่จะดูแลบำต่อไป”

2. ความมั่นคงและความเชื่อมั่นในตนเอง ระยะแรกที่รู้ว่าต้องดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลไม่มั่นใจว่าจะดูแลได้ เพราะไม่เคยดูแลมาก่อน ญาติผู้ดูแลจึงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลและเรียนรู้ที่จะดูแลให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความชำนาญและมั่นใจในการดูแล ลดเวลาในการดูแล เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นทำให้เกิดความภาคภูมิใจ จากที่กล่าวว่า “พอทำบ่อย ๆ ก็ดีขึ้น”

กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน

มันก็จะมั่นใจขึ้นว่าเราทำได้” หรือ “ใช้เวลาน้อยลง เพราะ
ว่าเราทำคล่องขึ้น”

3. การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง
ญาติผู้ดูแลมีภาพลักษณ์ที่ทรุดโทรมจากการดูแลผู้ป่วย
ทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง เช่น “มีคนทักว่าโทรม ไม่ค่อย
สดชื่น” ภายหลังจากจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลาได้และ
อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงเริ่มดูแลภาพ
ลักษณ์ของตนเองมากขึ้น ทำให้มีภาพลักษณ์ดีขึ้น เช่น
“เพื่อน ๆ เค้าก็ดูว่าเราหน้าตาสดใสขึ้น”

ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ปกติญาติผู้ดูแลจะ
พึ่งตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากการได้รับการสั่งสอน
จากผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตัวเองก่อนที่จะพึ่งพาผู้อื่น และ
ให้ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยเมื่อสามารถช่วยเหลือได้ ทำให้
ญาติผู้ดูแลพิจารณาได้ว่าจะพึ่งตนเองและผู้อื่นในเรื่องใด
เมื่อตนเองมีความรู้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ยังสามารถ
ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย ญาติ
ผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลง
และมีการปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ ญาติผู้ดูแลได้รับ
การสนับสนุนทางอารมณ์จาก 2 ทาง คือ 1) ตัวญาติผู้
ดูแลเอง โดยให้กำลังใจตนเองก่อนที่จะไปขอกำลังใจ
จากผู้อื่น เมื่อรู้สึกสับสนในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การทำงาน
และการจัดการกับตนเอง รับสภาพยังไม่ได้ ญาติผู้ดูแล
จะเริ่มปรับตัวให้ยอมรับร่วมกับปล่อยอารมณ์เพื่อระบาย
ความทุกข์ด้วยการร้องไห้และคิดทางบวกถึงหน้าที่และ
ความรักที่มีให้แก่กัน เช่นที่กล่าวว่า “บางทีหนูก็แอบ
ร้องไห้นะ (ร้องไห้) มันเหนื่อยมากเลยนะ แต่หนูบอก
ใครไม่ได้ (ร้องไห้เงียบ ๆ สักพัก แล้วเช็ดน้ำตาพูดต่อ)
ช่วงนั้นหนูเหนื่อยนะ” และ 2) การสนับสนุนทางอารมณ์
จากภายนอก ซึ่งเป็นส่วนน้อย คือ กำลังใจจากเพื่อน เช่น
“เพื่อน ๆ จะถามอาการบ้าง ให้กำลังใจ” ทำให้ญาติผู้ดูแล
สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้โดยไม่มีผลกระทบ
ต่อตนเองและผู้อื่น เมื่อได้รับคำชมเชยจากแพทย์ พยาบาล
ว่าสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกภูมิใจมากขึ้น
หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากไม่มีญาติพี่น้องที่

จะให้ความช่วยเหลือได้ นอกจากเพื่อนบ้านที่สนิท
คุ้นเคยกัน เพื่อนที่ทำงานและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยใน
ขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล เมื่อต้องมาดูแลผู้ป่วยที่
โรงพยาบาลจะฝากเพื่อนบ้านดูแลบ้านให้หรือฝากเพื่อน
บ้านดูแลผู้ป่วยเมื่อตนเองต้องเลิกงานเย็น ญาติผู้ดูแล
ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลเพื่อยืมอุปกรณ์ และ
การดัดแปลงของใช้ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เพื่อน
ที่ทำงาน หัวหน้างานเข้าใจและแสดงความเห็นใจ เช่น
“เพื่อนซื้อแฟมเพอร์ทไปฝาก” และ “โรงพยาบาลให้ยืม
ไม้เท้าและกระโถน” หรือ “ฝากข้างบ้านเป็นธุระเรื่อง
อาหารเย็น แค่นี้ก็ดี”

2. การพึ่งพาด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เมื่อเกิด
การเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ญาติผู้ดูแลสับสน ไม่ทราบ
ว่าจะดูแลอย่างไร ต้องทำอะไรบ้าง ไม่มีความรู้ในการ
ดูแลมาก่อน ดูแลไม่เป็น ทำให้ญาติผู้ดูแลพยายามหา
ข้อมูลโดยการถามจากผู้รู้ ทั้งแพทย์ พยาบาล และ
นักกายภาพ บำบัด ถึงวิธีการดูแลและการแก้ไขปัญหา
ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
จนเกิดความชำนาญและมั่นใจในการดูแล เช่นที่กล่าวว่า
“ถ้ามีปัญหาของป้า หนูจะถามพยาบาล หรือหมอ”

จากการแสดงพฤติกรรมปรับตัวที่ดีของญาติ
ผู้ดูแล ทำให้เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

1. การจัดตารางชีวิตใหม่ของญาติผู้ดูแล ญาติผู้
ดูแลสามารถปรับตัวจนสามารถปรับตารางชีวิตของตนเอง
ใหม่ ตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนปัจจุบัน

2. ความภูมิใจของญาติผู้ดูแล จากการที่ญาติผู้
ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีและสามารถดูแลผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองจนอาการดีขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึก
ภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจและดีใจ จากสิ่งที่ตนได้ทำ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการดีขึ้น จาก
ผลของการที่ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีและทำให้
ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ภาระการดูแลลดลง
และมีเวลาทำกิจกรรมอื่น

การอภิปรายผล

ครอบครัวของญาติผู้ดูแลมีสมาชิก 2 คนคือ ผู้ป่วย (ป้า) และญาติผู้ดูแล (หลาน) เมื่อผู้ป่วยป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ต้องได้รับการดูแลในด้านต่าง ๆ จากญาติผู้ดูแล (สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค, 2548) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเนื่องจากญาติผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยตั้งแต่เล็ก ผู้ป่วยเป็นผู้เลี้ยงดู ส่งให้เรียนหนังสือ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ได้ตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ที่พึงกระทำ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; อธิษฐาน ชินสุวรรณ, 2549) แต่การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่ไม่ได้คาดหมายมาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลไม่ได้เตรียมตัวในการดูแล ไม่มีความรู้และเกิดความไม่มั่นใจว่าจะดูแลได้ (Burman, 2001) ญาติผู้ดูแลจึงหาข้อมูลเรื่องโรคและการดูแลจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ เพื่อฝึกทักษะและเตรียมความพร้อมในการดูแล ทำให้เกิดความมั่นใจ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวช่อ, 2552) สำหรับรายได้ในครอบครัวจากแหล่งเดียวคือ ญาติผู้ดูแล แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลจัดสรรรายได้และค่าใช้จ่ายให้เกิดความสมดุล ญาติผู้ดูแลพยายามปรับตัวด้วยวิธีต่าง ๆ จนสามารถปรับตัวได้โดยแสดงออกเป็นพฤติกรรมในการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน

1. ด้านบทบาทหน้าที่ ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหลานมาเป็นญาติผู้ดูแล เพราะไม่มีญาติคนอื่นและญาติผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีความรับผิดชอบต่อผู้มีพระคุณ (Jullamate et al., 2006) จากระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น และสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อให้เกิดความมั่นคงในครอบครัวได้ (อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) ญาติผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงบทบาทการทำงาน

นอกบ้านโดยไม่มีภาระมาเป็นการทำงานโดยมีภาระดูแลผู้อื่น ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทนี้ได้โดยไม่กระทบกับบทบาทการทำงานของตนเอง สามารถทำงานได้ตามปกติในขณะที่ต้องดูแลผู้ป่วย (อิศรพงษ์ ยรรยง และปิยะภัทร พัทธาวีวัฒน์พงษ์, 2546) และบทบาทผู้หารายได้ของครอบครัวเพียงลำพัง ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง จากการที่ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลายบทบาทพร้อมกันทำให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาว่างน้อยลง จึงต้องวางแผนจัดเวลาล่วงหน้าในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (สุสิกร ทาทอง, 2550; นันทพร ศรีนัม, 2550) จัดเวลาให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่กระทบต่อการทำงานนอกบ้านและไม่ต้องปรับเปลี่ยนเวลาทำงาน ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นลง ทำให้สามารถบริหารการเงินในครอบครัวได้โดยไม่เป็นหนี้ ญาติผู้ดูแลบริหารจัดการเวลาทั้งในการทำงาน การดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย การทำงานบ้าน รวมถึงการบริหารจัดการการเงินในครอบครัวด้วย

2. ด้านร่างกาย รวมถึงจิตใจและอารมณ์ด้วย ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงที่พบคือ พักผ่อนน้อย นอนไม่หลับ มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น รับประทานอาหารน้อยลง มีภาวะสุขภาพแย่ลงจากเดิม (สุสิกร ทาทอง, 2550; นันทพร ศรีนัม, 2550; ลักษณา บึงมูม, 2552; Sit et al., 2004) และมีความวิตกกังวล เครียด ไม่มั่นใจว่าจะดูแลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะใน 6 เดือนแรกของการดูแล เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแล (ลักษณา บึงมูม, 2552) เมื่อมีความรู้และทักษะในการดูแลมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในแต่ละวันในการดูแลลดลง ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ความเครียดของญาติผู้ดูแลก็ลดลง (อิศรพงษ์ ยรรยง และปิยะภัทร พัทธาวีวัฒน์พงษ์, 2546; Cannuscio et al., 2004) ญาติผู้ดูแลหาข้อมูลในการดูแล จัดเวลาในการดูแลจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ให้การดูแลบ่อย ๆ (Jullamate et al., 2006) จัดเวลาของตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และหาวิธีการบรรเทาอาการ

ที่เกิดขึ้น เช่น การปรึกษาแพทย์ นักกายภาพบำบัด ตลอดจนการบำบัดตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวด้านร่างกายได้ (เพียว ประเสริฐศรี, 2545; รุ่งนภา เขียวอ่ำ, 2552; วิมาลา เจริญชัย, ภัทราภรณ์ พงษ์ปิ่นคำ, และศรีนวล วิวัฒน์คุณุปรการ, 2548; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542)

3. ด้านอัตมโนทัศน์ เมื่อมีการปรับตัวด้านร่างกายเหมาะสม ส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีอัตมโนทัศน์ดี (รุ่งนภา เขียวอ่ำ, 2552; อรศิลป์ ชื่นกุล, 2542) การเลี้ยงดูเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความกตัญญู รู้สึกว่าการดูแลเป็นการได้ทดแทนบุญคุณและการแสดงความรักที่มีต่อผู้มีพระคุณ ทำให้เกิดกำลังใจในการดูแล และจะหาทางระบายความรู้สึกหรือความเครียดเมื่อเกิดความเหนื่อยหรือท้อแท้ (อธิฐาน ชินสุวรรณ, 2549) หาข้อมูลในการดูแล และฝึกทักษะโดยให้การดูแลบ่อย ๆ จนเกิดความชำนาญและมั่นใจในการดูแล ทำให้รู้สึกชีวิตมีค่ามากขึ้น ภูมิใจในสิ่งที่ทำ (Haley et al., 2009)

4. ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ญาติผู้ดูแลและพึ่งตัวเองเป็นอันดับแรกก่อนที่จะพึ่งผู้อื่น สิ่งที่ญาติผู้ดูแลต้องการ คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ สร้างกำลังใจให้ตัวเองโดยคิดทางบวกร่วมกับระบายความเครียดโดยการร้องไห้ ก็สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ (Saban, Sherwood, DeVon, & Hynes, 2010) และได้รับการให้กำลังใจจากเพื่อน 2) แหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานและโรงพยาบาล ทั้งด้านเครื่องมือ เครื่องใช้สำหรับผู้ป่วย แรงกายในการช่วยดูแลผู้ป่วยให้เป็นครั้งคราว (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548) และ 3) ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล จากบุคลากรทางการแพทย์และการฝึกการดูแล (Oupra et al., 2010; Sit et al., 2004) เพื่อให้เกิดความมั่นใจและชำนาญในการดูแล

เมื่อญาติผู้ดูแลปรับตัวได้ดี ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยและสามารถทำงานนอกบ้านได้ นอกเหนือจากนั้นคือ ญาติผู้ดูแลมีตารางชีวิตใหม่ที่ผสมผสานการดูแล การทำงานนอกบ้านเข้ากับวิถีชีวิตของตนเองได้อย่างลงตัว

เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลและสามารถทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงลึกกับญาติผู้ดูแลเพียง 1 ราย ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังญาติผู้ดูแลรายอื่นที่มีคุณสมบัติแตกต่างจากตัวอย่างที่คัดเลือกมาศึกษาได้ อีกทั้งมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของญาติผู้ดูแล เป็นต้นว่าอาการของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น มีส่วนทำให้การปรับตัวของญาติผู้ดูแลเป็นไปด้วยดี รวมทั้งความยากลำบากในการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา และการที่ญาติผู้ดูแลมีภาระ 2 เรื่อง คือ เรื่องงานและการดูแลผู้ป่วย ทำให้หาเวลาสัมภาษณ์ได้ลำบาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ ในการวางแผนดูแล ให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านและญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแล นอกจากนี้ ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการเรียนการสอนได้ โดยการใช้เป็นตัวอย่างให้นักศึกษาพยาบาลและผู้สนใจสามารถศึกษาด้วยตนเอง เรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน

เอกสารอ้างอิง

ชูลีกร ทาทอง. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา และผลของการปรับตัวของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวช, และเมตตา คำพิบูลย์. (2553). ประเด็นสารวัณโรคภัยค้ำคอโลก. ถึงข้อมูลวันที่ 12 ตุลาคม 2553 จาก http://www.nno.moph.go.th/loops/modules/newbb/viewtopic.php?post_id=1101
- นันทพร ศรีน้อม. (2550). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พเยาว์ ประเสริฐศรี. (2545). การปรับตัวของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รวมอธิบดีพยาบาลสาร*, 2(1), 84-93.
- รุ่งนภา เขียวขำ. (2552). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา บึงมูม. (2552). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมาลา เจริญชัย, ภัทราภรณ์ หุ่นคำ, และศรีนวล วิวัฒน์คุณุปร. (2548). พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *พยาบาลสาร*, 32(2), 22-33.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร จิรวินกุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.
- สุลักษณ์ วงศ์ธีรภัค. (2548). การพัฒนาชุดการสอนสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นอัมพาต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สถิติอัตราเกิดโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อธิฐาน ชินสุวรรณ. (2549). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อิศรพงษ์ ยรรยง, และปิยะภัทร พัทธวิวัฒน์พงษ์. (2546). ความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 13(2), 63-69.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. (2542). การปรับตัวและความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Bainbridge, H. T. J., Cregan, C., & Kulik, C. T. (2006). The effect of multiple roles on caregiver stress outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 490-497.
- Bakas, T., Austin, J. K., Okonkwo, K. F., Lewis, R. R., & Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(5), 242-252.
- Burman, M. E. (2001). Family caregiver expectations and management of the stroke trajectory. *Rehabilitation Nursing*, 26(3), 94-99.
- Cannusio, C. C., Colditz, G. A., Rimm, E. B., Berkman, L. F., Jones, C.P., & Kawachi, I. (2004). Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Social Science & Medicine*, 58, 1247-1255.
- Chow, S. K., Wong, F. K., & Poon, C. Y. (2007). Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 16(7b), 133-143.
- Chumbler, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M. V., Vogel, W. B., & Qnin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 944-953.
- Corrozzella, J., & Janch, E. C. (2002) Emergency stroke management: A new era. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 35-57.
- Draper, P., & Brocklehurst, H. (2007). The impact of stroke on well-being of the patient's spouse: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 264-271.
- Haley, W. E., Allen, J. Y., Grant, J. S., Clay, O. J., Perkins, M., & Roth, D. L. (2009). Problem and benefits reported by stroke family caregivers: Results from a prospective epidemiological study. *Stroke*, 40, 2129-2133.

กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน

- Jullamate, P., de Azeredo, Z., Pául, C., & Subgranon, R. (2006). Thai stroke patient caregivers: Who they are and what they need. *Cerebrovascular Disease*, 21, 128-133.
- Klinedinst, N. J., Gebhardt, M. C., Aycock, D. M., Nichols-Larsen, D. S., Uswatte, G., Wolf, S. L., et al. (2009). Caregiver characteristics predict stroke survivor quality of life at 4 months and 1 year. *Research in Nursing & Health*, 32, 592-605.
- Lefaiver, C. A., Keough, V., Letizia, M., & Lanuza, D. M. (2007). Using the Roy adaptation model to explore the dynamics of quality of life and the relationship between lung transplant candidates and their caregivers. *Advances in Nursing Science*, 30(3), 266-274.
- Oupra, R., Griffiths, R., Pryor, J., & Mott, S. (2010). Effectiveness of supportive educative learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health and Social Care in the Community*, 18(1), 10-20.
- Periard, M. E., & Ames, D. B. (1993). Lifestyle changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. *Public Health Nursing*, 10, 252-256.
- Rittman, M., Hinojosa, M. S., & Findley, K. (2009). Subjective sleep, burden, depression, and general health among caregivers of veterans poststroke. *Journal of Neuroscience Nursing*, 14(1), 39-51.
- Roy, C. (2008). *The Roy adaptation model* (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Saban, K. L., Sherwood, P. R., DeVon, H. A., & Hynes, D. M. (2010). Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: A literature review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42(3), 128-137.
- Shyu, Y. L., Chen, M., Chen, S., Wang, H., & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497-2508.
- Sit, J. W., Wong, T. K., Clinton, M., Li, L. S., & Fong, Y. M. (2004). Stroke care in home: The impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 816-824.
- Steiner, V., Pierce, L., Drahuschak, S., Nofziger, E., Buchman, D., & Szirony, T. (2008). Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 40(1), 48-54.
- Vanhook, P. (2009). The domains of stroke recovery: A synopsis of the literature. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(1), 6-17.

A Case Study: Adaptation of a Working Caregiver to a Stroke Patient

Saranya Saengmanee M.N.S. (Adult Nursing)*

*Manee Arpanantikul** Ph.D. (Nursing)*

*Yupapin Sirapo-ngam*** D.S.N. (Adult Health Nursing)*

Abstract: This qualitative study aimed to investigate a case study concerning the adaptation of a working caregiver to a stroke patient. Purposive sampling was used to select a case of a female caregiver who had good adaptation in caring for a patient without any assistance from others and who could work outside the home. Three in-depth interviews using the interview guide containing questions about the adaptation of a working caregiver with tape recording were used to collect data. Data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the caregiver had good adaptation in 4 modes: 1) role function mode: the caregiver could appropriately and evenly manage her office time, time to care for the patient, activities to care for the patient, house work, and finances congruently with her working hours; 2) physiological mode: the caregiver could manage the physical and psychological changes and could take care of her health very well; 3) self-concept mode: the caregiver could build up her self confidence and self esteem; 4) interdependence mode: the caregiver could find sources of social support to carry on the care for the patient. In addition, it showed that factors that helped the caregiver have good adaptation consisted of understanding the illness of the patient, a good relationship between the caregiver and the patient, and good human and financial resources. Besides, good adaptation depended on the ability, thinking process, and experience of the caregiver that supported her to take good care of the patient and to work outside the home as usual. The good adaptation of the caregiver resulted in the caregiver's ability to care for the stroke patient while continuously working outside the home by arranging a new life schedule and feeling proud of herself. Importantly, the patient's condition had improved.

Keywords: Working caregiver, Stroke patient, Adaptation, Case study

**Professional Nurse, Taksin Hospital, Bangkok*

***Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: manee.arp@mahidol.ac.th*

****Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*