

การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

สินีนุช ขำดี, พย.ม.**

มณี อาภานันท์กุล, Ph.D. (Nursing)***

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

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การออกแบบงานวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

การดำเนินการวิจัย: ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และเต็มใจเข้าร่วมการศึกษานี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการสัมภาษณ์เชิงลึก 2 ครั้ง ร่วมกับบันทึกเทป และบันทึกภาคสนาม ได้ถอดเทปข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การจำใจยอมรับ การระบายนาม การหนีปัญหา การไม่พึ่งพาผู้อื่น การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และการปรับเปลี่ยนของร่างกาย

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลแต่ละรายที่มีบริบทแตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและเตรียมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และที่สำคัญพยาบาลควรมีการติดตามญาติผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแล รวมทั้งให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (4) 45-63

คำสำคัญ: การปรับตัว ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัว การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และการศึกษาที่ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดี และนักศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: manee.asp@mahidol.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคนี้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2551 ถึงปี 2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 124,532 ราย 176,202 ราย 196,159 ราย 212,186 ราย 227,848 และ 237,039 ราย¹ หลังการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหรือความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ^{2,3} ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่งที่บ้าน เพราะร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พิการจากโรคนี้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและเข้ารับการกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟู² ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ตามมาจากการสูญเสียการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค เนื่องจากระบบประสาทสั่งงานมีการฟื้นตัวได้เร็วในช่วง 3 เดือนแรกซึ่งแนวโน้มการฟื้นตัวช้าลงจนเกือบคงที่เมื่อระยะเวลาประมาณ 6 เดือนหลังเกิดโรค⁴ จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำทุกวัน โดยผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นรางวัลค่าจ้าง อาจเรียกผู้ดูแลนี้ว่าเป็น ญาติผู้ดูแล (family caregiver)³ มักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือดหรือมีความรัก ความเอื้ออาทร มีความรู้สึกถึงบุญคุณระหว่างกัน⁵ ส่งผลให้บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแลมีความรับผิดชอบใหม่เพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมในชีวิตประจำวัน และมีระยะเวลาจำกัดในการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลเนื่องจากผู้ป่วยมีสถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างกะทันหัน ประกอบกับนโยบาย

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้านเร็วขึ้น³ จากการทำญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาสั้นมากในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอาจมีผลกระทบต่อการทำงานบทบาทญาติผู้ดูแลตามมาได้

เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดีเมื่อมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 6 เดือน^{6,7} แต่ในบางการศึกษาสามารถพบกลุ่มญาติผู้ดูแลปรับตัวไม่ได้หรือมีปัญหาในการปรับตัวถึงแม้ได้ให้การดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 6 เดือน เช่น กลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ถึงความเครียดหมดหวังในการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากกว่า 1 ปี⁷ การที่ญาติผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งมีปัญหาการปรับตัว หรือปรับตัวเองไม่ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่ดี และผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้⁸ ในขณะเดียวกันก็อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และนำไปสู่การขาดผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาปัจจัยที่มี

ผลกระทบกับการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล เช่น ความเข้มแข็งของครอบครัว⁷ ความเครียด^{8,16} ความพร้อม การเผชิญปัญหา^{5,17} แรงสนับสนุนทางสังคม³ หรือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁹ เป็นต้น มีบางส่วนศึกษาถึงปัจจัยด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว เช่น การมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย⁹ หรือศึกษาถึงระดับความสามารถในการปรับตัวของผู้ดูแล¹⁵ เป็นต้น สำหรับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีน้อยมากที่พบเป็นการศึกษาเรื่องรูปแบบการช่วยเหลือทางสังคมของเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง¹⁰ การดูแลผู้ป่วยโดยคู่สมรส¹⁴ และกรณีศึกษา: การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน⁶ แต่ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยทำงานด้านสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งมักพบปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่บ่อยครั้ง จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้เข้าใจถึงเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ดูแลกลุ่มนี้ในมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะช่วยโรงพยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือหรือเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักอายุอยู่ในช่วง 18-60 ปี พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) มีปัญหาการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อประเมินจากแบบวัดการปรับตัวในการดูแลของผู้ดูแลของสุทธิดาพงษ์พันธ์งาม¹¹ โดยมีคะแนนรายชื่อในแต่ละด้านของการปรับตัวของผู้ดูแลมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จากการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมีนาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) เรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นคำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยคุณภาพ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 และมีการปรับแก้แนวทางการสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

จริยธรรมในการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/280 ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ได้เซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ได้รับการเก็บรักษาอย่างดี เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นที่ทราบข้อมูล และข้อมูลนี้ได้รับการทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษาและงานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ซึ่งมีการรายงานผลการศึกษานี้ เป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในทางการศึกษาและวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพร้อมบันทึกเสียง จำนวน 2 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในการสัมภาษณ์ทุกครั้ง แต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที จนได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบทุกคน เมื่อจบการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ลงในแบบบันทึกความจำของผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับสถานที่ที่สัมภาษณ์ได้ดำเนินการที่บ้านพักของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเลือกห้องสัมภาษณ์แยกจากห้องพักของผู้ป่วย ซึ่งมีความสะดวก มีความเป็นส่วนตัว และปลอดภัยต่อญาติผู้ดูแลและผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามวิธีการของมณี อากานันท์กุล ที่ดัดแปลงมาจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ของเบนเนอร์¹¹ ดังนี้ 1) ถอดเทปข้อมูลเสียงจากการบันทึกเทปขณะกลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์พร้อมบันทึกพฤติกรรม ทำทาง และน้ำเสียงของกลุ่มตัวอย่างเป็นภาษาเขียน 2) ตรวจสอบข้อมูลภาษาเขียนให้มีเนื้อหาตรงกับข้อมูลเสียงจากเทป 3) ฟังข้อมูลเสียงการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจากเทปซ้ำไปมา จนเข้าใจในเนื้อหาและรับรู้ถึงประเด็นของการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละการสัมภาษณ์ 4) อ่านข้อมูลภาษาเขียนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลของแต่ละบทสัมภาษณ์ จนสะท้อนข้อมูลที่สำคัญและประเด็นการปรับตัวโดยภาพรวมของญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลจนครบ 5) คัดเลือกข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลจากบทสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (paradigm case) ที่มีเนื้อหาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลสมบูรณ์มากที่สุด เพื่อใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลอื่น ๆ 6) ลงรหัสข้อมูล (coding) ร่วมกับสร้างคำถามจากข้อมูลที่มีเนื้อหาการปรับตัวที่แตกต่างจากข้อมูลการปรับตัวของญาติผู้ดูแลรายอื่น และนำไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในครั้งที่ 2 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ รวมทั้งเป็นการตรวจสอบข้อมูลกับญาติผู้ดูแลอีกครั้ง 7) เปรียบเทียบความเหมือนหรือความแตกต่างระหว่างข้อมูลหรือประเด็นการปรับตัวของญาติผู้ดูแลแต่ละราย และบันทึกแยกกลุ่มข้อมูลเป็นหมวดหมู่ตามข้อมูลหรือประเด็นการปรับตัวของญาติผู้ดูแล 8) จัดหมวดหมู่ของข้อมูลรวมเป็นประเด็นย่อย (category) และพิจารณาประเด็นย่อยให้เป็นประเด็นหลัก (emergent themes) ที่สะท้อนการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9) ตรวจสอบความถูกต้อง (verify) กับข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์ และตรวจสอบประเด็นหลักอีกครั้งกับอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing) จนได้ความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นหลักดังกล่าวตรงกัน จึงสรุปผลการศึกษา

ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (trustworthiness) ใช้เกณฑ์การประเมินของคูบาและลินคอล์น ประกอบด้วย 4 อย่าง^{11,12} ได้แก่ 1) การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัย (credibility) โดยสร้างสัมพันธภาพ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายละเอียด 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 – 120 นาที ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมท่าทางของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่สัมภาษณ์ มีการตรวจสอบข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 (member checking) มีอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น อีกทั้งผลการศึกษานี้ให้ความรู้เชิงลึกและเป็นประสบการณ์จริง สามารถนำความรู้ที่ได้ไปต่อยอดหรือวิจัยเพิ่มเติมได้ 3) สม่่าเสมอ (consistency) การวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เดียวกัน ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเดียวกันในทุกราย มีการบันทึกเสียงและพฤติกรรมดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นระบบและตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เหมือนกันทุกราย และ 4) การยืนยันผล (confirmability) มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้โดยตรง ไม่มีการบิดเบือนผลของการวิเคราะห์ข้อมูลมีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและนักวิจัยจนได้ผลสรุปตรงกัน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลมีจำนวน 10 ราย เพศหญิง 8 ราย เพศชาย 2 ราย มีอายุระหว่าง 38-60 ปี อายุเฉลี่ย 49 ปี (SD = 8.3) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ญาติผู้ดูแลครึ่งหนึ่งเป็นบุตรของผู้ป่วย ระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อนเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับไม่ดี มีจำนวน 2 รายและ 4 รายอยู่ในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ (9 ราย) ต้อง

ประหยัดเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง และของผู้ป่วย สำหรับอาการเจ็บป่วยของญาติผู้ดูแลเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบญาติผู้ดูแลจำนวน 5 ราย มีอาการปวดหลัง และ 1 รายเป็นความดันโลหิตสูง ส่วนจำนวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลต้องทำมี 5 – 10 กิจกรรม โดยมี 2 รายทำ 10 กิจกรรมต่อวัน ญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยเหลือทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด 2 กิจกรรม ซึ่งพบว่า ครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลมีความถี่ในการได้รับความช่วยเหลือนาน ๆ ครั้ง รวมทั้งญาติผู้ดูแลทุกคนต้องรับผิดชอบทำงานบ้านด้วย และมีญาติผู้ดูแล 7 รายที่ให้ข้อมูลว่า ไม่เคยได้ไปพักผ่อนส่วนตัวนอกบ้านเลย ตั้งแต่เข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ดังตารางที่ 1 แสดงข้อมูลของผู้ป่วย และตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของญาติผู้ดูแล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การจำใจยอมรับ 2) การระบายอารมณ์ 3) การหนีปัญหา 4) การไม่ฟังพ่ผู้อื่น 5) การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และ 6) การปรับเปลี่ยนของร่างกาย ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การจำใจยอมรับ หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลไม่สามารถหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ในสถานการณ์ดูแลได้ จึงต้องพยายามควบคุมจิตใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยท่ามกลางปัญหาต่างๆ ในสถานการณ์การดูแลต่อไปได้ ประกอบด้วย การจำใจยอมรับต่อสถานการณ์การดูแล การอดทนต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย และการปิดปากเงียบ

การจำใจยอมรับต่อสถานการณ์การดูแล ว่า ต้องรับผิดชอบดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพียงลำพัง เป็นการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะการ

ดูแลผู้ป่วยเป็นงานยาก ซับซ้อน ทำให้สมาชิกอื่นในครอบครัวปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ให้อาหารทางสายยาง เขา (แม่เลี้ยง) ไม่เอายาก เขาทำไม่ได้ ไม่กล้า กลัว ต้องทำเอง” (รายที่ 5) “เค้าไม่ค่อยรู้หรอก (การดูแลผู้ป่วย) มันเป็นหน้าที่ของพี่เอง” (รายที่ 2)

การอดทนต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความจำเป็นในชีวิตจึงต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่น การเป็นลูกคนเล็กที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่พี่ เป็นผู้ที่ไม่มีงานทำ เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ดังนั้นจึงต้องมาช่วยครอบครัวดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวด้วยการอดทน หากเกิดความรู้สึกทางด้านลบในสถานการณ์การดูแล โดยญาติผู้ดูแลบางรายคิดว่าตนจะสามารถอดทนต่อปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจทนได้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง แต่ในอนาคตส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่าตนจะอดทนต่อไปได้หรือไม่ แต่ญาติผู้ดูแลบางรายพยายามอดทนดูแลผู้ป่วยจนฝ่ายหนึ่งตายจากไป เพราะไม่รู้

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย (N= 10 ราย)

ผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความบกพร่องของระบบประสาท	ระดับการฟื้นฟู	การอ่อนแรง	ระดับการพึ่งพาญาติผู้ดูแล
1	หญิง	88	ตีบ	ปานกลาง	ดีขึ้น	ซีกซ้าย	พึ่งพาบางส่วน
2	หญิง	66	ตีบ	มาก	คงเดิม	ซีกขวา	พึ่งพาทั้งหมด
3	ชาย	62	ตีบ	ปานกลาง	คงเดิม	ทั้งสองซีก	พึ่งพาบางส่วน
4	ชาย	72	ตีบและแตก	มากที่สุด	แย่ลง	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
5	หญิง	65	ตีบ	มาก	คงเดิม	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
6	ชาย	78	ตีบ	มาก	แย่ลง	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
7	ชาย	55	ตีบ	มาก	คงเดิม	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
8	ชาย	85	ตีบ	มากที่สุด	แย่ลง	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
9	หญิง	81	ตีบ	มาก	คงเดิม	ทั้งสองซีก	พึ่งพาทั้งหมด
10	หญิง	68	ตีบ	มาก	คงเดิม	ซีกขวา	พึ่งพาบางส่วน

วิธีการใดมาช่วยให้มีสถานการณ์การดูแลที่ดีกว่าเดิมได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“งานก็ไม่มี ต้องอาศัยพี่สาวเอา งานมาให้ แต่ต้องดูแลด้วย เราไม่มีที่ไป ต้องทนอย่างนี้ เบื่อโมโหก็ทำอะไรไม่ได้ ก็ทนดูกันไป” (รายที่ 2) “ต้องดูแล ทนไป นานคงไม่ไหว ภายภาคหน้าไม่รู้ไม่ไหว ก็ไม่ทนแล้ว” (รายที่ 4) “ต้องดูกันจนตายกันไปข้างนึง คนป่วยลำบาก คนดูก็ลำบาก ต้องอยู่ต้องทนกันไป” (รายที่ 7)

การปิดปากเงียบ เมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยปิดปากเงียบ ไม่ได้แย้งหรือเถียงให้เกิดปัญหาเพิ่มอีก และญาติผู้ดูแลบางรายจะปลีกตัวไปคิดหาเหตุผลที่ดีให้กับตนเองที่ต้องมาทนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคนเดียวในที่เงียบ ๆ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ไม่อยากเถียงแม่ให้บาป ถ้าโมโหมาก พี่ไปอยู่บนห้องคิดให้คำตอบกับตัวเอง เออมาดูแลมันดีนะ” (รายที่ 1) “น้องเค้าเหนื่อย ก้อบ่นว่าดัง ๆ เราไม่อยากมีปัญหา ก็เงียบ ทำงานไป” (รายที่ 8)

ตารางที่ 2 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล (N= 10 ราย)

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	ระดับสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย	อาชีพก่อน - หลังให้การดูแลผู้ป่วย	ระยะเวลาดูแล (เดือน)	จำนวนกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย/วัน	การพักผ่อนส่วนตัวนอกบ้าน
1	หญิง	44	บุตร	ดีมาก	ว่างงาน - ว่างงาน	6	5	ช่วงดูแลบุตร วันเสาร์-อาทิตย์
2	หญิง	51	บุตร	ดีปานกลาง	ขายของตลาดนัด - เย็บกระเป๋าที่บ้าน	6	9	ไม่เคย
3	ชาย	60	พี่ชาย	ไม่ดีเลย	ว่างงาน - ว่างงาน	6	5	ไม่เคย
4	หญิง	52	ภรรยา	ดีมาก	รับทำงานบ้าน - ว่างงาน	6	8	ไม่เคย
5	ชาย	38	บุตร	ดีปานกลาง	ธุรกิจอยู่ซ่อมรถ-ธุรกิจอยู่ซ่อมรถ	6	10	ช่วงรอผู้ป่วย พอกเล็ด
6	หญิง	42	บุตร	ไม่ดีเลย	ว่างงาน - ว่างงาน	6	8	ไม่เคย
7	หญิง	60	พี่สาว	ดีปานกลาง	ว่างงาน - ขายสลากกินแบ่ง	6	6	ไม่เคย
8	หญิง	49	บุตร	ดีมาก	ว่างงาน - ว่างงาน	6	10	ไม่เคย
9	หญิง	54	บุตร	ดีมาก	ขายของชำที่บ้าน - ว่างงาน	6	8	ไม่เคย
10	หญิง	40	บุตรสะใภ้	ดีปานกลาง	รับจ้าง - รับจ้าง	6	6	ช่วงทำงาน

ประเด็นหลักที่ 2 การระบายอารมณ์ หมายถึง การระบายความรู้สึกคับข้องใจหรือความรู้สึกที่ไม่ดีออกมาเพื่อปลดปล่อยความทุกข์ ความอึดอัดใจต่างๆ ที่อยู่ในใจ ลงไปที่บุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งมีประเด็นย่อย ดังนี้ การระบายอารมณ์ลงกับบุคคล การระบายอารมณ์ลงสิ่งของ และการปรับทุกข์

การระบายอารมณ์ลงกับบุคคล เมื่อญาติผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น ผู้ป่วยดื้อ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลลงโทษผู้ป่วยด้วยการตบ ตี ดึงคำให้สัมภาษณ์ว่า

“หยุดหงิด ไม่ช่วยตัวเอง ทำสำออย ยัดมันคว่ำไปเลย (โยนผู้ป่วยเข้าไปในรถ) เบื่อมาก ๆ เคย

คิดเอาป็นยิงกบาล (ยิงผู้ป่วย) ให้หลวงเสี๋ยง (ติดคุก) สบายดีชะกว่า” (รายที่ 3) “บางที ร่วงมาก เราหยุดหงิด ตื้อนัก ดูดเสมหะยาก โมโห ตบปากแกไป เลือดเต็มปากเลย” (รายที่ 4) “โมโห ไม่ยอมงอขา ไม่ยอมทำ เราตี เราตีเขานะ (ผู้ป่วยมีรอยจ้ำ ข้ำตามขา 2 ข้าง) ไม่พาเดินก็ไม่เดิน ไม่ทำ ขยับอยู่แค่นี้ อย่างเนี่ย ตัวของเรา เราต้องทำซิ ใครจะมาทำให้ทั้งวัน” (รายที่ 7) บางรายตำหนิผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นใจและเข้าใจ ตนที่ต้องมาทนดูแลผู้ป่วย ดึงคำให้สัมภาษณ์ว่า “แกร้องเวลายกตัวแก ร้องบ่อย ๆ เราก็ใจเสี๋ยง นี่แม่จะร้องอะไรนักหนา ร้องมาก ๆ มันเครียด ไม่อยากทำเลยนะ ไม่มีหนูแล้วใครเค้าจะเอาแม่

สภาพนี้ใครจะมาดูแล” (รายที่ 2) “เคยเหนื่อยมาก ๆ ก็หงุดหงิด ว่าแม่เป็นไง รู้สึกยังไง ภูมิใจไหม ที่แม่ได้มาอยู่กับลูกที่แม่ไม่เคยทำอะไรเลย” (รายที่ 6) ญาติผู้ดูแลบางรายตำหนิสมาชิกอื่นในครอบครัวเพื่อให้มาช่วยเหลือตนในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น “มันไม่ไหวนะ ไม่มีใครมาช่วยอะไรเลยอย่างนี้ พี่เรียกทั้งพี่ทั้งน้องมาคุยเลย ถ้ายังทำกันอย่างนี้ ฉันก็ไม่ไหวนะ ฉันก็ไม่ดูแลให้แล้วนะ” (รายที่ 6)

การระบายอารมณ์ลงสิ่งของ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลบางรายไม่กล้าทำร้ายหรือตำหนิผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเพราะกลัวบาป จึงปลดปล่อยอารมณ์โดยได้แก่ การขว้างปาสิ่งของ ดังคำพูดที่ว่า

“เครียด โมโห เข้าห้อง เขวี้ยงถัง กะละมัง 2 – 3 ใบ มันก็สบายใจแล้ว” (รายที่ 2) “โมโหมาก ๆ ตีหมอนตีที่นอนดัง ๆ ลักที่สองที มันก็ดีขึ้นนะ” (รายที่ 9)

การปรับทุกข์ ญาติผู้ดูแลบางรายปรับตัวต่อความรู้สึกไม่ดีในใจโดยการเล่าปรับทุกข์ต่าง ๆ ให้กับบุคคลที่ตนไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วย บุคคลนอกครอบครัว ดังคำพูดที่ว่า

“นอนเฝ้าพ่อ (ผู้ป่วย) เห็นพ่อนอน พี่ร้องให้ กอดพ่อ หนูขอโทษ หนูดูแลพ่อไม่ดี หนูทำให้พ่อป่วยมากแบบนี้” (รายที่ 8) “บางครั้งจะคุยกับเพื่อนคนนึง สนทนกันมาก คุยเล่าบอก เค้าจะเข้าใจเราดี” (รายที่ 9)

ประเด็นหลักที่ 3 การหนีปัญหา หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลหลบหลีกการเผชิญหน้ากับปัญหาและสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ตัวผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยประเด็นย่อย ได้แก่ การมี

ความคิดฆ่าตัวตาย การละทิ้งผู้ป่วย การละทิ้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยเมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถอดทนหรือหมดหวัง หมดหนทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์การดูแล จึงมีความคิดที่จะยุติความรับผิดชอบต่อบทบาทญาติผู้ดูแลด้วย

การมีความคิดฆ่าตัวตาย ญาติผู้ดูแลบางรายคิดฆ่าตัวเองเพื่อหนีจากความรับผิดชอบที่ตนเองปฏิเสธไม่ได้และคิดฆ่าผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เหลือภาระต่อไปให้ผู้อื่น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ในขณะที่เราไม่มีทางไป มันก็หนักกว่า ถ้าไม่อยู่ ถ้าตายไปมันคงจบ” (รายที่ 2) “เบื่อไม่อยากจะอยู่เลย บางทีมัน เหนื่อย มันท้อ เคยชวนกันกินยาตาย แยกอมจะตายไปด้วยกัน ไม่เป็นภาระใคร” (รายที่ 4)

การละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลบางรายหนีปัญหาด้วยการขอหยุดหรือยุติการดูแลผู้ป่วย เพราะรู้สึกไม่ไหวและไม่คิดว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบแต่ผู้เดียว เช่น

“ถ้ามันไม่ไหว ตัน (ไม่มีใครมาช่วย) ถึงเวลาต้องหยุด ผมคงต้องไป พ่อไม่ได้มีลูกคนเดียว” (รายที่ 5) “(อีก 2 วัน ผู้ป่วยจะย้ายไปอยู่กับลูกคนเล็ก) ไม่แล้ว พี่คงไม่เอาแม่ไว้ดูแล ไม่ไหว” (รายที่ 6)

การละทิ้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยงดกิจกรรมดูแลที่ตนคิดว่าไม่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างก็ละทิ้งรอให้ผู้อื่นที่ทำได้กลับมาทำให้ หรือไม่มีเวลาจึงไม่ทำกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ทำแผลต้องรอหลานกลับมา คนเดียวพลิกไม่ได้ แผลเยอะด้วย บางทีหลานมามืด เหนื่อย ทำไม่ไหว ก็ไม่เป็นไร เอาไว้ทำพรุ่งนี้ละกัน” (รายที่ 8)
“แต่ก่อนต้องดบหลัง (เคาะปอด) ให้แม่ด้วย ไม่ไหว เดี่ยวนี้ไม่ค่อยได้ทำ ไม่ไหว ไม่มีใคร มาช่วย” (รายที่ 2)

การพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยหยุดการดูแลในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น อยู่นอกห้องผู้ป่วย ออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านให้ผู้ป่วยเอง กลับบ้านของตัวเอง ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อวางเว้นจากการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ผมเลือกไปเอาอาหารปั้นที่ร.พ.เองดีกว่าจะได้ออกจากบ้านทุกวัน อยู่บ้านมันไม่ไหว เครียด” (รายที่ 5) “ผมจะนั่งข้างนอก ไม่ไปนั่งเฝ้ามัน หรอกหรือไม่ก้อขึ้นไปดูทีวีข้างบน ทำเสร็จจะมานั่งตรงนี้ทุกวัน กลางคืนให้มันนอนคนเดียว เข้าค้อยมา” (รายที่ 3)

ประเด็นหลักที่ 4 การไม่พึ่งพาผู้อื่น หมายถึง การไม่ขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว เพราะแหล่งประโยชน์ดังกล่าวไม่ได้ให้การช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อญาติผู้ดูแลประสบกับปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์การดูแล จึงปรับตัวโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ การไม่แจ้งขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เมื่อมีปัญหา การไม่ไว้วางใจวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้อื่น และการไม่ยอมรับการดูแลเมื่อขอความช่วยเหลือ การที่ญาติผู้ดูแล

การไม่แจ้งขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เมื่อมีปัญหา เนื่องจากคิดว่า ไม่สามารถช่วยให้สถานการณ์การดูแลดีขึ้นกว่าเดิม เพราะปัญหาในสถานการณ์การดูแลมักเป็นปัญหาของครอบครัว เช่น ขาดผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยปัญหาด้านการเงิน ปัญหาทะเลาะกันในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินว่า หากหนทางแก้ไขได้ยากจากแหล่งประโยชน์ภายนอก อีกทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นมักเป็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินสมาชิกอื่นในครอบครัวว่าไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจทักษะการดูแลผู้ป่วยและไม่เคยปรึกษากับทีมสุขภาพเหมือนกับตน จึงไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งไม่ยอมรับกวนคนอื่น เช่น

“มีพยาบาลมาเยี่ยมครั้งหนึ่ง บอกว่า มีอะไรให้โทรหาเขาได้ แต่ไม่ยากกวนเขา ไม่รู้จะโทรไปทำไม โทรไป ก็ไม่มีใครช่วยเราได้” (รายที่ 4)
“มีปัญหา ตัวเราต้องช่วยตัวเอง ถ้าทำเองไม่ได้ใครจะมาช่วยเราได้ ไม่มีใครรู้เท่าตัวเรานะ” (รายที่ 7)

การไม่ไว้วางใจวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้อื่น หรือกังวลว่าบุคคลอื่นในครอบครัวจะให้การดูแลที่ไม่ดี ไม่ตรงตามขั้นตอนหรือไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนกับผู้ป่วยและเพิ่มปัญหาในสถานการณ์ดูแลให้กับตนในภายหลังได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“พี่สาว ไม่ค่อยรู้อะไร เราดูแม่มาตลอดเรารู้ เราเข้าใจว่าปัญหามันคืออะไร พุดไปเขาก็อ้อ ไม่เข้าใจช่วยอะไรไม่ได้” (รายที่ 2) “มาดู (ผู้ป่วย) แบบไม่ใส่ใจอย่างนี้ ผมว่า อย่างนี้แปลกกับการที่ผมได้มาทำงาน มันไม่คุ้มเลย” (รายที่ 5)

ไม่อยากโดนตำหนิเมื่อขอความช่วยเหลือ ในปัญหาการดูแลซึ่งเป็นความรับผิดชอบหลักของญาติผู้ดูแล โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นซ้ำ เป็นประจำ เช่น การยกตัวผู้ป่วยคนเดียว ญาติผู้ดูแลควรแก้ปัญหาและดูแลผู้ป่วยเองได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยไม่แจ้งขอความช่วยเหลือ แต่หากมีปัญหาในสถานการณ์การดูแลที่ต้องตัดสินใจเลือก ญาติผู้ดูแลบางรายไม่กล้าตัดสินใจเองเพียงลำพัง เพราะกลัวโดนตำหนิหากตัดสินใจผิดพลาดต้องให้สมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยตัดสินใจ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่มี ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ถ้าเราไปกวนเขามาก ๆ เขาน่า โอ้ย เหนื่อยนะอะไรกันนักหนา กลับมาบ้านยังไม่ได้พักเลย เคยเดินไปเรียกน้องชายมาช่วย เขาจะว่าคนบ้านนั้นมันไม่ช่วยกันเลยหรือ เลยไม่ให้ช่วยอีก” (รายที่ 8) “เราเป็นคนดูแลเอง เราน่าจะตัดสินใจเองได้ แต่ไม่กล้าที่จะตัดสินใจอะไรไป เพราะเรากลัวจะโดนตำหนิ ถ้าเราตัดสินใจเองผิด ไม่อยากให้ใครมาว่าดูแลพ่อ (ผู้ป่วย) ผิด ดูแลไม่ดี” (รายที่ 5) “จะพาพ่อไปหาหมอใหม่ ต้องถามน้องเราต้องปรึกษาเค้า เค้าต้องเตรียมเงิน ค่าใช้จ่ายเงินเค้าให้มา ต้องขออนุญาตเค้าก่อน เพราะทำอะไรทุกอย่างมันเป็นเงินเงิน” (รายที่ 8)

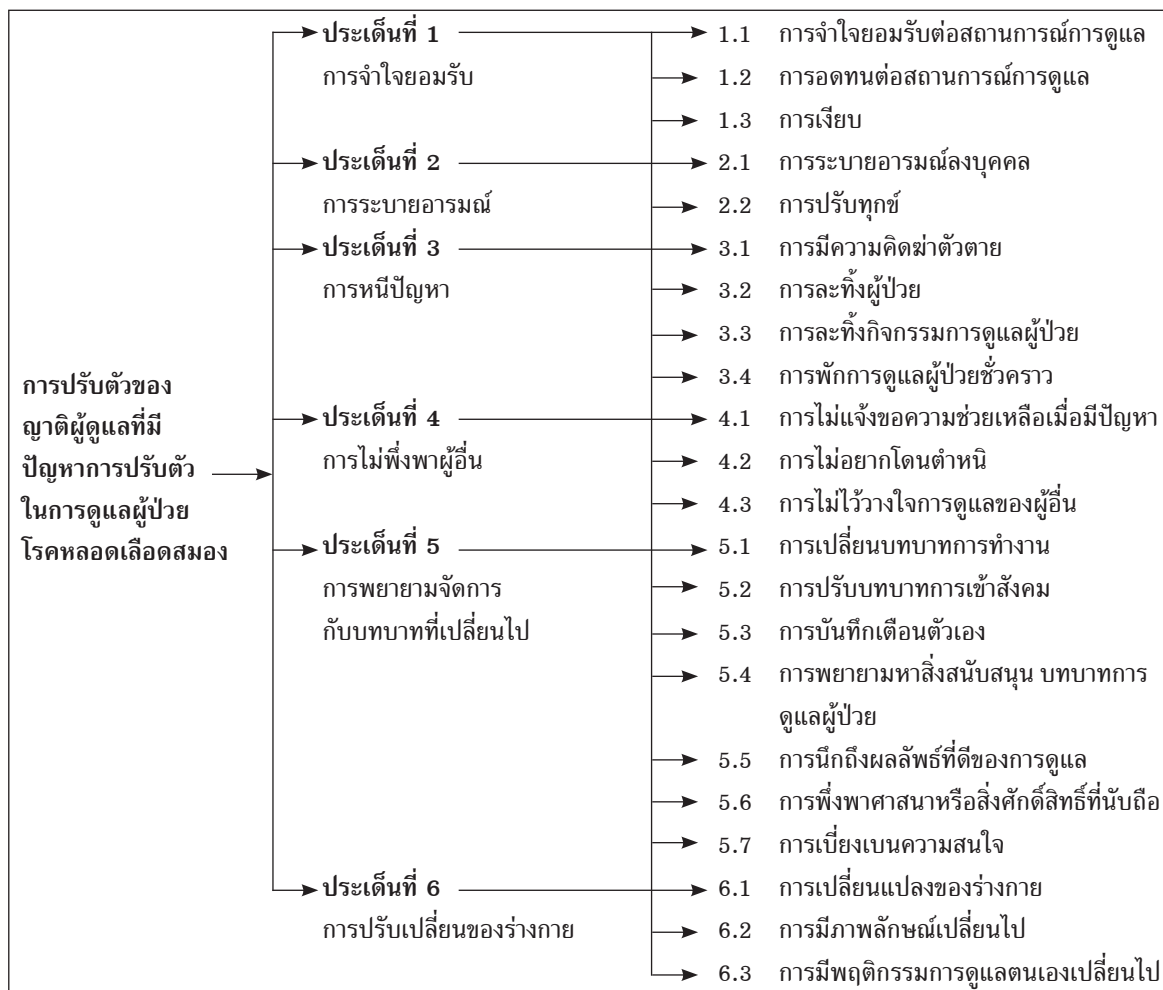
ประเด็นหลักที่ 5 การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป หมายถึง การใช้วิธีการที่หลากหลายในการจัดการกับอารมณ์และบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบในแต่ละวัน ได้แก่ บทบาทการทำงาน บทบาทในการดูแลผู้ป่วย บทบาทการเข้าถึงสังคมให้เป็นไปได้ด้วยดีตามอัตรภาพ มีประเด็นย่อย ดังนี้

การเปลี่ยนบทบาทการทำงาน การพยายามหาสิ่งสนับสนุน บทบาทการดูแล การปรับลดบทบาทการเข้าถึงสังคม การบันทึกเตือนตัวเอง การนึกถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล การพึ่งพาศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ และเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียด

การเปลี่ยนบทบาทการทำงาน เมื่อความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อจัดการกับบทบาทต่างๆ ที่ต้องทำในแต่ละวัน ได้แก่ บทบาทการทำงาน นอกบ้าน บทบาทการทำงานบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

บทบาทการทำงานนอกบ้าน ญาติผู้ดูแลบางรายจะหยุดหรือลาออกจากงาน บางรายเปลี่ยนมาทำงานที่บ้านแทนการทำงานนอกบ้าน บางรายปรับเวลาในการทำงานนอกบ้านโดยไปทำงานช้าและกลับมาบ้านเร็วกว่าเวลาการทำงานเดิม ขณะที่บางรายเลือกงานที่ใช้เวลาการทำงานสั้น ๆ เพื่อให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย เช่น งานขายส่งลอตเตอรี่ งานรถรับจ้างเหมา เป็นต้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“เจ้านายให้เราออกเลย แก่ป่วย เราออกมาดูแลแก” (รายที่ 4) “อาศัยรับเย็บกระเป๋าที่บ้าน เย็บไปดูแลไป” (รายที่ 2) “ไปทำงานไม่ได้เลยหยุดมา 6 เดือนแล้ว เดียวนี้ผมลองเริ่มกลับมาทำงาน ได้ 5 วันแล้ว รอให้อาหารมีออกกลางวันพอก่อน แล้วค่อยมาทำงานอยู่ มาเดี๋ยวต้องกลับแล้ว” (รายที่ 5) “รับลอตเตอรี่เดือนละ 2 ครั้ง (2 วัน) ไปเอาที่กองสลากโน้นมาส่งที่พระประแดง” (รายที่ 7) “เราต้องหยุดวิ่งวิน (รถโดยสารประจำทาง) เลย ทำไม่ได้ มาวิ่งเหมาแทน ใครมาเหมาเราไป มันไปแค่ 2 - 3 วัน” (รายที่ 10)



แผนภาพที่ 1 การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทการทำงานบ้าน ญาติผู้ดูแลปรับตัว โดยจัดเวลาทำงานบ้านในช่วงเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วย พยายามเร่งทำงานบ้านให้เสร็จโดยเร็วเพื่อให้ทันกับเวลาที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เลือกเวลาซักผ้า หลังจากเสร็จงานดูแลผู้ป่วย เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากภายนอกเพื่อไม่เสียเวลาทำอาหาร หรือทำความสะอาดห้องน้ำแค่พอสะอาด ดึงคำให้สัมภาษณ์ว่า

“อ๊วย ต้องทำเค้า (ผู้ป่วย) ให้เสร็จก่อน วางกองๆ ไว้ เสื้อผ้า งานซั่ม เสร็จเค้า 10 โมง กินเสร็จ ค่อยเก็บล้าง ห้องน้ำซัดแป็บๆ พอ ต้องทำอะไร

เร็วๆ มันต้องรีบมาอ้อยอิ่งได้ไง” (รายที่ 2)
“บ้านกวาดเช็ดลวกๆ พอใช้ได้เอา ไปตากผ้า หน้าบ้านแป็บๆ ต้องรีบมาเตรียมอาหารให้แก (ผู้ป่วย) หั่นไว้ก่อน แล้วไปดูแก ค่อยกลับมา ต้มทิ้งไว้ แล้วไปออกกำลังกายแก เสร็จก็อ้วได้ เวลาอาหารแกอีกแล้ว เามาแช่น้ำอุ่น ทำสลักกัน อย่างจี้ หมดวัน” (รายที่ 4)

การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสนับสนุนการดูแลมาจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายใน

และภายนอกครอบครัว เช่น ขอความช่วยเหลือจาก พี่น้อง ลูกหลาน คนรู้จักมาร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วย หรือ ให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนในวันที่ญาติผู้ดูแลไม่สบาย ต้องไปทำงาน บางรายมีการจ้างวานให้คนรู้จักมาช่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือรับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าไฟ รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อม สำลี ผ้าก๊อซสำหรับทำแผล และรับความช่วยเหลือในการสอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยา ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“เคยไม่สบายมากต้องไปหาหมอที่ ร.พ. ก้อให้ น้องมาช่วยเฝ้าแก่ให้ บางทีก้อฝากเค้าซื้อของสด ให้บ้างเวลาเขาไปตลาด ถ้าจะยกก็จ้างคนมายกลง จากเตียงครั้งละ 20 บาท ให้เขาได้นั่งรถเข็นดูทีวี วันละ 2 ครั้ง ไปหาหมอจะเหมารถแท็กซี่ประจำ ทั้งวัน (คอนโดเดียวกันกับผู้ป่วย)” (รายที่ 4)

“คุณพยาบาลให้ยืมเครื่องดูดเสมหะเครื่องหนึ่ง คนที่บริจาคเตียงคนป่วยเค้าก้อให้เครื่องดูด เสมหะมาให้อีก สายดูดเสมหะ สำลีเค้าเอามา บริจาคให้” (รายที่ 8) “คุณ...พยาบาลสอนพี่ ดูดเสมหะ ทำแผล ป้อนอาหาร มาเยี่ยมสอนที่บ้านด้วย ” (รายที่ 6)

การปรับลดบทบาทการเข้าสังคม เป็นการปรับตัวทางสังคมของญาติผู้ดูแลโดยมีการเข้าสังคม ลดลงเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย และพึ่งพาเทคโนโลยีต่างๆในการเข้าถึงสังคมแทน เช่น การรับข่าวสารทางโทรศัพท์ พูดคุยกับลูกผ่านทางโปรแกรมไลน์แอฟพิเคชั่นแทน เพื่อให้ตนมีเวลา ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ไม่ได้เห็นหน้าลูก ต้อง line หาลูกคุยกับลูกกัน กับเพื่อนก็ใช้โทรศัพท์คุยกัน” (รายที่ 1) “ข้าวนี่ผมให้มันเข้ามาในนี้ (รับข่าวทางโทรศัพท์)” (รายที่ 3)

การทำบ้านที่ก่อกำหนดตัวเอง ในแต่ละวันญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละบทบาทหลายกิจกรรม ทำให้มีการปรับตัวเพื่อจัดการกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อ ป้องกันการลืมน หรือข้อผิดพลาดต่างๆ ด้วยการเตือนตัวเองถึงสิ่งที่ต้องทำ เช่น จดไว้ที่ปฏิทิน บางรายจด ในกระดาษ หรือสมุดบันทึก โดยบันทึกกิจกรรมที่ต้องทำ และขีดเครื่องหมายเป็นสัญลักษณ์เพื่อให้ตนได้ทราบว่า กิจกรรมใดได้ปฏิบัติแล้ว กิจกรรมใดยังไม่ได้ทำ บางรายจัดทำตารางกิจกรรมที่จะทำให้กับผู้ป่วยในแต่ละวัน และทำกิจกรรมนั้นตามตารางเวลาที่ได้กำหนดไว้ เป็นการเตือนให้ญาติผู้ดูแลทราบว่า เวลาไหนควรทำ กิจกรรมใด จัดทำให้เป็นกิจวัตรเหมือนกันทุกวัน ทั้งนี้ เพื่อลดความรู้สึกเบื่อ กัดตันหรือเครียดกับการทำ กิจกรรมให้กับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“จะจดไว้ เขียนไว้ ต้องทำอะไรให้พอบ้าง อะไร ทำแล้วมาขีดออก ว่าทำแล้ว มันมีงานให้ทำเยอะ ไปหมด เขียน จดไว้หมดเลย ทำไว้เลย ทำเสร็จ มาตีกันนี้ทำแล้ว มันจะเสร็จแล้วไว้อะ จะได้ นอนแล้ว” (รายที่ 8) “ผมจะเขียนเป็นตาราง ชีวิตเลยว่า เวลาไหนต้องทำอะไร ผมจะพยายาม ทำชีวิตประจำวันของผมให้เป็นตาราง พยายาม ทำเป็นประจำ มันไม่ต้องคิดว่าต้องทำ แต่มัน เป็นชีวิตประจำ ถ้าเราทำเป็นประจำ มันจะเป็นไปตามเวลาของมัน มันจะไม่เหนื่อย ไม่ท้อแท้ ถึงเวลาก็ต้องทำ” (รายที่ 5)

การนึกถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลมีอารมณ์ทางด้านลบจากสถานการณ์การดูแล

ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวในการจัดการกับอารมณ์ต่างๆ เพื่อทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกิดจากผลกระทบในการเผชิญปัญหาการดูแลของญาติผู้ดูแล บรรเทาเบาบางลงและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังและกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่อไปได้ ด้วยวิธีการต่างๆ คือ เช่น พยายามคิดบวก ได้ทำตามหน้าที่ที่สังคมยอมรับ ได้รับผลบุญตอบแทน ได้ช่วยเหลือบุคคลที่ตนเองรัก หรือได้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้กับครอบครัว ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“พี่พยายามคิดบวก หาคำตอบที่ดี ดีจังเลยที่ได้มาดูแลแม่ มันดีนะ เหนื่อย ต้องพยายามคิดดีจังเลย ต้องคิด มันดีอย่างนี้” (รายที่ 1) “ถึงแม่จะไม่เคยเลี้ยงเรามา แต่พี่มีสามัญสำนึก จิตสำนึกเรายังดี ได้ทำตามจิตสำนึกของเรา เรายังมีความรับผิดชอบ ก็เขาเป็นแม่ ถ้าพี่ไม่ดูแลใครจะดูแลเราได้ทำหน้าที่ลูก” (รายที่ 6) “ดูแลเขาก็ได้ช่วยเหลือเขา (ผู้ป่วย) ก็เป็นบุญ ได้บุญนะ เป็นบุญให้แม่” (รายที่ 7)

การพึ่งพาศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ญาติผู้ดูแลยังมีการปรับตัวเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบต่างๆ ด้วยศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น การใช้คำสอนของศาสนาพุทธเป็นหลักในการชี้แนะญาติผู้ดูแลถึงวิธีที่ควรปฏิบัติทั้งต่อผู้ป่วยและต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนาพุทธ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจญาติผู้ดูแลให้มีจิตใจให้สามารถใช้ชีวิตในแต่ละวันได้ด้วยดีตามอรรถภาพ หรือพึ่งพาสังเกตสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ญาติผู้ดูแลนับถือ เช่น ขอพึ่งพาอิทธิฤทธิ์ของพระเกจิอาจารย์ที่เคารพนับถือของชาวพุทธ ให้ช่วยญาติผู้ดูแลผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย และก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ จากการได้ดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“มันไม่สบายใจ ร้องไห้ ก็สวดมนต์ สวดมนต์ สวดแล้วมันก็ดี มันลืมได้” (รายที่ 8) “พี่ไหว้พระ ขอพรตลอดเลย ขอให้แม่(ผู้ป่วย)หมดทุกข์หมดโศก ถ้าแม่หมดอายุขัย ขอให้แม่ไปเลยอย่าทรมานอยู่เลย” (รายที่ 9)

การเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในสถานการณ์การดูแล โดยหันไปทำกิจกรรมอื่นๆ เพื่อคลายความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่สนใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลบางรายเลือกทำงานอดิเรกที่เป็นสิ่งบันเทิงหรือสิ่งที่ตนเองชอบทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี หรือบางรายชอบทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติ เช่น การเลี้ยงสัตว์ การปลูกต้นไม้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“เรามันคนเย็บผ้าเป็น ก็เย็บโน่น แต่งนี้ ไปสบายใจดี เนี่ยเย็บพวกกุญแจได้เยอะแล้ว สมองตลอดโปร่ง หายใจได้เต็มอ้อม ได้เย็บผ้า” “ทีวีนี้เปิดทั้งวัน ฟังมันไป ดูบ้าง ไม่ได้ดูบ้าง เพลินไป” (รายที่ 2) “ทำอะไรไม่ได้ ทำใจได้อย่างเดียว เปิดวิทยุฟังไปให้มันผ่านหูไป แค่นั้น เดี่ยวมันก็ผ่านมาได้” (รายที่ 9) “มองต้นไม้ไป เพลินๆ ดี เวลามันหยุดหงิด เดินดูเขียวๆ มันก็ค่อยไป” (รายที่ 7)

ประเด็นหลักที่ 6 การปรับเปลี่ยนของร่างกาย หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระหรือการทำงานภายในร่างกาย และการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เปลี่ยนไปของญาติผู้ดูแลมีผลทำให้สภาพร่างกายของญาติผู้ดูแลเปลี่ยนไปในทางทรุดโทรมลง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัวและภาพลักษณ์ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน มีปัญหาด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลและไม่ดูแลตนเองหรือดูแลตนเองแบบง่ายเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มักรอให้มีอาการมากขึ้นจึงไปพบแพทย์

ให้การรักษา ซึ่งการปรับเปลี่ยนของร่างกาย ประกอบ 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนไป

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันหมดไปกับการดูแลผู้ป่วยติดต่อกันต่อเนื่องทุกวัน ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองน้อย ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสรีระร่างกายของญาติผู้ดูแล คือ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากการรับประทานอาหารเยอะขึ้นเพราะรู้สึกเครียด หรือน้ำหนักตัวลดลงจากความเหนื่อยล้าที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“นน.ลดมา 6 กก.แปลกใจ เครียดนะ กินเยอะเหมือนเดิมเลย ลงได้ไง กางเกงหลวม เบาเลย” (รายที่ 6) “เพื่อนบ้านทักทุกวัน พี่ผมไปนะ อ้อยพี่น้ำหนักไปนะ” (รายที่ 8)

ญาติผู้ดูแลบางรายมีอาการผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกาย มีปัญหาาระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ หรือมีภาวะความดันโลหิตสูง และมีปัญหาสุขภาพอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือการยืนนานๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นร่วมกับการเสื่อมของร่างกายของญาติผู้ดูแลเมื่อมีอายุมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

“เดี๋ยวนี้อายุมาก กระดูกทรุด ขาที่โก่งมากขึ้น พอมาดูแลแม่ ลากแม่บ่อย พี่ดูคนเดียวตลอดเลย ลากแม่ ดึงจับได้รั้งแล้ว ลากขึ้นมา ปวดหลัง พี่เป็นหมอนรองกระดูกเคลื่อนด้วย บางทีก็เจ็บ ก็ทำไม่ได้ ไม่มีใคร” (รายที่ 2) “ความดันผมสูงนะ 150 - 90 ings เหมือนกัน ไม่เคยเป็นมาก่อนเลยนะ” (รายที่ 5)

การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง เช่น ดูแก่ขึ้น มีหน้าตา รูปร่างของญาติผู้ดูแล ดูโทรมไปกว่าเดิม

รวมทั้งการไม่แต่งตัว แต่งหน้าหรือทำผมให้ดูสวยงาม ดังคำให้สัมภาษณ์

“คนแถวนี้เค้าก็ทัก ว่า เราโทรม หน้าดำคร่ำเครียด จะไม่ดำได้ยังไง มันเครียด เครียดมาก ทุกวัน” (รายที่ 10) “คนที่คลองตัน (ที่ทำงาน ที่พักเดิม) มาเยี่ยม เขาบอก ดูแก่ลง อะไรอย่างเนี่ย แต่รู้ตัวเองดี” “ผม ดูหงอกเลย” (รายที่ 4)

การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนไป โดยเฉพาะมีการดูแลสุขภาพของตนเองเปลี่ยนไปในทางที่แย่ลง ได้แก่ การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป แบบแผนการพักผ่อนและการนอนเปลี่ยนไป และการดูแลตนเองเปลี่ยนไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อในแต่ละวัน ไม่อยากรับประทานอาหารหรือ รับประทานอาหารมากไปเวลา รู้สึกเครียด ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“เข้าพี่กินนิดหน่อย กลางวันเย็นแล้วแต่ กินบ้าง ไม่กินบ้างแต่ละวันนะ ไม่ครบ 3 มื้อหรอก ต้องดูแม่ให้เสร็จก่อน ค่อยกินได้นะ” (รายที่ 2) “ไม่มีเวลาไปซื้อกินใจ ต้มมาม่าง่ายดี ก็ไม่ค่อยมีสารอาหารอะไร ผลไม้ก็ไม่มีเวลาออกไปซื้อกิน อะไรอย่างเนี่ย” (รายที่ 4) “ผมกินเยอะเลย กินมากเลยช่วงนี้ ถ้าเครียดผมจะกินเยอะ” (รายที่ 5) “เหนื่อย กินไม่ลง” (รายที่ 8)

แบบแผนการพักผ่อนและการนอนเปลี่ยนไป ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการใช้เวลาในการพักผ่อนส่วนตัวลดลงเนื่องจากใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“ผมชอบดูหนัง ฟังเพลง จะไปเดินดูหนังสือที่ร้านบ้าง ก็ต้องวันที่รอฟพ่อไปพอกไต” (รายที่ 5) “เวลาตัวเองไม่มีแล้ว ได้ไปกับรถ ก็นั่นแหละ

ได้ไปเที่ยวไปดูกับเค้า (ทำงานรรับจ้าง) แต่มันก็ไปทำงาน ไม่เหมือนเที่ยวเอง” (รายที่ 10)

และญาติผู้ดูแลทั้งหมดมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนไป เช่น การนอนไม่หลับ การนอนไม่เพียงพอ หรือ การนอนหลับง่ายเพราะความอ่อนเพลีย นอนไม่เป็นเวลา ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

“นอนไม่ค่อยหลับเลย คิดโน่นนี่อยู่ในหัว สมาธิมันจะอยู่ในเรื่องที่เราคิด เลยนอนไม่หลับ” (รายที่ 5) “เดี๋ยวนี้ 5 นาที่ก็หลับแล้ว แต่ต้องทำอะไรให้เสร็จก่อนนะ ไม่งั้นหลับไม่ลง” “เหนื่อยมาก อดนอน กลางคืนต้องลุกดู... มันกังวล” (รายที่ 4)

การดูแลตนเองเปลี่ยนไป เช่น ไม่สนใจการออกกำลังกาย และไม่ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่รุนแรง หรือดูแลตัวเองแบบง่ายโดยการบิบนวด ซึ้อยามารับประทานเอง และไปพบแพทย์ เมื่ออาการนั้นมีความรุนแรงมากขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

“มันเหนื่อยแล้วนะทุกวันนี้ ไม่คิดออกกำลังกายเลยนะ” (รายที่ 8) “เป็นโทรอยด์โต หมอให้ไปผ่าตัด แต่เกมาป่วย เลยไปไม่ได้ รอไปก่อนหมอบอกว่าไม่อันตรายอะไร” (รายที่ 4) “กินยาไม่ต้องไปตรวจกับหมอแล้ว ไปก็ให้ยาเดิม ไม่ดีขึ้นตอนนี้พี่ซ้อยาแก้ปวดมากิน ก็ดีขึ้น ปวดแหวจะเอาออกเอี้ยแปะไว้ วันนี้ 4 แผ่นเลยถึงจะเอาอยู่” (รายที่ 2)

การอภิปรายผลการศึกษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่พบพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน¹³ คือ 1) ด้านร่างกายซึ่งครอบคลุมข้อมูลการปรับเปลี่ยนของร่างกาย 2) ด้านอัตมโนทัศน์ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการจำใจยอมรับ การระบายอารมณ์ และการ

หนีปัญหา 3) ด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกันซึ่งครอบคลุมข้อมูลการไม่พึ่งพาผู้อื่น เมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัวในด้านอื่นๆ ตามมา เช่น เมื่อมีปัญหาการปรับตัวด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน เป็นต้นว่า ไม่มีสมาชิกอื่นในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพราะไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเวลาไปดูแลครอบครัวตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ รู้สึกว่าทำอะไรไม่สำเร็จตามที่คาดหวัง หรือรู้สึกว่าให้การดูแลครอบครัวตนเองได้ไม่ดี ทำให้เครียด หดหู่ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายซูบผอม โทรม ก็เกิดเป็นปัญหาการปรับตัวด้านร่างกายตามมา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่กล่าวว่า การปรับตัวทั้ง 4 ด้านมีเชื่อมโยงกัน ถ้ามีปัญหาการปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อ การปรับตัวด้านอื่นด้วย¹³

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงของญาติผู้ดูแล เป็นงานที่หนัก ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และเป็นงานที่ญาติผู้ดูแลต้องทำเองเพียงลำพังด้วยสถานการณ์ทางสังคมบังคับ¹⁴ ถึงแม้ว่าสมาชิกอื่นในครอบครัวได้ให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การเงิน การเตรียมอาหาร เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่าไม่เพียงพอทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวด้วยการจำใจยอมรับต่อสถานการณ์ดูแลที่ต้องทำกิจกรรมหลายอย่างจนรู้สึกหมดแรง หรือเมื่อเกิดปัญหาการดูแล ก็รู้สึกหมดหนทางในการแก้ไขให้ดีกว่าเดิมได้ จึงปรับตัวโดยการอดทนกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมทั้งจำใจยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้ไม่สนใจ

ภาพลักษณ์ที่แย่งของตนเอง ไม่ดูแลตนเอง มีสุขภาพแย่ง เพราะความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นประจำทุกวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยความที่ไม่สามารถพึ่งพาคนอื่นได้ ซึ่งต่างจากกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการปรับตัวได้ดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกอื่นในครอบครัวเมื่อเสร็จสิ้นภาระงานประจำวัน¹⁵ การจำใจยอมรับต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่างๆ กับญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ด้วยการอดทน ปิดปากเงียบ ไม่โต้แย้งและไม่ร้องขอหรือไม่พึ่งพาผู้อื่น¹⁴ โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาด้านการดูแลซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเอง เนื่องจากกลัวโดนตำหนิ ถูกว่ากล่าว และอาจเป็นต้นเหตุความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ คล้ายกับการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะของญาติผู้ดูแลด้วยการอดทนต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น¹⁶ ซึ่งการพยายามอดทนและปิดปากเงียบเป็นประจำทุกวัน อาจก่อให้เกิดความเครียดในการดำรงบทบาทญาติผู้ดูแล¹⁹ ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อปลดปล่อยความทุกข์หรือความรู้สึกคับข้องใจโดยพูดระบายความอัดอั้นใจต่างๆ กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างปัญหาในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และมีภาระมากขึ้น¹⁷ เช่น ผู้ป่วยไม่ยกขาช่วยในขณะที่ญาติผู้ดูแลกำลังพยุงผู้ป่วยลงนั่งรถเข็นคนเดียว ผู้ป่วยกัดสายดูดเสมหะขณะที่ญาติผู้ดูแลกำลังช่วยดูดน้ำลายภายในปาก หรือผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระเปรอะเปื้อนที่นอน เป็นต้น ก่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดอารมณ์โกรธเกินขีดจำกัดที่จะ

อดทนได้¹⁸ ญาติผู้ดูแลบางรายมีการตำหนิ ว่ากล่าวผู้ป่วยบางรายทำร้ายผู้ป่วยด้วยการตบ ตี หรือบางรายระบายอารมณ์ที่สิ่งของแทน เนื่องจากในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวด้วยการจัดการกับหลายบทบาทที่เปลี่ยนไปให้สอดคล้องกัน รวมทั้งจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบด้วยตนเอง ไม่มีสมาชิกอื่นในครอบครัวให้คำปรึกษา ไม่มีคนที่ญาติผู้ดูแลไว้วางใจ หรือแหล่งประโยชน์อื่นที่มีก็ไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการดูแลใช้ชีวิตการปรับตัวด้วยการหนีปัญหา เนื่องจากรู้สึกทุกข์มาก ที่จัดการปัญหาต่างๆ ไม่ได้¹⁹ จึงต้องการหลบหนีจากความรับผิดชอบดังกล่าว ด้วยการหลีกเลี่ยงการอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานๆ เช่น ไม่อยู่เฝ้าผู้ป่วยทั้งวัน หรือหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่มักก่อปัญหา เช่น กิจกรรมกายภาพบำบัดซึ่งผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพราะตนเองกลัว เป็นต้น ญาติผู้ดูแลบางรายคิดหนีปัญหาด้วยการคิดฆ่าตัวตาย เพราะหมดหนทางแก้ไขปัญหาหรือน้อยใจที่โดนสมาชิกอื่นในครอบครัวตำหนิ¹¹ และคิดฆ่าผู้ป่วยซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมดเพื่อยุติความรับผิดชอบทุกอย่าง นอกจากมีญาติผู้ป่วยที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคม โดยมีกิจกรรมทางสังคมลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง เช่น การใช้ชีวิตแบบคู่สมรส สูญเสียเวลาว่าง และขาดชีวิตที่มีอิสระ เนื่องจากใช้เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย¹⁴ และการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า บางรายมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงสังคม เพื่อหาข้อมูลและปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นหรือกับพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึก

ได้รับการช่วยเหลือและได้ระบายความรู้สึก²⁰ และการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่สำคัญคือ การปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนา เช่น การนุ่งถึงบุญกรรม การสวดมนต์ไหว้พระ หรือการอ่านหนังสือธรรมะ เนื่องจากหลักศาสนาส่วนใหญ่มีแนวคิดต่อการทำดี สอดคล้องกับการศึกษาใน คู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายมีความเลื่อมใสศรัทธาหรือเชื่อมั่นในพระเจ้า มีการทองบทสวดถึงพระเจ้าเพื่อขอรับความรักและความช่วยเหลือจากพระเจ้าให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้¹⁴ หรือการมองการดูแลผู้ป่วยในแง่ดีว่าเป็นการแสดงการตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ ดังการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่จัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยการยอมรับ การระบายความทุกข์ และการคิดถึงหน้าที่ในการตอบแทนความรักของผู้ป่วยที่มีให้ตนเอง⁶

โดยสรุปการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลจากความพยายามปรับตัวของญาติผู้ดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบทางบวกและลบที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการปรับตัวไม่ได้ของญาติผู้ดูแล ก็จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ ติดตาม ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาการปรับตัวให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ในการปฏิบัติกรพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรให้ความสำคัญในการค้นหาข้อมูลของญาติ

ผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มรับบทบาทญาติผู้ดูแล เพื่อให้ความช่วยเหลือในการบรรเทาปัญหาต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่ดีแก่ญาติผู้ดูแล พยาบาลควรติดตามความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลเป็นระยะๆ มากกว่า 6 เดือนอย่างต่อเนื่อง จนมั่นใจว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวน้อยที่สุด พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมกรปรับตัวของญาติผู้ดูแล เพื่อป้องกัน เผื่อระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันที โดยติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์ และพยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการดึงความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพากันในการดูแลผู้ป่วยระหว่างสมาชิกในครอบครัว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนวิจัย และญาติผู้ดูแลทุกคนที่ยินดีสละเวลาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ข้อมูลและสถิติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข [serial online] 2557 [วันที่ 8 พฤศจิกายน 2557] Available from: URL: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
2. ยงชัย นิละนนท์. Approach and management of transient ischemic attack. ใน: ดิษยา รัตนกร, ชาญพงศ์ ตั้งคณะกุล, สามาน นินันท์, นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, สุชาติ ชาญไชยพิบูลย์กุล และ ยงชัย นิละนนท์, บรรณาธิการ. Current practice guide to stroke management. กรุงเทพฯ: สหวิชาญการพิมพ์; 2554. หน้า 107-114.

การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. Slark J, Makahamadze C, Catangui E, Stear S, Amorim A. Development of a support group for stroke survivors and their carers and/or families. *Br J Neurosci Nurs* 2011; 7(2): 476-479.
4. กฤษณา พิรเวช. การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ใน: ธีรัฐ พงษ์ธาธาติ, อรุมา ชูติเนตร และ นิจศรี ชาญณรงค์, บรรณาธิการ. *Basic and clinical neuroscience 1. พิมพ์ครั้งที่ 2.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. หน้า 203-220.
5. นันทพร ศรีน้อม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา; 2545.
6. ศรีนงยา แสงมณี, มณี อภานันท์กุล และ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. *รามธิบดีพยาบาลสาร* 2555; 18(1): 119-133.
7. Niyomthai N, Tonmukayaku O, Wonghongkul T, Panya P, Chanprasit C. Family strength in caring for a stroke survivor at home. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2010; 14(1): 17-31.
8. Puymbroeck VM, Rittman RM. Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *J Rehabil Res Dev* 2005; 42(6): 747-760.
9. วรัทกาญจน์ กุลวิโรจน์โสภณ. วิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวและผลกระทบต่อจิตใจของสตรีในชุมชนแออัด [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556
10. Sakunhongsophon S, Sirapo-ngam Y, Tripp-Reimer T, Junda T. Stroke caregiving networks in bankok: Patterns of social exchange behavior. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2011; 15(2): 137-151.
11. Pongphanngam, S. Effects of a home-based management intervention program for family caregivers of elderly patients undergoing hip arthroplasty on caregivers' adaptation and satisfaction [dissertation]. Bangkok: Mahidol Univ.; 2003.
12. มณี อภานันท์กุล. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์. ใน *ประมวลสาระชุดวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2549.
13. Arpanantikul M. Methodological issues. Integration of heideggerian phenomenology and feminist methodology applied to the study of lived experience in women. *Thai J Nurs Res* 2003; 7(4): 281- 291.
14. Andrews HA, Roy SC. *Essential of the Roy adaptation model.* Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986.
15. Coombs EU. Spousal caregiving for stroke survivors. *J Neurosci Nurs* 2007; 39(2): 112-119.
16. ชูชื่น ชิวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
17. ไพรินทร์ พัสตุ. ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล และการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บที่ศีรษะ [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
18. Papangkorn R. Caregivers' experiences in caring for dependent elderly persons [Thesis]. Bangkok: Mahidol Univ.; 2003.
19. Mclennon SM, Habermann B, Davis LL. Deciding to institutionalize: Why do family members cease caregiving at home? *J Neurosci Nurs* 2010; 42(2): 95-102.
20. Pierce LL, Steiner V, Pitzen H, Grothaus E. Caregiver's experience: Bimonthly participation in a year-long research interview process. *J Neurosci Nurs* 2009; 41(4): 225-231.

Family Caregivers' Adjustment Problems in Caring for Stroke Patients*

Sineenuch Ckumdee, M.N.S. **

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

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

Abstract : Objective: To investigate adjustment problems faced by stroke patients' family caregivers.

Design : Qualitative research.

Implementation : The subjects were 10 purposively sampled family caregivers of stroke patients. The sampled caregivers were willing to participate in this study. Data were collected through an individual information questionnaire and 2 in-depth interviews. The two interviews and the field observation were tape-recorded. The recorded data were then transcribed and analysed using Content Analysis approach.

Results : The study showed 6 major problems confronting relatives caring for stroke patients: reluctant acceptance, emotional outbursts, problems avoidance, avoidance of dependence on others, attempts to cope with their changed roles and responsibilities and physical adaptations.

Recommendations : Nurses are supposed to be aware of the adjustment problems encountered by relatives who take care of stroke patients, in their varying contexts. The information obtained from this study could be used for the purpose of planning or preparing family caregivers before the patients are discharged. More importantly, regular follow-ups on the family caregivers are recommended so that their caregiving performance can be monitored and proper advice can be duly provided.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(4) 45-63

Keyword: adjustment; family caregivers' adjustment problems; family caregivers for stroke patients

* A thesis for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University and this study was supported by research grant from Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Registered nurse, Ramathibodi Hospital and Master nursing student, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** 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