การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*

*สินีนุช ขำดี, พย.ม.***
*มณี อาภานันทิกุล, Ph.D. (Nursing)****
*ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, 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 การระบายอารมณ์ การหนีปัญหา การไม่พึ่งพาผู้อื่น การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และการปรับเปลี่ยนของร่างกาย

ข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลแต่ละรายที่มีบริบทแตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและเตรียมญาติผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และที่สำคัญพยาบาลควรมีการติดตามญาติผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินการปรับตัวของญาติผู้ดูแล รวมทั้งให้คำแนะนำและความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (4) 45-63

คำสำคัญ: การปรับตัว ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัว การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และการศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากเงินทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดี และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

**** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล Email:manee.asp@mahidol.ac.th*

***** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศตั้งแต่ปี 2551 ถึงปี 2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 124,532 ราย 176,202 ราย 196,159 ราย 212,186 ราย 227,848 และ 237,039 ราย[1] หลังการรักษาพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหรือความบกพร่องของร่างกายหลงเหลืออยู่ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น ผู้ดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ[2,3] ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน เพราะร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่พิการจากโรคนี้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวันและเข้ารับการกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมการฟื้นหาย[2] ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ตามมาจากการสูญเสียการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค เนื่องจากระบบประสาทสั่งงานมีการฟื้นตัวได้เร็วในช่วง 3 เดือนแรกซึ่งแนวโน้มการฟื้นตัวช้าลงจนเกือบคงที่เมื่อระยะเวลาประมาณ 6 เดือนหลังเกิดโรค[4] จึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีผู้ดูแลเป็นประจำทุกวัน โดยผู้ให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นรางวัลค่าจ้าง อาจเรียกผู้ดูแลนี้ว่าเป็น ญาติผู้ดูแล (family caregiver)[3] มักมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางกฎหมายหรือทางสายเลือด หรือมีความรัก ความเอื้ออาทร มีความรู้สึกถึงบุญคุณระหว่างกัน[5] ส่งผลให้บุคคลที่เป็นญาติผู้ดูแลมีความรับผิดชอบใหม่เพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมในชีวิตประจำวัน และมีระยะเวลาจำกัดในการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีสถานการณ์การเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างกะทันหัน ประกอบกับนโยบายส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายที่บ้านเร็วขึ้น[3] จากการที่ญาติผู้ดูแลมีระยะเวลาสั้นมากในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอาจมีผลกระทบต่อการดำรงบทบาทญาติผู้ดูแลตามมาได้

เมื่อญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นการกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงบทบาทการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ดีเมื่อมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 6 เดือน[6,7] แต่ในบางการศึกษาสามารถพบกลุ่มญาติผู้ดูแลปรับตัวไม่ได้หรือมีปัญหาในการปรับตัวถึงแม้ได้ให้การดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 6 เดือน เช่น กลุ่มญาติผู้ดูแลที่มีการรับรู้ถึงความเครียด หมดหวังในการให้การดูแลผู้ป่วย ไม่มั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย เมื่อได้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมากกว่า 1 ปี[7] การที่ญาติผู้ดูแลกลุ่มหนึ่งมีปัญหาการปรับตัว หรือปรับตัวเองไม่ได้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่ดี และผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนได้[8] ในขณะเดียวกันก็อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล และนำไปสู่การขาดผู้ดูแลที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาปัจจัยที่มี

ผลกระทบกับการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล เช่น ความเข้มแข็งของครอบครัว[7] ความเครียด[8,16] ความพร้อม การเผชิญปัญหา[5,17] แรงสนับสนุนทางสังคม[3] หรือ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล[9] เป็นต้น มีบางส่วนศึกษาถึงปัจจัยด้านต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว เช่น การมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย[9] หรือศึกษาถึงระดับความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล[15] เป็นต้น สำหรับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพมีน้อยมาก ที่พบเป็นการศึกษาเรื่องรูปแบบการช่วยเหลือทางสังคมของเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตจากหลอดเลือดสมอง[10] การดูแลผู้ป่วยโดยคู่สมรส[14] และกรณีศึกษา:การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน[6] แต่ยังไม่มีการศึกษาเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยทำงานด้านสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสังกัดมหาวิทยาลัยของรัฐแห่งหนึ่งมักพบปัญหาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่บ่อยครั้ง จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้เข้าใจถึงเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์จริงของญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ในมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือหรือเตรียมความพร้อมให้กับแก่ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลักอายุอยู่ในช่วง 18-60 ปี พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งแรกอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 3) มีปัญหาการปรับตัวด้านใดด้านหนึ่ง เมื่อประเมินจากแบบวัดการปรับตัวในการดูแลของญาติผู้ดูแลของสุทธิดา พงษ์พันธ์งาม[11] โดยมีคะแนนรายข้อในแต่ละด้านของการปรับตัวของญาติผู้ดูแลมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป จากการคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2556 ถึง เดือนมีนาคม 2557

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guideline) เรื่องการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นคำถามปลายเปิด แบบสัมภาษณ์นี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยคุณภาพ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านญาติผู้ดูแล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 และมีการปรับแก้แนวทางการสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

จริยธรรมในการวิจัย

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/280 ผู้วิจัยได้ชี้แจงโครงการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ได้เซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและยินยอมให้บันทึกเทปขณะทำการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ได้รับการเก็บรักษาอย่างดี เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้นที่ทราบข้อมูล และข้อมูลนี้ได้รับการทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษาและงานวิจัยได้ตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ซึ่งมีการรายงานผลการศึกษานี้ เป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในทางการศึกษาและวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพร้อมบันทึกเสียง จำนวน 2 ครั้ง สังเกตสีหน้า และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายในการสัมภาษณ์ทุกครั้ง แต่ละครั้งของการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 60–120 นาที จนได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบทุกคน เมื่อจบการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ลงในแบบบันทึกความจำของผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับสถานที่ที่สัมภาษณ์ได้ดำเนินการที่บ้านพักของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยเลือกห้องสัมภาษณ์แยกจากห้องพักของผู้ป่วย ซึ่งมีความสะดวก มีความเป็นส่วนตัว และปลอดภัยต่อญาติผู้ดูแลและผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามวิธีการของมณี อาภานันทิกุล ที่ดัดแปลงมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลของเบนเนอร์[11] ดังนี้ 1) ถอดเทปข้อมูลเสียงจากการบันทึกเทปขณะกลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์พร้อมบันทึกพฤติกรรม ท่าทาง และน้ำเสียงของกลุ่มตัวอย่างเป็นภาษาเขียน 2) ตรวจสอบข้อมูลภาษาเขียนให้มีเนื้อหาตรงกับข้อมูลเสียงจากเทป 3) ฟังข้อมูลเสียงการให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจากเทปซ้ำไปมาจนเข้าใจในเนื้อหาและรับรู้ถึงประเด็นของการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละการสัมภาษณ์ 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) ใช้เกณฑ์การประเมินของคูบาและลินคอลน์ ประกอบด้วย 4 อย่าง[11,12] ได้แก่ 1) การสร้างความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัย (credibility) โดยสร้างสัมพันธภาพ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 60 – 120 นาที ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมท่าทางของกลุ่มตัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่สัมภาษณ์ มีการตรวจสอบข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 (member checking) มีอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา 2) การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น อีกทั้งผลการศึกษาครั้งนี้ให้ความรู้เชิงลึกและเป็นประสบการณ์จริง สามารถนำความรู้ที่ได้ไปต่อยอดหรือวิจัยเพิ่มเติมได้ 3) สม่ำเสมอ (consistency) การวิจัยนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เดียวกัน ดำเนินการสัมภาษณ์แบบเดียวกันในทุกราย มีการบันทึกเสียงและพฤติกรรม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเป็นระบบและตามขั้นตอนที่กำหนดไว้เหมือนกันทุกราย 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) ต้องประหยัดเพื่อให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเองและของผู้ป่วย 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 ไม่เคยได้ไปพักผ่อนส่วนตัวนอกบ้านเลยตั้งแต่เข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ดังตารางที่1 แสดงข้อมูลของผู้ป่วย และตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของญาติผู้ดูแล

จากการสัมภาษณ์ พบว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การจำใจยอมรับ 2) การระบายอารมณ์ 3) การหนีปัญหา 4) การไม่พึ่งพาผู้อื่น 5) การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และ6) การปรับเปลี่ยนของร่างกาย ดังแผนภาพที่ 1 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

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

การจำใจยอมรับต่อสถานการณ์การดูแล ว่าต้องรับผิดชอบดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเพียงลำพัง เป็นการรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรง เพราะการ

ดูแลผู้ป่วยเป็นงานยาก ซับซ้อน ทำให้สมาชิกอื่นในครอบครัวปฏิเสธการดูแลผู้ป่วย ไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"ให้อาหารทางสายยาง เขา (แม่เลี้ยง) ไม่เอาว่ายาก เขาทำไม่ได้ ไม่กล้า กลัว ต้องทำเอง"* (รายที่ 5) *"เค้าไม่ค่อยรู้หรอก (การดูแลผู้ป่วย) มันเป็นหน้าที่ของพี่เอง"* (รายที่ 2)

การอดทนต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความจำเป็นในชีวิตจึงต้องมารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย เช่น การเป็นลูกคนเล็กที่ต้องให้ความช่วยเหลือแก่พี่ เป็นผู้ที่ไม่มีงานทำ เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ดังนั้นจึงต้องมาช่วยครอบครัวดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวด้วยการอดทน หากเกิดความรู้สึกทางด้านลบในสถานการณ์การดูแล โดยญาติผู้ดูแลบางรายคิดว่าตนจะสามารถอดทนต่อปัญหาต่าง ๆในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจทนได้เพียงช่วงเวลาหนึ่ง แต่ในอนาคตส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่าตนจะอดทนต่อไปได้หรือไม่ แต่ญาติผู้ดูแลบางรายพยายามอดทนดูแลผู้ป่วยจนฝ่ายหนึ่งตายจากไป เพราะไม่รู้วิธีการใดมาช่วยให้มีสถานการณ์การดูแลที่ดีกว่าเดิมได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"งานก็ไม่มี ต้องอาศัยพี่สาวเอา งานมาให้ แต่ต้องดูแม่ด้วย เราไม่มีที่ไป ต้องทนอย่างนี้ เบื่อโมโหก็ทำอะไรไม่ได้ ก็ทนดูกันไป"* (รายที่ 2) *"ต้องดูแก ทนไป นานคงไม่ไหว ภายภาคหน้าไม่รู้ ไม่ไหว ก็ไม่ทนแล้ว"* (รายที่ 4) *"ต้องดูกันจนตายกันไปข้างนึง คนป่วยลำบาก คนดูก็ลำบาก ต้องอยู่ต้องทนกันไป"* (รายที่ 7)

การปิดปากเงียบ เมื่อเกิดปัญหาขัดแย้งในสถานการณ์การดูแล ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยปิดปากเงียบ ไม่โต้แย้งหรือเถียงให้เกิดปัญหาเพิ่มอีก และญาติผู้ดูแลบางรายจะปลีกตัวไปคิดหาเหตุผลที่ดีให้กับตนเองที่ต้องมาทนทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคนเดียวในที่เงียบ ๆ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"ไม่อยากเถียงแม่ให้บาป ถ้าโมโหมาก พี่ไปอยู่บนห้องคิดให้คำตอบกับตัวเอง เออมาดูแม่ มันดีนะ"* (รายที่ 1) *"น้องเค้าเหนื่อย ก้อบ่นว่าดัง ๆ เราไม่อยากมีปัญหา ก็เงียบ ทำงานไป"* (รายที่ 8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย (N= 10 ราย)

ผู้ป่วยของญาติผู้ดูแลรายที่	เพศ	อายุ (ปี)	ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง	ระดับความบกพร่องของระบบประสาท	ระดับการฟื้นหาย	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

ตารางที่ 2 ข้อมูลของญาติผู้ดูแล (N= 10 ราย)

รายที่	เพศ	อายุ (ปี)	สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	ระดับสัมพันธภาพกับผู้ป่วย	อาชีพก่อน – *หลัง* ให้การดูแลผู้ป่วย	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	พี่เขย	ไม่ดีเลย	ว่างงาน - *ว่างงาน*	6	5	ไม่เคย
4	หญิง	52	ภรรยา	ดีมาก	รับทำงานบ้าน –*ว่างงาน*	6	8	ไม่เคย
5	ชาย	38	บุตร	ดีปานกลาง	ธุรกิจอู่ซ่อมรถ-*ธุรกิจอู่ซ่อมรถ*	6	10	ช่วงรอผู้ป่วยฟอกเลือด
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 ความอึดอัดใจต่าง ๆ ที่อยู่ในใจ ลงไปที่บุคคลหรือสิ่งของ ซึ่งมีประเด็นย่อยดังนี้ การระบายอารมณ์ลงกับบุคคล การระบายอารมณ์ลงสิ่งของ และการปรับทุกข์

การระบายอารมณ์ลงกับบุคคล เมื่อญาติผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของตน เช่น ผู้ป่วยดื้อ ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลลงโทษผู้ป่วยด้วยการตบ ตี ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"หงุดหงิด ไม่ช่วยตัวเอง ทำสำออย ยัดมันคว่ำไปเลย (โยนผู้ป่วยเข้าไปในรถ) เบื่อมาก ๆ เคยคิดเอาปืนยิงกบาล (ยิงผู้ป่วย) ให้หลวงเลี้ยง (ติดคุก) สบายดีซะกว่า" (รายที่ 3) *"บางทีง่วงมาก เราหงุดหงิด ดื้อนัก ดูดเสมหะยาก โมโหตบปากแกไป เลือดเต็มปากเลย"* (รายที่ 4) *"โมโห ไม่ยอมงอขา ไม่ยอมทำ เราตี เราตีเขานะ (ผู้ป่วยมีรอยจ้ำ ช้ำตามขา 2 ข้าง) ไม่พาเดินก็ไม่เดิน ไม่ทำ ขยับอยู่แค่เนี้ย อย่างเนี้ย ตัวของเราเราต้องทำซิ ใครจะมาทำให้ทั้งวัน"* (รายที่ 7) *บางรายตำหนิผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นใจและเข้าใจตนที่ต้องมาทนดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า "แกร้องเวลายกตัวแก ร้องบ่อย ๆ เราก็ใจเสียนี่แม่จะร้องอะไรนักหนา ร้องมาก ๆ มันเครียดไม่อยากทำเลยนะ ไม่มีหนูแล้วใครเค้าจะเอาแม่*

สภาพเนี้ย ใครจะมาดูแล" (รายที่ 2) *"เคยเหนื่อยมาก ๆ ก็หงุดหงิด ว่าแม่เป็นไง รู้สึกยังไง ภูมิใจไหม ที่แม่ได้มาอยู่กับลูกที่แม่ไม่เคยให้อะไรเลย"* (รายที่ 6) *ญาติผู้ดูแลบางรายตำหนิสมาชิกอื่นในครอบครัวเพื่อให้มาช่วยเหลือตนในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น "มันไม่ไหวนะ ไม่มีใครมาช่วยอะไรเลยอย่างนี้ พี่เรียกทั้งพี่ทั้งน้องมาคุยเลย ถ้ายังทำกันอย่างนี้ ฉันก็ไม่ไหวนะ ฉันก็ไม่ดูให้แล้วนะ"* (รายที่ 6)

การระบายอารมณ์ลงสิ่งของ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลบางรายไม่กล้าทำร้ายหรือตำหนิผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเพราะกลัวบาป จึงปลดปล่อยอารมณ์โดยได้แก่ การขว้างปาสิ่งของ ดังคำพูดที่ว่า

"เครียด โมโห เข้าห้อง เขวี้ยงถัง กะละมัง 2 – 3 ใบ มันก็สบายใจแล้ว" (รายที่ 2) "โมโหมาก ๆ ตีหมอนตีที่นอนดัง ๆสักทีสองที มันก็ดีขึ้นนะ" (รายที่ 9)

การปรับทุกข์ ญาติผู้ดูแลบางรายปรับตัวต่อความรู้สึกไม่ดีในใจโดยการเล่าปรับทุกข์ต่าง ๆให้กับบุคคลที่ตนไว้วางใจ เช่น ผู้ป่วย บุคคลนอกครอบครัว ดังคำพูดที่ว่า

"นอนเฝ้าพ่อ (ผู้ป่วย) เห็นพ่อนอน พี่ร้องไห้กอดพ่อ หนูขอโทษ หนูดูแลพ่อไม่ดี หนูทำให้พ่อป่วยมากแบบนี้" (รายที่ 8) *"บางครั้งจะคุยกับเพื่อนคนนึง สนิทกันมาก คุยเล่าบอก เค้าจะเข้าใจเราดี"* (รายที่ 9)

ประเด็นหลักที่ 3 การหนีปัญหา หมายถึง การที่ญาติผู้ดูแลหลบหลีกการเผชิญหน้ากับปัญหาและสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ได้แก่ ตัวผู้ป่วย และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยประเด็นย่อย ได้แก่ การมีความคิดฆ่าตัวตาย การละทิ้งผู้ป่วย การละทิ้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และการพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยเมื่อญาติผู้ดูแลไม่สามารถอดทนหรือหมดหวัง หมดหนทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในสถานการณ์การดูแล จึงมีความคิดที่จะยุติความรับผิดชอบต่อบทบาทญาติผู้ดูแลด้วย

การมีความคิดฆ่าตัวตาย ญาติผู้ดูแลบางรายคิดฆ่าตัวเองเพื่อหนีจากความรับผิดชอบที่ตนเองปฏิเสธไม่ได้และคิดฆ่าผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เหลือภาระต่อไปให้ผู้อื่น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"ในขณะที่เราไม่มีทางไป มันก้อนึกว่า ถ้าไม่อยู่ถ้าตายไปมันคงจบ" (รายที่ 2) *"เบื่อไม่อยากจะอยู่เลย บางทีมัน เหนื่อย มันท้อ เคยชวนกันกินยาตาย แกยอมจะตายไปด้วยกัน ไม่เป็นภาระใคร"* (รายที่ 4)

การละทิ้งการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลบางรายหนีปัญหาด้วยโดยการขอหยุดหรือยุติการดูแลผู้ป่วย เพราะรู้สึกไม่ไหวและไม่คิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบแต่ผู้เดียว เช่น

"ถ้ามันไม่ไหว ตัน (ไม่มีใครมาช่วย) ถึงเวลาต้องหยุด ผมคงต้องไป พ่อไม่ได้มีลูกคนเดียว" (รายที่ 5) *"(อีก 2 วัน ผู้ป่วยจะย้ายไปอยู่กับลูกคนเล็ก) ไม่แล้ว พี่คงไม่เอาแม่ไว้ดูเอง ไม่ไหว"* (รายที่ 6)

การละทิ้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย โดยงดกิจกรรมดูแลที่ตนคิดว่าไม่สำคัญมากสำหรับผู้ป่วย ไม่สามารถทำกิจกรรมบางอย่างก็ละทิ้งรอให้ผู้อื่นที่ทำได้กลับมาทำให้ หรือไม่มีเวลาจึงไม่ทำกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"ทำแผลต้องรอหลานกลับมา คนเดียวพลิกไม่ได้ แผลเยอะด้วย บางทีหลานมามืด เหนื่อย ทำไม่ไหว ก็ไม่เป็นไร เอาไว้ทำพรุ่งนี้ละกัน" (รายที่ 8)
"แต่ก่อนต้องตบหลัง (เคาะปอด) ให้แม่ด้วย ไม่ไหว เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้ทำ ไม่ไหว ไม่มีใครมาช่วย" (รายที่ 2)

การพักการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว โดยหยุดการดูแลในระยะเวลาสั้น ๆ เช่น อยู่นอกห้องผู้ป่วย ออกไปรับอาหารปั่นนอกบ้านให้ผู้ป่วยเอง กลับบ้านของตัวเองในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพื่อว่างเว้นจากการเผชิญกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง และช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"ผมเลือกไปเอาอาหารปั่นที่ร.พ.เองดีกว่าจะได้ออกจากบ้านทุกวัน อยู่บ้านมันไม่ไหว เครียด" (รายที่ 5) *"ผมจะนั่งข้างนอก ไม่ไปนั่งเฝ้ามัน หรอกหรือไม่ก้อขึ้นไปดูทีวีข้างบน ทำเสร็จจะมานั่งตรงนี้ทุกวัน กลางคืนให้มันนอนคนเดียว เช้าค่อยมา"* (รายที่ 3)

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

การไม่แจ้งขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เมื่อมีปัญหา เนื่องจากคิดว่า ไม่สามารถช่วยให้สถานการณ์การดูแลดีขึ้นกว่าเดิม เพราะปัญหาในสถานการณ์การดูแลมักเป็นปัญหาของครอบครัว เช่น ขาดผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยปัญหาด้านการเงิน ปัญหาทะเลาะกันในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินว่า หาหนทางแก้ไขได้ยากจากแหล่งประโยชน์ภายนอก อีกทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นมักเป็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งญาติผู้ดูแลประเมินสมาชิกอื่นในครอบครัวว่าไม่มีประสบการณ์ ไม่มีความรู้ ไม่เข้าใจทักษะการดูแลผู้ป่วยและไม่เคยปรึกษากับทีมสุขภาพเหมือนกับตน จึงไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งไม่อยากรบกวนคนอื่น เช่น

"มีพยาบาลมาเยี่ยมครั้งนึง บอกว่า มีอะไรให้โทรหาเขาได้ แต่ไม่อยากกวนเขา ไม่รู้จะโทรไปทำไม โทรไป ก็ไม่มีใครช่วยเราได้" (รายที่ 4)
"มีปัญหา ตัวเราต้องช่วยตัวเอง ถ้าทำเองไม่ได้ ใครจะมาช่วยเราได้ ไม่มีใครรู้เท่าตัวเรานะ" (รายที่ 7)

การไม่ไว้วางใจวิธีการดูแลผู้ป่วยของผู้อื่น หรือกังวลว่าบุคคลอื่นในครอบครัวจะให้การดูแลที่ไม่ดี ไม่ตรงตามขั้นตอนหรือไม่ใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนกับผู้ป่วยและเพิ่มปัญหาในสถานการณ์ดูแลให้กับตนในภายหลังได้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"พี่สาว ไม่ค่อยรู้อะไร เราดูแม่มาตลอดเรารู้เราเข้าใจว่าปัญหามันคืออะไร พูดไปเขาก้อไม่เข้าใจ ช่วยอะไรไม่ได้" (รายที่ 2) *"มาดู (ผู้ป่วย) แบบไม่ใส่ใจอย่างนี้ ผมว่า อย่างนี้แลกกับการที่ผมได้มาทำงาน มันไม่คุ้มเลย"* (รายที่ 5)

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

> *"ถ้าเราไปกวนเขามาก ๆ เขาบ่น โอ๊ย เหนื่อยนะ อะไรกันนักหนา กลับมาบ้านยังไม่ได้พักเลย เคยเดินไปเรียกน้องชายมาช่วย เขาจะว่าคนบ้านนั้นมันไม่ช่วยกันเลยเหรอ เลยไม่ให้ช่วยอีก"* (รายที่ 8) *"เราเป็นคนดูแลเอง เรา่าจะตัดสินใจเองได้ แต่ไม่กล้าที่จะตัดสินใจอะไรไป เพราะเรากลัวจะโดนตำหนิ ถ้าเราตัดสินใจเองผิด ไม่อยากให้ใครมาว่าดูแลพ่อ (ผู้ป่วย) ผิด ดูแลไม่ดี"* (รายที่ 5) *"จะพาพ่อไปหาหมอไหม ต้องถามน้อง เราต้องปรึกษาเค้า เค้าต้องเตรียมเงิน ค่าใช้จ่ายเงินเค้าให้มา ต้องขออนุญาตเค้าก่อน เพราะทำอะไรทุกอย่างมันเป็นเงินเงิน"* (รายที่ 8)

ประเด็นหลักที่ 5 การพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป หมายถึง การใช้วิธีการที่หลากหลายในการจัดการกับอารมณ์และบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบในแต่ละวัน ได้แก่ บทบาทการทำงาน บทบาทในการดูแลผู้ป่วย บทบาทการเข้าสังคมให้เป็นไปได้ด้วยดีตามอัตภาพ มีประเด็นย่อย ดังนี้ การเปลี่ยนบทบาทการทำงาน การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแล การปรับลดบทบาทการเข้าสังคม การบันทึกเตือนตัวเอง การนึกถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล การพึ่งพาศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ และเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

การเปลี่ยนบทบาทการทำงาน เมื่อความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อจัดการกับบทบาทต่าง ๆ ที่ต้องทำในแต่ละวัน ได้แก่ บทบาทการทำงานนอกบ้าน บทบาทการทำงานบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

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

> *"เจ้านายให้เราออกเลย แกป่วย เราออกมาดูแลแก"* (รายที่ 4) *"อาศัยรับเย็บกระเป๋าที่บ้านเย็บไป ดูแกไป"* (รายที่ 2) *"ไปทำงานไม่ได้เลย หยุดมา 6 เดือนแล้ว เดี๋ยวนี้ผมลองเริ่มกลับมาทำงาน ได้ 5 วันแล้ว รอให้อาหารมื้อกลางวันพ่อก่อน แล้วค่อยมาทำงานอู่ มาเดี๋ยวต้องกลับแล้ว"* (รายที่ 5) *"รับลอตเตอรี่เดือนละ 2 ครั้ง (2 วัน) ไปเอาที่กองสลากโน่นมาส่งที่พระประแดง"* (รายที่ 7) *"เราต้องหยุดวิ่งวิน (รถโดยสารประจำทาง) เลย ทำไม่ได้ มาวิ่งเหมาแทน ใครมาเหมาเราไป มันไปแค่ 2 – 3 วัน"* (รายที่ 10)



แผนภาพที่ 1 การปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

บทบาทการทำงานบ้าน ญาติผู้ดูแลปรับตัวโดยจัดเวลาทำงานบ้านในช่วงเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วย พยายามเร่งทำงานบ้านให้เสร็จโดยเร็วเพื่อให้ทันกับเวลาที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เลือกเวลาซักผ้าหลังจากเสร็จงานดูแลผู้ป่วย เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากภายนอกเพื่อไม่เสียเวลาทำอาหาร หรือทำความสะอาดห้องน้ำแค่พอสะอาด ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"โอ๊ย ต้องทำเค้า (ผู้ป่วย) ให้เสร็จก่อน วางกอง ๆ ไว้ เสื้อผ้า จานชาม เสร็จเค้า 10 โมง กินเสร็จค่อยเก็บล้าง ห้องน้ำขัดแป๊บ ๆ พอ ต้องทำอะไรเร็ว ๆ มันต้องรีบมาอ้อยอิ่งได้ไง"* (รายที่ 2)
>
> *"บ้านกวาดเช็ดลวก ๆ พอใช้ได้เอา ไปตากผ้าหน้าบ้านแป๊บ ๆ ต้องรีบมาเตรียมอาหารให้แก (ผู้ป่วย) หั่นไว้ก่อน แล้วไปดูแก ค่อยกลับมาต้มทิ้งไว้ แล้วไปออกกำลังกายแก เสร็จก้อได้เวลาอาหารแกอีกแล้ว เอามาแช่น้ำอุ่น ทำสลับกันอย่างงี้ หมดวัน"* (รายที่ 4)

การพยายามหาสิ่งสนับสนุนบทบาทการดูแลผู้ป่วย เป็นการปรับตัวในบทบาทการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสิ่งสนับสนุนการดูแลมาจากแหล่งประโยชน์ทั้งภายใน

และภายนอกครอบครัว เช่น ขอความช่วยเหลือจากพี่น้อง ลูกหลาน คนรู้จักมาร่วมช่วยกันดูแลผู้ป่วย หรือให้มาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนในวันที่ญาติผู้ดูแลไม่สบายต้องไปทำงาน บางรายมีการจ้างวานให้คนรู้จักมาช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือรับความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่ารักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าไฟ รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น ผ้าอ้อมสำลี ผ้าก๊อสสำหรับทำแผล และรับความช่วยเหลือในการสอนความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การฉีดยา ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"เคยไม่สบายมากต้องไปหาหมอที่ ร.พ. ก้อให้น้องมาช่วยเฝ้าแกให้ บางทีก้อฝากเค้าซื้อของสดให้บ้างเวลาเขาไปตลาด ถ้าจะยกก็จ้างคนมายกลงจากเตียงครั้งละ 20 บาท ให้เขาได้นั่งรถเข็นดูทีวีวันละ 2 ครั้ง ไปหาหมอจะเหมารถแท๊กซี่ประจำทั้งวัน (คอนโดเตียวกันกับผู้ป่วย)"* (รายที่ 4) *"คุณพยาบาลให้ยืมเครื่องดูดเสมหะเครื่องนึง คนที่บริจาคเตียงคนป่วยเค้าก้อให้เครื่องดูดเสมหะมาให้อีก สายดูดเสมหะ สำลีเค้าเอามาบริจาคให้"* (รายที่ 8) *"คุณ...พยาบาลสอนพี่ดูดเสมหะ ทำแผล ป้อนอาหาร มาเยี่ยมสอนที่บ้านด้วย "* (รายที่ 6)

การปรับลดบทบาทการเข้าสังคม เป็นการปรับตัวทางสังคมของญาติผู้ดูแลโดยมีการเข้าสังคมลดลงเนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลผู้ป่วย และพึ่งพาเทคโนโลยีต่าง ๆในการเข้าถึงสังคมแทน เช่น การรับข่าวสารทางโทรศัพท์ พูดคุยกับลูกผ่านทางโปรแกรมไลน์แอพพิเคชั่นแทน เพื่อให้ตนมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"ไม่ได้เห็นหน้าลูก ต้อง line หาลูกคุยกับลูกกันกับเพื่อนก็ใช้โทรศัพท์คุยกัน"* (รายที่ 1) *"ข่าวนี่ผมให้มันเข้ามาในนี้ (รับข่าวทางโทรศัพท์)"* (รายที่ 3)

การทำบันทึกเตือนตัวเอง ในแต่ละวันญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละบทบาทหลายกิจกรรม ทำให้มีการปรับตัวเพื่อจัดการกับกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันการลืม หรือข้อผิดพลาดต่าง ๆ ด้วยการเตือนตัวเองถึงสิ่งที่ต้องทำ เช่น จดไว้ที่ปฏิทิน บางรายจดในกระดาษ หรือสมุดบันทึก โดยบันทึกกิจกรรมที่ต้องทำและขีดเครื่องหมายเป็นสัญลักษณ์เพื่อให้ตนได้ทราบว่ากิจกรรมใดได้ปฏิบัติแล้ว กิจกรรมใดยังไม่ได้ทำ บางรายจัดทำตารางกิจกรรมที่จะทำให้กับผู้ป่วยในแต่ละวันและทำกิจกรรมนั้นตามตารางเวลาที่ได้กำหนดไว้ เป็นการเตือนให้ญาติผู้ดูแลทราบว่าเวลาไหนควรทำกิจกรรมใด จัดทำให้เป็นกิจวัตรเหมือนกันทุกวัน ทั้งนี้เพื่อลดความรู้สึกเบื่อ กดดันหรือเครียดกับการทำกิจกรรมให้กับผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

> *"จะจดไว้ เขียนไว้ ต้องทำอะไรให้พ่อบ้าง อะไรทำแล้วมาขีดออก ว่าทำแล้ว มันมีงานให้ทำเยอะไปหมด เขียน จดไว้หมดเลย ทำไว้เลย ทำเสร็จมาติ๊กอันนี้ทำแล้ว มันจะเสร็จแล้วโว้ย จะได้นอนแล้ว"* (รายที่ 8) *"ผมจะเขียนเป็นตารางชีวิตเลยว่า เวลาไหนต้องทำอะไร ผมจะพยายามทำชีวิตประจำวันของผมให้เป็นตาราง พยายามทำเป็นประจำ มันไม่ต้องคิดว่าต้องทำ แต่มันเป็นชีวิตประจำ ถ้าเราทำเป็นประจำ มันจะเป็นไปตามเวลาของมัน มันจะไม่เหนื่อย ไม่ท้อแท้ถึงเวลาก็ต้องทำ"* (รายที่ 5)

การนึกถึงผลลัพธ์ที่ดีของการดูแล เมื่อญาติผู้ดูแลมีอารมณ์ทางด้านลบจากสถานการณ์การดูแล

ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวในการจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ เพื่อทำให้อารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่ดีที่เกิดจากผลกระทบในการเผชิญปัญหาการดูแลของญาติผู้ดูแลบรรเทาเบาบางลงและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีพลังและกำลังใจในการเผชิญกับปัญหาต่อไปได้ ด้วยวิธีการต่าง ๆ คือ เช่น พยายามคิดบวก ได้ทำตามหน้าที่ที่สังคมยอมรับ ได้รับผลบุญตอบแทน ได้ช่วยเหลือบุคคลที่ตนเองรัก หรือได้ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยให้กับครอบครัว ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"พี่พยายามคิดบวก หาคำตอบที่ดี ดีจังเลยที่ได้มาดูแลแม่ มันดีนะ เหนื่อย ต้องพยายามคิดดีจังเลย ต้องคิด มันดีอย่างนี้"* (รายที่ 1) *"ถึงแม่จะไม่เคยเลี้ยงเรามา แต่พี่มีสามัญสำนึก จิตสำนึกเรายังดี ได้ทำตามจิตสำนึกของเรา เรายังมีความรับผิดชอบ ก็เขาเป็นแม่ ถ้าพี่ไม่ดู ใครจะดูเราได้ ทำหน้าที่ลูก"* (รายที่ 6) *"ดูแลเขาก็ได้ช่วยเหลือเขา (ผู้ป่วย) ก็เป็นบุญ ได้บุญนะ เป็นบุญให้แม่"* (รายที่ 7)

การพึ่งพาศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ญาติผู้ดูแลยังมีการปรับตัวเพื่อจัดการกับอารมณ์ทางลบต่าง ๆ ด้วยศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เช่น การใช้คำสอนของศาสนาพุทธเป็นหลักในการชี้นำญาติผู้ดูแลถึงวิธีที่ควรปฏิบัติทั้งต่อผู้ป่วยและต่อสมาชิกอื่นในครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนาพุทธ เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจญาติผู้ดูแลให้มีจิตใจให้สามารถใช้ชีวิตในแต่ละวันได้ด้วยดีตามอัตภาพ หรือพึ่งพาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ญาติผู้ดูแลนับถือ เช่น ขอพึ่งพาอิทธิฤทธิ์ของพระเกจิอาจารย์ที่เคารพนับถือของชาวพุทธ ให้ช่วยญาติผู้ดูแลผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี ๆ จากการได้ดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"มันไม่สบายใจ ร้องไห้ ก็สวดมนต์ สวดมนต์สวดแล้วมันก็ดี มันลืมได้"* (รายที่ 8) *"พี่ไหว้พระขอพรตลอดเลย ขอให้แม่(ผู้ป่วย)หมดทุกข์หมดโศก ถ้าแม่หมดอายุขัย ขอให้แม่ไปเลยอย่าทรมานอยู่เลย"* (รายที่ 9)

การเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในสถานการณ์การดูแล โดยหันไปทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อคลายความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยไม่สนใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ซึ่งญาติผู้ดูแลบางรายเลือกทำงานอดิเรกที่เป็นสิ่งบันเทิงหรือสิ่งที่ตนเองชอบทำ เช่น อ่านหนังสือ ดูทีวี หรือบางรายชอบทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติ เช่น การเลี้ยงสัตว์ การปลูกต้นไม้ ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"เรามันคนเย็บผ้าเป็น ก็เย็บโน่น แต่งนี่ ไปสบายใจดี เนี่ยเย็บพวงกุญแจได้เยอะแล้ว สมองปลอดโปร่ง หายใจได้เต็มอิ่ม ได้เย็บผ้า" "ทีวีนี่เปิดทั้งวัน ฟังมันไป ดูบ้าง ไม่ได้ดูบ้าง เพลินไป"* (รายที่ 2) *"ทำอะไรไม่ได้ ทำใจได้อย่างเดียว เปิดวิทยุฟังไปให้มันผ่านหูไป แค่นั้น เดี๋ยวมันก็ผ่านมาได้"* (รายที่ 9) *"มองต้นไม้ไป เพลิน ๆ ดี เวลามันหงุดหงิด เดินดูเขียว ๆ มันก้อคลายไป"* (รายที่ 7)

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

ให้การรักษา ซึ่งการปรับเปลี่ยนของร่างกาย ประกอบ 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนไป และการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนไป

การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อญาติผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละวันหมดไปกับการดูแลผู้ป่วยติดต่อกันต่อเนื่องทุกวัน ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเองน้อย ส่งผลให้มีการปรับตัวด้านสรีระร่างกายของญาติผู้ดูแล คือ มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากการรับประทานอาหารเยอะขึ้นเพราะรู้สึกเครียด หรือน้ำหนักตัวลดลงจากความเหนื่อยล้าที่ได้ให้การดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"นน.ลดมา 6 กก.แปลกใจ เครียดนะ กินเยอะเหมือนเดิมเลย ลงได้ไง กางเกงหลวม เบาเลย"* (รายที่ 6) *"เพื่อนบ้านทักทุกวัน พี่ผอมไปนะ อุ๊ยพี่หน้าเล็กไปนะ"* (รายที่ 8)

ญาติผู้แลบางรายมีอาการผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ หรือมีภาวะความดันโลหิตสูง และมีปัญหาสุขภาพอันเป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การยก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือการยืนนาน ๆในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นร่วมกับการเสื่อมของร่างกายของญาติผู้ดูแลเมื่อมีอายุมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า

> *เดี๋ยวนี้อายุมาก กระดุกทรุด ขาพี่โก่งมากขึ้น พอมาดูแลแม่ ลากแม่บ่อย พี่ดูคนเดียวตลอดเลย ลากแม่ ดึงจับใต้รักแร้ ลากขึ้นมา ปวดหลัง พี่เป็นหมอนรองกระดูกเคลื่อนด้วย บางทีก็เจ็บ ก็ทำไงได้ ไม่มีใคร"* (รายที่ 2) *"ความดันผมสูงนะ 150 – 90 งงเหมือนกัน ไม่เคยเป็นมาก่อนเลยนะ" (รายที่ 5)*

การมีภาพลักษณ์เปลี่ยนไป เช่น ดูแก่ขึ้น มีหน้าตา รูปร่างของญาติผู้ดูแล ดูโทรมไปกว่าเดิม รวมทั้งการไม่แต่งตัว แต่งหน้าหรือทำผมให้ดูสวยงาม ดังคำให้สัมภาษณ์

> *"คนแถวนี้เค้าก็ทัก ว่า เราโทรม หน้าดำคร่ำเครียด จะไม่ดำได้ยังไง มันเครียด เครียดมาก ทุกวัน"* (รายที่ 10) *"คนที่คลองตัน (ที่ทำงาน ที่พักเดิม) มาเยี่ยม เขาบอก ดูแก่ลง อะไรอย่างเนี้ย แต่รู้ตัวเองดี" "ผม ดูหงอกเลย"* (รายที่ 4)

การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเปลี่ยนไป โดยเฉพาะมีการดูแลสุขภาพของตนเองเปลี่ยนไปในทางที่แย่ลง ได้แก่ การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป แบบแผนการพักผ่อนและการนอนเปลี่ยนไป และการดูแลตนเองเปลี่ยนไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เช่น รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ไม่ครบ 3 มื้อในแต่ละวัน ไม่อยากรับประทานอาหารหรือ รับประทานอาหารมากไปเวลารู้สึกเครียด ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"เช้าพี่กินนิดหน่อย กลางวันเย็นแล้วแต่ กินบ้างไม่กินบ้างแต่ละวันนะ ไม่ครบ 3 มื้อหรอก ต้องดูแม่ให้เสร็จก่อน ค่อยกินได้นะ"* (รายที่ 2) *"ไม่มีเวลาไปซื้อกินไง ต้มมาม่าง่ายดี ก็ไม่ค่อยมีสารอาหารอะไร ผลไม้ก็ไม่มีเวลาออกไปซื้อกินอะไรอย่างเนี้ย"* (รายที่ 4) *"ผมกินเยอะเลย กินมากเลยช่วงนี้ ถ้าเครียดผมจะกินเยอะ"* (รายที่ 5) *"เหนื่อย กินไม่ลง"* (รายที่ 8)

แบบแผนการพักผ่อนและการนอนเปลี่ยนไป ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการใช้เวลาในการพักผ่อนส่วนตัวลดลงเนื่องจากใช้เวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

> *"ผมชอบดูหนัง ฟังเพลง จะไปเดินดูหนังสือที่ร้านบ้าง ก็ต้องวันที่รอพ่อไปฟอกไต"* (รายที่ 5) *"เวลาตัวเองไม่มีแล้ว ได้ไปกับรถ ก็นั่นแหละ*

ได้ไปเที่ยวไปดูกับเค้า (ทำงานรถรับจ้าง) แต่มันก็ไปทำงาน ไม่เหมือนเที่ยวเอง" (รายที่ 10)

และญาติผู้ดูแลทั้งหมดมีแบบแผนการนอนเปลี่ยนไป เช่น การนอนไม่หลับ การนอนไม่เพียงพอ หรือ การนอนหลับง่ายเพราะความอ่อนเพลีย นอนไม่เป็นเวลา ดังคำให้สัมภาษณ์ ดังนี้

"นอนไม่ค่อยหลับเลย คิดโน่นนี่อยู่ในหัว สมาธิมันจะอยู่ในเรื่องที่เราคิด เลยนอนไม่หลับ" (รายที่ 5) *"เดี๋ยวนี้ 5 นาทีก็หลับแล้ว แต่ต้องทำอะไรให้เสร็จก่อนนะ ไม่งั้นหลับไม่ลง" "เหนื่อยมาก อดนอน กลางคืนต้องลุกดู... มันกังวล"* (รายที่ 4)

การดูแลตนเองเปลี่ยนไป เช่น ไม่สนใจการออกกำลังกาย และไม่ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่รุนแรง หรือดูแลตัวเองแบบง่ายโดยการบีบนวด ซื้อยามารับประทานเอง และไปพบแพทย์ เมื่ออาการนั้นมีความรุนแรงมากขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์ว่า

"มันเหนื่อยแล้วนะทุกวันนี้ ไม่คิดออกกำลังกายเลยนะ" (รายที่ 8) *"เป็นโทรอยด์โต หมอให้ไปผ่าตัด แต่แกมาป่วย เลยไปไม่ได้ รอไปก่อนหมอบอกว่าไม่อันตรายอะไร"* (รายที่ 4) *"กินยาไม่ต้องไปตรวจกับหมอแล้ว ไปก็ให้ยาเดิม ไม่ดีขึ้นตอนนี้พี่ซื้อยาแก้ปวดมากิน ก็ดีขึ้น ปวดเอวจะเอากอเอ๊ยแปะไว้ วันนี้ 4 แผ่นเลยถึงจะเอาอยู่"* (รายที่ 2)

การอภิปรายผลการศึกษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่พบพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้าน[13] คือ 1) ด้านร่างกายซึ่งครอบคลุมข้อมูลการปรับเปลี่ยนของร่างกาย 2) ด้านอัตมโนทัศน์ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการจำใจยอมรับ การระบายอารมณ์ และการหนีปัญหา 3) ด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งครอบคลุมข้อมูลการพยายามจัดการกับบทบาทที่เปลี่ยนไป และ 4) ด้านการพึ่งพาระหว่างกันซึ่งครอบคลุมข้อมูลการไม่พึ่งพาผู้อื่น เมื่อพิจารณาผลการศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาการปรับตัวในด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น เมื่อมีปัญหาการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน เป็นต้นว่า ไม่มีสมาชิกอื่นในครอบครัวมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เพราะไม่มีเวลาไปทำงาน ไม่มีเวลาไปดูแลครอบครัวตนเอง ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ รู้สึกว่าทำอะไรไม่สำเร็จตามที่คาดหวัง หรือรู้สึกว่าให้การดูแลครอบครัวตนเองได้ไม่ดี ทำให้เครียด หดหู่ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายซูบผอม โทรม ก็เกิดเป็นปัญหาการปรับตัวด้านร่างกายตามมา ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's adaptation model) ที่กล่าวว่า การปรับตัวทั้ง 4 ด้านมีเชื่อมโยงกัน ถ้ามีปัญหาการปรับตัวในด้านใดด้านหนึ่งจะมีผลกระทบต่อการปรับตัวด้านอื่นด้วย[13]

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงของญาติผู้ดูแล เป็นงานที่หนัก ยุ่งยาก ซับซ้อน และเป็นงานที่ญาติผู้ดูแลต้องทำเองเพียงลำพังด้วยสถานการณ์ทางสังคมบังคับ[14] ถึงแม้ว่าสมาชิกอื่นในครอบครัวได้ให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การเงิน การเตรียมอาหาร เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่าไม่เพียงพอ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวด้วยการจำใจยอมรับต่อสถานการณ์ดูแลที่ต้องทำกิจกรรมหลายอย่างจนรู้สึกหมดแรง หรือเมื่อเกิดปัญหาการดูแล ก็รู้สึกหมดหนทางในการแก้ไขให้ดีกว่าเดิมได้ จึงปรับตัวโดยการอดทนกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมทั้งจำใจยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้ไม่สนใจ

ภาพลักษณ์ที่แย่ลงของตนเอง ไม่ดูแลตนเอง มีสุขภาพแย่ลง เพราะความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เป็นประจำทุกวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาการปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยความที่ไม่สามารถพึ่งพาคนอื่นได้ ซึ่งต่างจากกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการปรับตัวได้ดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากสมาชิกอื่นในครอบครัวเมื่อเสร็จสิ้นภาระงานประจำวัน[15] การจำใจยอมรับต่อสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกด้านลบต่าง ๆ กับญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลจัดการกับความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ด้วยการอดทน ปิดปากเงียบ ไม่โต้แย้งและไม่ร้องขอหรือไม่พึ่งพาผู้อื่น[14] โดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาด้านการดูแลซึ่งเป็นความรับผิดชอบของตนเอง เนื่องจากกลัวโดนตำหนิ ถูกว่ากล่าว และอาจเป็นต้นเหตุความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ คล้ายกับการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บศีรษะของญาติผู้ดูแลด้วยการอดทนต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น[16] ซึ่งการพยายามอดทนและปิดปากเงียบเป็นประจำทุกวันอาจก่อให้เกิดความเครียดในการดำรงบทบาทญาติผู้ดูแล[19] ญาติผู้ดูแลมีการปรับตัวเพื่อปลดปล่อยความทุกข์หรือความรู้สึกคับข้องใจโดยพูดระบายความอึดอัดใจต่าง ๆ กับผู้ป่วยหรือบุคคลที่ตนเองไว้วางใจ ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว เช่น เพื่อนสนิท แต่เมื่อมีเหตุการณ์ที่สร้างปัญหาในระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย และมีภาระมากขึ้น[17] เช่น ผู้ป่วยไม่ยกขาช่วยในขณะที่ญาติผู้ดูแลกำลังพยุงผู้ป่วยลงนั่งรถเข็นคนเดียว ผู้ป่วยกัดสายดูดเสมหะขณะที่ญาติผู้ดูแลกำลังช่วยดูดน้ำลายภายในปาก หรือผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระเปรอะเปื้อนที่นอน เป็นต้น ก่อให้ญาติผู้ดูแลเกิดอารมณ์โกรธเกินขีดจำกัดที่จะอดทนได้[18] ญาติผู้ดูแลบางรายมีการตำหนิ ว่ากล่าวผู้ป่วย บางรายทำร้ายผู้ป่วยด้วยการตบ ตี หรือบางรายระบายอารมณ์ลงที่สิ่งของแทน เนื่องจากในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวด้วยการจัดการกับหลายบทบาทที่เปลี่ยนไปให้สอดคล้องกัน รวมทั้งจัดการกับอารมณ์ทางด้านลบด้วยตนเอง ไม่มีสมาชิกอื่นในครอบครัวให้คำปรึกษา ไม่มีคนที่ญาติผู้ดูแลไว้วางใจ หรือแหล่งประโยชน์อื่นที่มีก็ไม่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการดูแลใช้วิธีการปรับตัวด้วยการหนีปัญหา เนื่องจากรู้สึกทุกข์มาก ที่จัดการปัญหาต่าง ๆไม่ได้[19] จึงต้องการหลบหลีกจากความรับผิดชอบดังกล่าว ด้วยการหลีกเลี่ยงการอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ๆ เช่น ไม่อยู่เฝ้าผู้ป่วยทั้งวัน หรือหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่มักก่อปัญหา เช่น กิจกรรมกายภาพบำบัดซึ่งผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยเพราะตนเองกลัว เป็นต้น ญาติผู้ดูแลบางรายคิดหนีปัญหาด้วยการคิดฆ่าตัวตาย เพราะหมดหนทางแก้ไขปัญหาหรือน้อยใจที่โดนสมาชิกอื่นในครอบครัวตำหนิ[11] และคิดฆ่าผู้ป่วย ซึ่งเป็นต้นเหตุของปัญหาทั้งหมดเพื่อยุติความรับผิดชอบทุกอย่าง นอกจากมีญาติผู้ป่วยที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาททางสังคม โดยมีกิจกรรมทางสังคมลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาคู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมทางสังคมลดลง เช่น การใช้ชีวิตแบบคู่สมรส สูญเสียเวลาว่าง และขาดชีวิตที่มีอิสระ เนื่องจากใช้เวลาในแต่ละวันหมดไปกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย[14] และการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า บางรายมีเครือข่ายอินเตอร์เนตในการเข้าสังคม เพื่อหาข้อมูลและปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอื่นหรือกับพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึก

ได้รับการช่วยเหลือและได้ระบายความรู้สึก[20] และการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่สำคัญคือ การปฏิบัติตามหลักปฏิบัติทางศาสนา เช่น การนึกถึงบุญกรรม การสวดมนต์ไหว้พระ หรือการอ่านหนังสือธรรมะ เนื่องจากหลักศาสนาส่วนใหญ่มีแนวคิดต่อการทำดี สอดคล้องกับการศึกษาใน คู่สมรสที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดสมองบางรายมีความเลื่อมใสศรัทธาหรือเชื่อมั่นในพระเจ้า มีการท่องบทสวดถึงพระเจ้าเพื่อขอรับความรักและความช่วยเหลือจากพระเจ้าให้ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นได้[14] หรือการมองการดูแลผู้ป่วยในแง่ดีว่าเป็นการแสดงการตอบแทนบุญคุณต่อผู้มีพระคุณ ดังการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้านที่จัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วยการยอมรับ การระบายความทุกข์ และการคิดถึงหน้าที่ในการตอบแทนความรักของผู้ป่วยที่มีให้ตนเอง[6]

โดยสรุปการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผลจากความพยายามปรับตัวของญาติผู้ดูแลเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถคาดการณ์ถึงผลกระทบทางบวกและลบที่อาจเกิดขึ้นตามมาจากการปรับตัวไม่ได้ของญาติผู้ดูแล ก็จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำ ติดตาม ช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลพัฒนาการปรับตัวให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติงานในระยะเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ควรให้ความสำคัญในการค้นหาข้อมูลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ที่อาจเป็นปัญหาหรืออุปสรรคในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มรับบทบาทญาติผู้ดูแล เพื่อให้ความช่วยเหลือในการบรรเทาปัญหาต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปรับตัวที่ดีแก่ญาติผู้ดูแล พยาบาลควรติดตามความสามารถในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ มากกว่า 6 เดือนอย่างต่อเนื่องจนมั่นใจว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการปรับตัวน้อยที่สุด พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมการปรับตัวของญาติผู้ดูแล เพื่อป้องกัน เฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือได้ทันที โดยติดตามเยี่ยมบ้าน หรือติดตามทางโทรศัพท์ และพยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการดึงความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่น ๆ 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 รัตนากร, ชาญพงศ์ ตังคณะกุล, สามารถ นิธินันท์, นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล และ ยงชัย นิละนนท์, บรรณาธิการ. Current practice guide to stroke management. กรุงเทพ: สหวิชาญการพิมพ์; 2554. หน้า 107-114.

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: ณัฐ พสุธารชาติ, อรอุมา ชุติเนตร และ นิจศรี ชาญณรงค์, บรรณาธิการ. Basic and clinical neuroscience 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553. หน้า 203-220.
5. นันทพร ศรีนิ่ม. ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา; 2545.
6. ศรันยา แสงมณี, มณี อาภานันทิกุล และ ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. กรณีศึกษา: การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำงานนอกบ้าน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 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. วิเคราะห์สถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัว และผลกระทบด้านจิตใจของสตรีในชุมชนแออัด [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 อาภานันทิกุล. การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์. ใน ประมวลสาระชุด*วิทยานิพนธ์ 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 ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
17. ไพรินทร์ พัสดุ. 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*