

ผลของการเข้ากลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อศึกษาปัญหาและภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ธัญยาภรณ์ อธิญวาลย์ วท.ม. (กายภาพบำบัด)*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และประเมินภาระของผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” จากการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 – มิถุนายน พ.ศ. 2550 จำนวน 10 ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย: ใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และตรวจประเมินภาระของผู้ดูแล โดยใช้ Bakas caregiver outcome scale (BCOS)

ตัววัดที่สำคัญ: ปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผลการประเมินภาระของผู้ดูแล

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 38.8 ± 2.8 ปี เป็นเพศชาย 4 ราย หญิง 6 ราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร 6 ราย คู่สมรส 2 ราย บิดา 1 ราย และญาติ 1 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6 เดือน กิจกรรมหลักๆวันที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยคือการดูแลความสะอาดของร่างกายและการเตรียมอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุดคือการจัดการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย ส่วนปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายพบร้อยละ 30 ทางกลุ่มได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยเสนอว่าควรมีการจัดแบ่งเวลาสำหรับกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ให้ชัดเจน ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยปฏิบัติทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และสอนให้ผู้ป่วยหัดช่วยเหลือตัวเองบ้างในบางกิจกรรม ร้อยละ 80 ของผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการช่วยกันคลี่คลายปัญหา ผลการประเมินภาระของผู้ดูแล (BCOS) พบว่า ได้คะแนนรวมเฉลี่ย 64.6 โดยระดับผลกระทบบ้าง ภาระทางการเงิน และสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ (มีคะแนนเฉลี่ย 3.5, 3.5 และ 3.6 ตามลำดับ) แต่มีความภาคภูมิใจในตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหลังจากที่เริ่มดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันคือ 5.4

สรุป: ปัญหาที่ผู้ดูแลพบมากที่สุดคือการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย ภาระที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีระดับผลกระทบบ้าง ภาระทางการเงิน และสุขภาพโดยทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจในตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

* ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

Abstract

Results of “Self-Help Group” for the Study of Problems and Burden of Caregivers of Stroke Patients

Thanyaporn Aranyavalai MSc (Physiotherapy)

Department of Rehabilitation, BMA Medical College and Vajira Hospital

Objective: To study the problems and burden of caregivers of stroke survivors by the “Self-Help Group”.

Study design: Descriptive study.

Subjects: Ten stroke patients who had been admitted at the BMA Medical College and Vajira Hospital during January 2006 – June 2007, and their caregivers who volunteered to participate in the “Self-Help Group” study.

Methods: A focus group was conducted to assess the problems of caregiving for stroke patients. The caregiver’s burden was scored by the Bakas caregiver outcome scale (BCOS).

Main outcome measures: Problems of caregiving for stroke patients and the BCOS.

Results: The mean age of caregivers was 38.8 ± 2.8 years; four were male and six were female. Regarding relationship to the patients, six were son/daughter, two were spouse, one was parent, and one was other relative. Their average duration of cares was six months; the main daily activities were personal care and cooking. The most frequent problem of the caregivers was coping with the patients’emotion. Thirty percent had financial problem. The group’s solutions were setting a precise schedule for the patient’s daily activities, promoting exercise to both patients and caregivers, and stimulating the family members to take part in caring and teaching the patient to do some activities by her/himself. Eighty percent of the caregivers were satisfied with such problem solving. The caregivers’ BCOS mean score was 64.6; after providing care to the stroke patients, their energy, finance, and general health went down with the scores of 3.5, 3.5, and 3.6 respectively while the self-esteem and relationship to the patients became better with the scores of 5.4 for both items.

Conclusion: Coping with the stroke patients’emotion was the most frequent problem of the caregivers. This led to a worsening in energy, finance, and general health. However, their self-esteem and relationship to the patients were improved.

Key words: caregiver burden, stroke, rehabilitation, Self-Help Group

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นภาวะผิดปกติของระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ส่งผลให้เซลล์ประสาทในสมองถูกทำลาย ทำให้การควบคุมและการสั่งงานเปลี่ยนไปจากปกติ โดยแสดงอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา และใบหน้า ซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวอย่างมาก¹ กลุ่มผู้ป่วยส่วนมากจะอาศัยอยู่ในชุมชน และมีญาติเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ความต้องการในการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทนี้ให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้จะต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้น จึงเป็นการเพิ่มภาระของผู้ดูแลและอาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ตามมา² ได้แก่ ภาวะเครียด หรือวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกของภาระที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลแต่ละรายนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ภาวะทางการเงิน การจัดการทางอารมณ์ สภาวะแวดล้อม และการสนับสนุนทางจิตสังคม เป็นต้น

ภาระ (burden) ในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และสภาวะจิตใจของผู้ดูแล ภาระที่เพิ่มขึ้นนั้นสามารถทำให้สุขภาพจิตแย่ลงและมีปัญหาสุขภาพตามมา³⁻⁴ ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงแรก จะต้องมีความสามารถและความอดทนในการดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ เช่น การขับถ่าย การรับประทานอาหาร Brocklehurst และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถรอดชีวิตและดำเนินชีวิตต่อไปได้คิดเป็นร้อยละ 97 ในขณะที่ Friedland and McColl⁶ พบว่าจำนวนและปริมาณการพึ่งพาทางสังคมที่มากเกินไป (overprotection and understimulation) จะทำให้คุณภาพทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง และส่งผลถึงภาวะทางด้านจิตใจของผู้ดูแล

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ การรองรับอารมณ์ของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ความเครียด และภาระที่เกิดขึ้นนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลให้เข้าใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยลดภาระได้ และอาจส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญหลักในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ดีขึ้น⁷⁻⁸

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อฝึกการเคลื่อนไหว การทรงตัว และการบริหารกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยมีผู้ดูแลคอยสร้างความเข้าใจและ

กระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติที่บ้าน ทั้งนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจะดีขึ้นนั้นเกิดจากการดูแลที่ดีของผู้ดูแล แต่ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือผู้ดูแลมีภาระอื่น ๆ นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงทำให้บางครั้งเกิดภาวะเครียด เบื่อหน่าย อ่อนล้าในการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ และทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลตามมา ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล รวมทั้งหาทางแก้ไขปัญหาร่วมกันภายในกลุ่ม และประเมินภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เคยได้รับการรักษาที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ประชากรตัวอย่างและวิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” (Self-Help Group) จากการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหลอดเลือดสมองอุดตัน ตีบหรือแตก ตั้งแต่รักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลจนจำหน่ายกลับบ้านโดยใช้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management)⁹ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2549 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 10 ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่ผู้ดูแล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group) ร่วมกับบันทึกข้อมูลเสียง (voice recorder) เพื่อศึกษาปัญหาและภาระที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากผู้ดูแลเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และแบบประเมินภาระ Bakas caregiver outcome scale (BCOS)¹⁰⁻¹¹ จำนวน 15 หัวข้อ ซึ่งใช้วัดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และสุขภาพของผู้ดูแล ทำการแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อการสัมภาษณ์ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะถูกสัมภาษณ์กลุ่ม และตอบแบบประเมินโดยไม่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

หัวข้อสนทนาที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำตนเองให้สมาชิกรู้จัก และสมาชิกแนะนำตัว ทำความรู้จักภายในกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยกัน แจกวัสดุประสงค์ การดำเนินการ และประโยชน์ของกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ทบทวนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน และการทำกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กลุ่ม และแบบประเมินการะ BCOS ซึ่งมี 15 หัวข้อ โดยในแต่ละข้อจะให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หลังจากเริ่มดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1-7 ตามการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แยกลงจนถึงดีขึ้น คะแนนทั้งหมดที่ได้จะเป็นคะแนนบวก โดยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 105 คะแนน

หัวข้อสนทนาที่ 2 ศึกษาปัญหา ภาระของผู้ดูแล โดยร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้เวลา และความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ และประสบการณ์ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และทำการตอบแบบประเมิน BCOS หลังจากนั้นร่วมกันสรุปข้อมูลที่รับหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจภายในกลุ่ม

ส่วนที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้วิจัยให้สมาชิกรายงานความรู้สึกเกี่ยวกับการเข้าร่วมกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ครั้งนี้ ผู้วิจัยกล่าวลา ขอบคุณสมาชิก และสอบถามความต้องการมาเข้าร่วมกลุ่มในครั้งต่อไป เพื่อให้สมาชิกได้ประเมินผลการนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการแก้ไขปัญหา เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครั้งต่อไป

สื่อประกอบการสนทนา

1. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย และสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย¹²

2. “พลังลมปราณ” วิธีการหายใจ โรคหทัยกายเกร่ง แข็งแรงด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้ยาหรืออาหารเสริม ไม่ต้องเสียสตางค์¹³

ผลการวิจัย

มีผู้ดูแลสมัครใจเข้าร่วมโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” จำนวน 10 ราย จาก 10 ครอบครัว อายุเฉลี่ย 38.8 ± 2.8 ปี เป็นเพศชาย 4 ราย หญิง 6 ราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร 6 ราย คู่สมรส 2 ราย บิดา 1 ราย และญาติ 1 ราย ส่วนใหญ่จบการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 80 มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 70 และรายได้ที่ได้นั้นเพียงพอต่อความต้องการคิดเป็นร้อยละ 70 มีบุคคลอื่น ๆ ที่มาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโดยเป็นญาติ 6 ราย ลูกหลาน 2 ราย และมารดา 2 ราย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ย 6 เดือน

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group)

ผู้ดูแลทั้งหมดนี้ให้สัมภาษณ์ในลักษณะเป็นรูปตัวผู้ ผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณหัวโต๊ะ จากนั้นเริ่มทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพต่อกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยเริ่มสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคได้อย่างถูกต้อง และผู้ดูแลทุกคนได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยจากนักกายภาพบำบัดก่อนกลับบ้านในเรื่องของการบริหารกลืนเนื้อให้แก่ผู้ป่วย (home program) กิจกรรมที่มีความยุ่งยากน้อยที่สุดที่ผู้ดูแลต้องทำให้แก่ผู้ป่วย คือการให้รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง โดยผู้ดูแลสามารถจัดเตรียมยาตามคำสั่งหน้าซองยาได้อย่างถูกต้องตามที่ระบุ และผู้ป่วยมีส่วนช่วยเหลือในการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งได้อย่างครบถ้วน นอกจากนี้ การจัดการด้านการบริการ การประสานงานต่าง ๆ ได้แก่ ตารางนัดหมายไปพบแพทย์ ผู้ดูแลจะทำเครื่องหมายไว้ในปฏิทิน หรือติดบัตรนัดในจุดที่มองเห็นอย่างชัดเจน ผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลปัญหาอาการแสดงต่าง ๆ ตลอดจนการดำเนินโรคแก่แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เพื่อร่วมวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้

กิจกรรมซ้ำ ๆ ที่ผู้ดูแลต้องทำในแต่ละวัน คือการดูแลความสะอาดให้แก่ผู้ป่วย การเตรียมอาหาร และการออกกำลังกายในระหว่างวัน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องจัดการงานอื่น ๆ ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน การดูแลเรื่องเสื้อผ้า รวมทั้งการจัดการงานต่าง ๆ นอกบ้าน โดยหาผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยแทนในช่วงที่ออกไปทำธุระส่วนตัว ความยุ่งยากหรือปัญหาที่พบมากที่สุดคือการรองรับ

อารมณ์ของผู้ป่วย การจัดการกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องคอยเฝ้าระวัง และดูแลความปลอดภัยเนื่องจากกลัวผู้ป่วยหกล้มโดยเฉพาะเวลา เข้าห้องน้ำ ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะขาดรายได้จากการที่ต้องออกจาก งานมาดูแลผู้ป่วย มีผู้ดูแลตอบคำถามข้อนี้ด้วยความโศกเศร้า เนื่องจากเครียดมาก โดยเพื่อน ๆ สมาชิกทุกคนได้พุดจาให้กำลังใจ จึงทำให้ผู้ดูแลรายดังกล่าวรู้สึกมีกำลังใจขึ้น

ทางกลุ่มได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาต่าง ๆ โดยเริ่มจากทบทวน ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค แนะนำเรื่องการจัดแบ่งเวลา และกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ชัดเจนในแต่ละวัน ข้อแนะนำสำหรับการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยนั้น อาจได้จากแหล่งอาหารสำเร็จรูป นอกบ้านที่ถูกหลักสุขอนามัย โดยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทาง โภชนาการ มีไขมันต่ำและไม่เค็มจัด เพื่อควบคุมภาวะความดัน-โลหิตสูง นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรหาเวลาว่างส่วนตัวออกไปพบปะ ผู้อื่นหรือทำสิ่งที่ตนเองต้องการเพื่อเป็นการลดความเครียด ในแต่ละวันทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลควรออกกำลังกายเพื่อเป็นการสร้างเสริม

สุขภาพพร้อมกัน และควรกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกัน ดูแลผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยหัดช่วยเหลือตัวเองในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การใช้แขนข้างที่แข็งแรงตักอาหารรับประทาน หัดติดกระดุมเสื้อ หวีผม เป็นต้น การให้ผู้ป่วยพูดคุยทางโทรศัพท์กับผู้อื่น ให้อ่าน หนังสือ ฟังเพลงเบา ๆ ฟังวิทยุฟังการทำสมาธิเพื่อควบคุมอารมณ์ ร่วมกับการฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย จิตใจ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการช่วยคลี่คลายปัญหาและให้ คำปรึกษาจากการเข้าร่วมโครงการคิดเป็นร้อยละ 80

ผลการประเมินภาระของผู้ดูแล (BCOS) 15 หัวข้อ พบว่า ได้คะแนนรวมเฉลี่ย 64.6 คะแนน จาก 105 คะแนน โดยระดับ ผละกำลัง ภาระทางการเงิน และสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล เป็น 3 หัวข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุดและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.5, 3.5 และ 3.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ ความ ภาภูมิใจในตนเอง และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็น 2 หัวข้อ ที่ได้คะแนนสูงสุดและมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหลังจาก ที่เริ่มดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยจากแบบประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล (BCOS) (n=10)

ผลจากการที่ท่านเริ่มดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย
ความภาภูมิใจในตนเอง	7.0	5.4
โรคประจำตัวของฉฉ	7.0	4.4
เวลาที่ฉฉทำกิจกรรมในครอบครัว	7.0	4.0
การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น	7.0	4.2
ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนฝูง	7.0	4.1
มุมมองในอนาคตของฉฉ	7.0	4.7
ระดับผละกำลังกายของฉฉ	7.0	3.5
อารมณ์ของฉฉเอง	7.0	4.1
บทบาทในชีวิตของฉฉเอง	7.0	4.4
เวลาในการไปพบปะเพื่อน	7.0	4.1
ความสัมพันธ์ในครอบครัวฉฉเอง	7.0	4.9
ภาระทางการเงิน	7.0	3.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	7.0	5.4
ความสามารถในการทำงาน	7.0	4.3
สุขภาพทั่วไปของฉฉเอง	7.0	3.6
รวม	105.0	64.6

วิจารณ์

จากการศึกษาภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ามีกิจกรรมประจำวันที่ต้องกระทำซ้ำ ๆ กัน ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการรับประทานอาหาร เนื่องจากภาวะอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (poor activity daily living) และต้องพึ่งพาสังคมมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจะมีการฟื้นตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแล ในรายที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเต็มที่ อาจทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น การกลืน การเกิดแผลกดทับ หรือปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่พอเพียงจะมีการพัฒนาการฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับการเฝ้าระวังการกลืนในแต่ละวัน¹⁴

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมกับการประเมินภาระของผู้ดูแล (BCOS) พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกดีในการดูแลผู้ป่วยและสามารถปรับปรุงการทำการกิจประจำวันของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ภาระที่มากขึ้นและความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงทางพลังกำลังใจและสุขภาพที่แย่ลง บางครั้งผู้ดูแลอาจมีอารมณ์ไม่ดีจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลบในความสัมพันธ์ระหว่างภาระผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้นอาจนำไปสู่จุดแตกหัก (breaking point) ของความสัมพันธ์ได้ ดังนั้นการจัดการปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (emotion coping) โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลทราบ สร้างสภาวะผ่อนคลายความตึงเครียดโดยวิธีการทำสมาธิ ร่วมกับการหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ จะช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจต้องใช้เวลาระยะหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจของแต่ละบุคคล^{4,8}

การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ร่วมกันรับฟังปัญหา ปลอบโยนให้กำลังใจด้วยความเป็นกันเอง จากการเข้ากลุ่มระหว่างผู้ดูแล พร้อมทั้งได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ข้อมูลในเรื่องระยะของโรค และร่วมกันแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ จะทำให้เกิดปฏิกิริยาในการดูแลผู้ป่วยแสดงออกในทิศทางที่บวก ทำให้ช่วยลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Beth Han¹⁷ ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการกำลังใจและได้รับฟังคำปรึกษาเนื่องจากบางครั้งเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เนื่องจากมีความรู้และทักษะที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดความผิดพลาดและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา การที่ผู้

ดูแลผู้ป่วยมาเข้าร่วมกลุ่มเพื่อรับฟังความคิดเห็น ทำให้ได้รับข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับปรุงวิธีการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

ผู้ดูแลคือผู้ที่มีภาระในชีวิตส่วนตัว ดังนั้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้ดูแลและช่วยให้เกิดทักษะในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (problem-solving skill) อันจะนำมาซึ่งประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดการปรับตัวด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ดีขึ้น การพัฒนาแผนการให้บริการทางการรักษาอย่างสมดุลสำหรับผู้ดูแลและผู้ดูแลโดยให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนทางจิตสังคม (psychosocial support) เป็นอีกทางหนึ่งที่สามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹⁸⁻²¹

สรุป

ปัญหาที่ผู้ดูแลพบมากที่สุด คือ การรองรับอารมณ์ของผู้ป่วย และการจัดการกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ภาระที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีระดับพลังกำลังใจ ภาระทางการเงิน และสุขภาพโดยทั่วไป มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ อย่างไรก็ตามผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจในตนเองและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” และให้ข้อมูลอันเกิดประโยชน์แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู นายแพทย์จักรวาล มณีฤทธิ์ ที่อนุญาตให้เผยแพร่ข้อมูลในครั้งนี้ คุณนวลปรังค์ มีจันทร์ หัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู และคุณสุรีย์ รัตนรุ่งสินกุล พยาบาลผู้จัดการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่านที่ช่วยดำเนินการในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว. เคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด สำหรับภาวะอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: บริษัท เอส พี เอ็น การพิมพ์ จำกัด; 2550. หน้า

- 12-4.
2. Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Pijnenborg JM, Limburg M, van den Bos GA. Assessment of burden in partners of stroke patients with the sense of competence questionnaire. *Stroke* 1998; 29: 373-9.
 3. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005; 36: 2181-6.
 4. Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. Caregiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77: 177-82.
 5. Brocklehurst JC, Morris P, Andrews K, Richards B, Laycock P. Social effects of stroke. *Soc Sci Med* 1981; 15A: 35-9.
 6. Friedland J, McColl MA. Social support and psychosocial dysfunction after stroke: buffering effects in a community sample. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 475-80.
 7. Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GA. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1605-11.
 8. Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Knapp M, Donaldson N. Training care givers of stroke patients: randomized controlled trial. *BMJ* 2004; 328: 1099-101.
 9. นวลปรังค์ มีจันทร์, พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. ผลการใช้รูปแบบการจัดการทางการแพทย์บาสรายกรณีในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาล* 2549; 8: 44-55.
 10. Bakas T, Champion V. Development and psychometric testing of the Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nursing Research* 1999; 48: 250-9.
 11. Bakas T, Champion V, Perkins SM, Farran CJ, Williams LS. Psychometric testing of the revised 15-item Bakas Caregiving Outcomes Scale. *Nursing Research* 2006; 55: 346-55.
 12. อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา. คู่มือการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยและสมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทอัลตรา ฟรินดิง จำกัด; 2548. หน้า 6-66.
 13. สุกกิจ นิมมานนรเทพ. "พลังลมปราณ" วิธีการง่ายตายโรคภัย กายแรง แข็งแรงด้วยตนเอง ไม่ต้องใช้ยาหรืออาหารเสริม ไม่ต้องเสียสตางค์. พิมพ์ครั้งที่ 32. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2550. หน้า 13-25.
 14. Glass TA, Matchar DB, Belyea M, Feussner JR. Impact of social support on outcome in first stroke. *Stroke* 1993; 24: 64-70.
 15. Choi-Kwon S, Kim HS, Kwon SU, Kim JS. Factor affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 1043-8.
 16. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA, Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 2002; 33: 2160-5.
 17. Han B, Haley WE. Family caregiving for patients with stroke review and analysis. *Stroke* 1999; 30: 1478-85.
 18. Dennis M, Rourke SR, Lewis S, Sharpe M, Warlow C. A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke* 1998; 29: 1867-72.
 19. Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995; 26: 843-9.
 20. Patel A, Knapp M, Evans A, Perez I, Kalra L. Training care givers of stroke patients economic evaluation. *BMJ* 2004; 328: 1102-4.
 21. Wottrich AW, Koch LV, Tham K. The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Phys Ther* 2007; 87: 778-88.