

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร: กรณีศึกษา



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

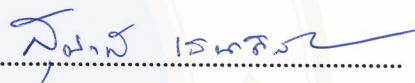
สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร: กรณีศึกษา



นางสาวอุษา นิ่มอนงค์  
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์สุปาณี เสนาดิสัย,  
M.S.  
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,  
D.N.Sc. (Primary Care)  
อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์  
Ph.D.  
รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์อรสา พันธักดิ์,  
พย.ด.  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร: กรณีศึกษา

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

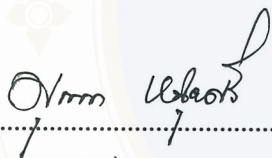
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ. 2554



นางสาวอุษา นิ่มอนงค์

ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์มุกดา หนูยศรี,

ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

D.N.Sc. (Primary Care)

กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาดิษฐ์,

M.S.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร บัณฑิตมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์สุภาณี เสนาคิสัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ ประธานกรรมการและกรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้ให้ความกรุณาอุทิศเวลา ในการให้คำปรึกษา แนะนำ ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณเพื่อนๆหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน รหัส 50 ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือด้วยดี ตลอดมา

ขอขอบคุณกรณีศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูล จนทำให้ การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และพี่ชาย ที่เป็นแรงบันดาลใจ เป็นกำลังใจ ให้ความรัก ความห่วงใย และให้การสนับสนุนในทุกๆด้านแก่ผู้ศึกษาตลอดมา จนการศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยดี

อุษา นิมอนงค์

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนที่เลือกสรร : กรณีศึกษา

STROKE CAREGIVING MODELS IN A SELECTED COMMUNITY : A CASE STUDY

อุษา นิมอนงค์ 5036199 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุปาณี เสนาคิสัย, M.S., วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc., (PRIMARY CARE)

#### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน จำนวน 4 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview)

ในการศึกษานี้พบว่า รูปแบบการดูแล มี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่สมรส และ 2) รูปแบบผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตรสาว ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่เป็นภรรยามีการะในครอบครัวมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี ผู้ดูแลที่เป็นบุตรที่มีปัญหาเศรษฐกิจ และต้องทำงานนอกบ้านมีความจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพัง เมื่อออกไปทำงาน อย่างไรก็ตามผู้ดูแลทั้ง 2 รูปแบบก็มีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเหมือนกัน คือ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล มีผลกระทบทำให้รายได้ลดลง มีความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลทั้ง 2 รูปแบบมีร่างกายทรุดโทรม และเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย คือ ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บทบาทในครอบครัวของผู้ดูแล การมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล และฐานะทางเศรษฐกิจ

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ในการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ต่อเนื่อง โดยวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างมีแบบแผนชัดเจน แผนการเยี่ยมบ้านเป็นไปตามสถานะและระดับพยาธิสภาพของผู้ป่วย และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล วางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระของผู้ดูแล เช่น จัดสวัสดิการด้านยานพาหนะในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง / ผู้ดูแล / รูปแบบการดูแล

## STROKE CAREGIVING MODELS IN A SELECTED COMMUNITY: A CASE STUDY

USA NIMANONG 5036199 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPANEE SENADISAI, M.S.,

WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc., (PRIMARY CARE)

## ABSTRACT

This case study explored home-based stroke caregiving models in a selected community as well as problems and obstacles in care provision for each stroke patient. The sample was composed of 4 primary caregivers of stroke patients in the community. Data were collected by semi-structured interviews.

This study revealed that there were two caregiving models: 1) caregiving by a spouse, and 2) caregiving by the daughter. The wife as a primary caregiver had more family burdens than the husband as the primary caregiver. When the daughter was the primary caregiver, she had economic problems and needed to work outside the house, so she had to leave the patient at home alone when she went to work. However, caregivers in both models had similar problems and obstacles when providing care in terms of the lack of knowledge and skills needed to deal with the patients who had complications or in the case of emergencies. In addition, they had difficulty in transferring the patients to the hospital, trading off their income, having conflicts with family members about patient care. In both caregiving models, the caregivers had deteriorated physical conditions and stress due to caregiving. Caregivers with chronic diseases did not receive continual treatment. In addition, factors related to problems and obstacles in providing care for patients, were the level of patient's severity, family roles of caregivers, assistants in providing care, and economic status.

The findings suggested that community health nursing practitioners should develop discharge plans for stroke patients starting from the first day of admission to the day of discharge. A system to provide home care should be established. Nursing care plans for home visits should be in line with the conditions and pathology of patients and also the caregivers' needs. These plans need to consist of physical, mental, social, and spiritual care of patients' caregivers. Coordination with community networks should be established for such things as transferring patients to the hospital and supplying medical equipment in order to reduce caregiver's burdens.

KEY WORDS: STROKE PATIENTS / CAREGIVER / CAREGIVING MODELS

129 Pages

## สารบัญ

|                                                                | หน้า |
|----------------------------------------------------------------|------|
| กิตติกรรมประกาศ                                                | ค    |
| บทคัดย่อภาษาไทย                                                | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ                                             | จ    |
| สารบัญตาราง                                                    | ช    |
| สารบัญภาพ                                                      | ณ    |
| บทที่ 1 บทนำ                                                   | 1    |
| บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม                                       | 7    |
| โรคหลอดเลือดสมอง                                               | 7    |
| แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน | 9    |
| ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง                       | 16   |
| เครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล                                    | 17   |
| รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง                           | 20   |
| บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 22   |
| บทที่ 3 วิธีการศึกษา                                           | 24   |
| บทที่ 4 ผลการศึกษา                                             | 28   |
| บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา                                      | 74   |
| บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ                            | 85   |
| บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาไทย                                        | 91   |
| บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาอังกฤษ                                     | 101  |
| รายการอ้างอิง                                                  | 113  |
| ภาคผนวก                                                        | 122  |
| ประวัติผู้ศึกษา                                                | 129  |

## สารบัญตาราง

| ตาราง                                      | หน้า |
|--------------------------------------------|------|
| 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | 29   |
| 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล                 | 31   |

## สารบัญภาพ

| ภาพ                             | หน้า |
|---------------------------------|------|
| 4.1 ฟังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 1 | 34   |
| 4.2 ฟังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 2 | 42   |
| 4.3 ฟังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 3 | 52   |
| 4.4 ฟังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 4 | 60   |

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทและเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2006 มีผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองรายใหม่และกลับเป็นซ้ำประมาณ 795,000 ราย เสียชีวิตประมาณ 143,000 ราย (American Heart Association, 2009) ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ปีละประมาณ 65,500 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (American Heart Association, 2008) สำหรับในประเทศไทยมีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.1 และพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 75 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2540 เป็น 206.34 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2550 อัตราเสียชีวิต 10.1 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2540 เป็น 20.6 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ. 2550 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจุบันการแพทย์และการรักษาพยาบาลมีความก้าวหน้าขึ้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีชีวิตรอดมากขึ้น (จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์ และ สมจิตร ตุลาทอง, 2551) ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิต มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนผู้พิการ ร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อยในระยะ 1 เดือนแรกภายหลังเกิดอาการ (วิจิตรา เชาว์พานนท์ และ สุวรรณ วิชาสงเคราะห์, 2550) และร้อยละ 40 มีความพิการมากต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน (จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์และสมจิตร ตุลาทอง, 2551) เนื่องจากผู้ป่วยจะสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย อันเนื่องมาจากความบกพร่องของระบบประสาท มีอาการแขนขาอ่อนแรง มีความผิดปกติของการพูด ความสามารถในการรับรู้และการสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหมดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่สามารถดูแลตนเองและกลับไปประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ประกอบพร ทิมทอง, 2550) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด โมโหง่าย เครียด ซึมเศร้า (ปิยะภัทร พชรวิวัฒน์พงษ์, 2547) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องมีผู้ดูแลเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ แทนในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และในขณะเดียวกันก็พยายาม

เรียนรู้พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวให้เหมาะสม(รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541)

ดังนั้นหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงเป็นของญาติพี่น้องและบุคคลที่เกี่ยวข้องเช่นคู่สมรสบิดามารดาบุตรและญาติอื่นๆ(สุรรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ที่เรียกว่าผู้ดูแล หรือ ญาติผู้ดูแล การเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยและอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานโดยไม่สามารถกำหนดเวลาที่สิ้นสุดได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของผู้ดูแลมากมาย ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดการในด้านต่างๆเพื่อบรรเทาบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้อย่างยั่งยืน ทั้งในด้านการจัดการในการดูแลตนเอง การจัดการในฐานะผู้ดูแล และการได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลรอบด้าน การจัดการในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและบทบาทให้เหมาะสมผสมผสานการดูแลให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มีการจัดการด้านเวลา และแสวงหาข้อมูลด้านความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การจัดการในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การดูแลตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระวังภาวะวิกฤติเหตุ รวมทั้งการประคับประคองจิตใจผู้ป่วย และในขณะเดียวกันผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลรอบด้าน ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว จากการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่ ช่วยพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ส่วนเพื่อนบ้านช่วยเหลือในการมาเยี่ยมผู้ป่วย ให้คำแนะนำทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพให้การช่วยเหลือในด้านคำแนะนำสั้นๆในโรงพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้น การที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างจริงจัง ได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว สังคม เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรสุขภาพ สิ่งต่างๆเหล่านี้ สามารถเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็งมากขึ้น มีความมุ่งมั่นที่จะยืนหยัดต่อสู้เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548)

จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบจากการดูแลตามการรับรู้ของผู้ดูแล ทั้งในด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวก คือ ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจ มีความมั่นใจในการดูแลและรู้สึว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการแสดงความกตัญญู (Limpanichkul, 2004) รู้สึกมีพลังอำนาจได้รับคำชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง และมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากขึ้น ส่วนผลกระทบในด้านลบ ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีชีวิตมีแต่ความยากลำบาก การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นชีวิตที่จำเจ ขาดอิสระ เกิดความน้อยใจในโชคชะตา สูญเสียความเป็นครอบครัว ชีวิตสมรส และสถานภาพทางสังคม (อริยฐาน ชินสุวรรณ, 2549)เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว ภาวะสุขภาพผู้ดูแลทรุดโทรม ความสัมพันธ์กับ

เพื่อนและสังคมลดลง มีปัญหาด้านการเงินและภาระหนี้สิน (นันทพร ศรีน่ม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548)

จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในด้านต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย การดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแล การจัดการภายในบ้าน การเงินและวัสดุสิ่งของในขณะที่ดูแลผู้ป่วย การประคับประคองจิตใจ และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (ฤทัย แสนสี, 2549) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นและทักษะในการดูแล ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อสถานการณ์การดูแล (มินตกาญจน์ ชะลอรักษ์, 2547) อีกทั้งยังส่งผลถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย (ภรภัทร อัมโธ, 2550) ความผาสุก (ชัยญาภรณ์ คาวนพเก้า, 2547) และลดความเครียดของผู้ดูแล (ปาริฉัตร กุลยาบาล, 2550) การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยมีสภาพแย่ลง (นันทพร ศรีน่ม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ การเงิน สิ่งของเครื่องใช้ จากสมาชิกในครอบครัว (Limpanichkul, 2004) ส่วนเพื่อนบ้านให้การสนับสนุนด้านการพูดคุยให้กำลังใจ การมาเยี่ยมเยียน ถามทุกข์สุข และให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายและเกิดกำลังใจ และบุคลากรทางสุขภาพให้การสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (ศศิธร ช่างสุวรรณ, 2548; Limpanichkul, 2004) อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวในการดูแลได้อย่างเหมาะสม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น (ภรภัทร อัมโธ, 2550)

จากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในบริบทกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล พบรูปแบบของการดูแล 9 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบของสถานสงเคราะห์ของรัฐซึ่งผู้ดูแลถูกจ้างให้มาดูแลผู้ป่วย จำใจต้องดูแลเพราะเป็นหน้าที่และได้ค่าจ้างตอบแทน รูปแบบของการดูแลที่เป็นบุตรชายคนโตตามธรรมเนียมจีน ต้องเป็นผู้ดูแลบิดามารดาที่ป่วย รูปแบบที่ให้ผู้ป่วยนอนพักในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนและมีผู้ดูแลหลักเป็นบุตรคอยมาดูแลที่โรงพยาบาล ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ช่วยสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่าย และมาเยี่ยมผู้ป่วยบางเวลา รูปแบบของการดูแลที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวและมีโรคประจำตัว ส่วนบุตรต้องออกไปทำมาหากินไม่มีเวลามาช่วยดูแลผู้ป่วย รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองเนื่องจากญาติยอมรับสถานะของผู้ป่วยที่ไม่มีทางหายเป็นปกติ และต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน รูปแบบของการจ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์ดูแลผู้ป่วยมาดูแล เนื่องจากญาติไม่มีเวลาดูแลด้วยตนเอง และมีรายได้

พอที่จะจ้างผู้ดูแลได้ รูปแบบของผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติและไม่มีความสัมพันธ์ใดๆกับผู้ป่วย แต่มาช่วยดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีความเคารพนับถือ และสนิทสนมกันมาก่อน รูปแบบของสมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลเนื่องจากมีสมาชิกในครอบครัว 2-3 คน จึงผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย และรูปแบบของครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิกหลายรุ่นช่วยกันดูแลผู้ป่วย (ศิริวรรณอนันตโท, 2548) จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันไปตามบริบทและเงื่อนไขของแต่ละครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรูปแบบการดูแลแบบผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวมีความเครียดมากกว่ารูปแบบครอบครัวที่มีผู้ดูแลหลายคนผลัดกันดูแล เนื่องจากไม่มีเครือข่ายในการช่วยดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดกับอาการของผู้ป่วยและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง (จันทนา ชาญประโคน, 2550)

จากรายงานจำนวนผู้ป่วยใน ด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดราชบุรี ปี พ.ศ.2548-2550 จำนวน 2,481, 2,214 และ 2,514 คน ตามลำดับ ซึ่งในปี พ.ศ.2550 จังหวัดราชบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ในเขต 4 รองจากจังหวัดนครปฐม (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี, 2550) โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในจังหวัดราชบุรี จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยใน ปี พ.ศ.2549-2551 จำนวน 3,8 และ 7 คน ตามลำดับ ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากแต่จากสถิติพบว่าผู้ป่วย 5 ใน 7 ราย ในปีพ.ศ.2551 มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และมีแผลกดทับ (เวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน, 2551) และมีผู้ป่วย 1 รายเสียชีวิต สะท้อนให้เห็นถึงการได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม โดยมีสถิติการกลับมารับการรักษาซ้ำของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนสูงถึง ร้อยละ 71.4 ซึ่งมากกว่าการศึกษากลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขอนแก่นที่พบการกลับมารับการรักษาซ้ำร้อยละ 51.7 จากภาวะแทรกซ้อน ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ไหล่หลุด ข้อติดแข็ง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะแทรกซ้อน มีอุบัติการณ์การกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงเป็น 1.5 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (สุชาพร ขจรฤทธิ์, 2547)

ตำบลเจ็ดเสมียนเป็นสังคมชนบท มีจำนวนประชากรทั้งหมด 5,555 คน (รายงานประชากรกลางปี อ.โพธาราม, 2551) ประชากรในตำบลมีอาชีพหลักคือการทำสวน และมีอาชีพรองคือรับจ้าง เช่น รับจ้างหั่นหัวผักกาดซึ่งเป็นสินค้าโอท็อปของตำบล หรือทำงานในโรงงาน เนื่องจากมีนิคมอุตสาหกรรม โรงงานทอผ้า และโรงงานผลไม้กระป๋อง อยู่บริเวณใกล้เคียง ซึ่งต้องทำงานเป็นช่วงเวลา เช้า บ่าย ดึก จากประสบการณ์การปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในพบว่า ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นคู่สมรสซึ่งเป็นผู้สูงอายุต้องดูแลกันเอง เป็นบุตรที่ต้องลาออกจากงานเพื่อมา

ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว หรือเป็นบุตรที่ต้องดูแลผู้ป่วย ดูแลครอบครัวของตนเองและทำงานไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่พบผู้ดูแลหลักกับผิชอบดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เนื่องจากผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน เช่น ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย ไม่สะดวกด้านสถานที่ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยจึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสถิติจำนวนวันนอนสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคระบบทางเดินหายใจ (รายงานจำนวนวันนอนแบ่งตามกลุ่มโรค โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ, 2551) ส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ (วิวรรณ มุ่งเขตกลาง, 2542)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยมีเครือข่ายทางสังคมร่วมดูแล เพื่อเป็นการทำความเข้าใจรูปแบบการดูแล ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแต่ละรูปแบบในบริบทของสังคมชนบทที่ผู้ดูแลใช้ชีวิตอยู่ ซึ่งคาดว่าผลการศึกษานี้จะทำให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้เข้าใจถึงการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลประสบอยู่จริง และนำไปสู่การให้บริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ที่มุ่งสร้างระบบสุขภาพพอเพียง มุ่งเน้นให้สังคมทุกระดับมีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรท้องถิ่น องค์กรชุมชน รวมถึงภาคประชาสังคมและภาคประชาชน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554)

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในแต่ละ

รูปแบบ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ดูแล

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดราชบุรี โดยที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแต่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง อยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก อัมพาตทั้งตัว หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น มีการสูญเสียด้านประสาทสัมผัส ด้านความคิด ความจำ สติปัญญา รวมทั้งการสูญเสียด้านการติดต่อสื่อสาร ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ไม่มากกว่า ระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยมีคะแนน Barthel index น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 70 คะแนน

**รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ลักษณะของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลที่บ้าน รวมถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย จำนวนผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และการประสานความช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษารุ่นนี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
3. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. เครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล
5. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
6. บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และแสดงอาการอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจากการรบกวนการนำน้ำที่ของสมองเฉพาะบางส่วนหรือทั้งหมด เกิดจากสาเหตุทางหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง (World Health Organization, 2006)

1. สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547: วิทยา ศรีดามา, 2548)

1.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic stroke) พบได้ร้อยละ 85 สาเหตุหลักที่ทำให้หลอดเลือดมีการตีบหรืออุดตัน คือ ภาวะ Atherosclerosis ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง จะทำให้มีการตีบแคบของหลอดเลือดรวมทั้งทำให้ผิวของหลอดเลือดมีความขรุขระมากขึ้น เป็นเหตุให้มีการจับตัวของ platelet กระตุ้นการจับตัวของเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดที่ทำให้หลอดเลือดในบริเวณที่เกิดโรคมีการอุดตัน และภาวะ Embolism คือมีชิ้นส่วนของ emboli

จากบริเวณอื่นหลุดมาอุดตันหลอดเลือดสมอง ที่สำคัญ ได้แก่ ลิ่มเลือดที่เกิดบริเวณผนังหัวใจหรือลิ้นหัวใจ

1.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออก (Hemorrhagic stroke) พบได้ร้อยละ 10 ทำให้เนื้อสมองโดยรอบตาย นับว่าเป็นสาเหตุที่มีอันตรายร้ายแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบร่วมกับผนังหลอดเลือดขนาดเล็กอ่อนแอ

**2. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง** อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งและขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ เมื่อหลอดเลือดสมองถูกอุดตันด้วย thrombus หรือ emboli จะมีกลุ่มอาการเฉพาะปรากฏขึ้น ในความเป็นจริงกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนี้มักจะซ้ำซ้อนและคล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมักมาโรงพยาบาลด้วยเรื่องหมดสติ หรือมีอาการทางระบบประสาท เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้ เป็นต้น อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด และอาการอาจมากขึ้นเรื่อยๆ ใน 2-3 นาที หรือเป็นชั่วโมง ผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองตีบอาจมีอาการเตือน เช่น อาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ แขนขาชา หรืออัมพาตชั่วคราว (Transient ischemic attack) ซึ่งอาจจะเป็นอาการเตือนของการเกิด stroke ที่รุนแรงต่อไป อาการแสดงทั่วไปของ stroke คือปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติของหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง ส่วนอาการเฉพาะที่ทางระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เนื้อสมองตาย เกิดพยาธิสภาพ หรือตำแหน่งที่เลือดออก อาการต่างๆ ไปมักปรากฏมากที่สุดหลังเกิด stroke ทันที อย่างไรก็ตามในบางครั้งระดับความรู้สึกอาจค่อยๆ เบาลงจนถึงขั้นหมดสติเช่นเดียวกันกับอาการเฉพาะที่จากความผิดปกติของสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ ผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง อาการอาจเพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าเลือดในสมองยังออกต่อไป (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

**3. การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง** โรคหลอดเลือดสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุ จึงก่อให้เกิดความเสียหายต่อสมองได้รุนแรงแตกต่างกันและส่งผลให้เกิดความเร่งด่วนในการรักษาแตกต่างกัน การประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมจึงมีความสำคัญในการวางแผนให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นการรักษาในภาวะสมองขาดเลือด และการรักษาในภาวะเลือดออกในสมอง (รังสรรค์ ชัยเสวีกุล, 2547)

3.1 การรักษาในภาวะสมองขาดเลือดโดยการให้ยา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านเลือดแข็งตัวและยาต้านเกล็ดเลือด ซึ่งการรักษาจำเพาะในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองอุด

กันเพื่อรักษาเนื้อสมองที่ขาดเลือด และป้องกันหลอดเลือดสมองอุดตันซ้ำ (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2547)

3.2 การรักษาในภาวะเลือดออกในสมอง โดยการผ่าตัดเพื่อนำก้อนเลือดออก โดยระวังไม่ให้สูญเสียเนื้อสมอง หรือการผ่าตัดหลอดเลือดที่ผิดปกติที่อาจแตกซ้ำออก มีข้อบ่งชี้คือผู้ป่วยที่มี Cerebellar hemorrhage เส้นผ่าศูนย์กลางเกิน 3 เซนติเมตร และมีอาการทางระบบประสาทเลวลง (รังสรรค์ ชัยเสวิกุล, 2547)

**4. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้ป่วย** โรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดความเสียหายต่อสมองได้รุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

4.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ ผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของร่างกาย มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยคือ อัมพาตและอ่อนแรงครึ่งซีก มีความผิดปกติในการรับประทานอาหาร การขับถ่าย ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้สีกและการรับรู้ สูญเสียความรู้สึกร่วมต่อการสัมผัส การรับรู้เวลา บุคคล สถานที่ที่เปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความทรงจำ ขาดสมาธิ (กฤษฎา พิรเวช, 2552)

4.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ที่พบบ่อยคือภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 16.2 (วนิดา ศรีสัมภูงค์, 2547) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตัวไม่ให้ความร่วมมือ (สุพจน์ดั่งวงษ์ไชย, 2551) จากผลกระทบด้านต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

4.3 ผลกระทบด้านสังคม ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีความพิการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดความสูญเสียอัตมโนทัศน์ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่อยากจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม (วิณา ลิ้มสกุล, 2545)

## แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

**1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล** ได้มีผู้ให้ความหมายการดูแลไว้ดังนี้ การดูแล (Caregiving) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจตามความต้องการของผู้ได้รับการดูแลโดยครอบคลุมทุกด้านไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้กลวิธีเทคนิคต่างๆตามลักษณะของการดูแลที่แตกต่างกันไปของแต่ละระดับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น

(Kane & Kane, 2000 อ้างถึงใน อัมราภรณ์ ภูระข้า, 2551) โอเร็ม (Orem, 2001) ได้อธิบายไว้ว่า การดูแลเกิดจากการที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเองต้องใช้ความสามารถในการดูแลของบุคคลอื่นมาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลในส่วนที่พร่องนั้น ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) กล่าวว่า การดูแลเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือดูแลที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อม ให้ความสนใจห่วงใยบุคคลที่ต้องพึ่งพา และเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ สวอนสันและคณะ (Swanson et al., 1997) อธิบายว่าการดูแลประกอบไปด้วย ภาระหน้าที่ การเปลี่ยนผ่าน บทบาทในการดูแล และกระบวนการดูแล

**2. ภาระหน้าที่ในการดูแล** มุ่งเน้นที่วิธีการดูแลในเรื่องกิจกรรมในการดูแล การได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือคนอื่นๆ ทั้งการดูแลโดยตรงและการดูแลด้านอื่นๆ กิจกรรมที่ได้รับการดูแลและไม่ได้รับการดูแล ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2.1 การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เป็นการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟัน สระผม แต่งตัว การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ดังนั้นความต้องการการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจึงมีความซับซ้อนกว่าปกติ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม

2.2. การดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย

2.2.1 การประเมินและบันทึกภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการสังเกต ตรวจสอบอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยอย่างคร่าวๆและสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อระบบต่างๆของร่างกายผู้ป่วย เช่น ระบบประสาท สัญญาณชีพ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก ผิวหนัง จิตใจ และอารมณ์

2.2.2 การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หากผู้ดูแลขาดการใส่ใจดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยถึงขั้นเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ปอดอักเสบ ข้อติดแข็ง การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยควรมีการป้องกันและกำจัดสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การดูแลป้องกันโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบบ่อยที่สุด (นิพนธ์ พงวรินทร์, 2544) ผู้ดูแลจึงต้องดูแลเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการสำลัก และการดูแลให้ร่างกายผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นอย่างเพียงพอ

เนื่องจากการสำลักและอาภาสเ็นนั้นเป็นสาเหตุของการทำให้ปอดอักเสบได้ การดูแลป้องกันข้อคิด  
 เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ทำให้มีพังศืด น้ำไขข้อลดลง หรือมีหินปูนมาเกาะ ผู้ดูแลจึง  
 ควรกระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบริหารข้อต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ การดูแลป้องกันการติดเชื้อใน  
 ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปัสสาวะไม่ออก การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือจากการ  
 ที่ถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะในรายที่คาสายสวนปัสสาวะ ผู้ดูแลจึงต้องทำความ  
 สะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และเช็ดให้แห้งอย่างสม่ำเสมอ ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา หรือ  
 พาไปพบแพทย์เป็นครั้งคราวเพื่อสวนปัสสาวะในรายที่ปัสสาวะไม่ออก การดูแลป้องกันการเกิด  
 แผลกดทับ สาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับจากทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยนอก โดยสาเหตุส่วนใหญ่  
 เกิดจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด โดยเฉพาะบริเวณเนื้อเยื่อระหว่างปุ่มกระดูกกับพื้นผิวที่ร่างกาย  
 กดทับอยู่ หรือจากการเสียดทาน ส่วนสาเหตุจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การสูญเสียประสาทรับ  
 ความรู้สึกรของผิวหนัง การไหลเวียนโลหิตลดลง การขาดสารอาหาร การบวมและการติดเชื้อ ผู้ดูแล  
 จึงต้องดูแลเรื่องความสะอาดผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้น หรือแห้งเกินไป ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ผ้า  
 ปูที่นอน ปูที่นอนให้เรียบตึง เปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ถูก  
 กดทับทุกครั้งที่ย่ี่ยนท่า ไม่เลื่อนผู้ป่วยด้วยวิธีลากดึง และให้ผู้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโดยเฉพาะ  
 โปรตีนอย่างเพียงพอ

2.2.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายของผู้ป่วย มี  
 เป้าหมายให้ผู้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามอรรถภาพ ทั้งการออก  
 กำลังข้อ กล้ามเนื้อ การฝึกลุก นั่ง เดิน รวมทั้งการฝึกทักษะที่ใช้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น  
 การรับประทานอาหาร อาบน้ำ แปรงฟันและแต่งตัว เป็นต้น จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น  
 สอดคล้องกับการศึกษา ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
 สมองของ บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์ (2549) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีดัชนีคุณภาพชีวิต  
 เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้านโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกการ  
 เคลื่อนไหวร่างกาย โดยการออกกำลังภายในส่วนที่เกิดการสูญเสีย และฝึกการเคลื่อนไหวของข้อ  
 ต่างๆ ฝึกความคงทนและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่สูญเสียหน้าที่

2.3 การสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย ประกอบด้วย การกระตุ้นให้  
 ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจ และความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพให้ดีขึ้นได้ ผู้ดูแลต้อง  
 เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆด้วยตนเอง ผู้ป่วยอาจทำได้ช้าหรือไม่เรียบร้อย ผู้ดูแลควรให้  
 การสนับสนุน ให้ความหวังและกำลังใจ ไม่แสดงความรำคาญ แต่ผู้ดูแลต้องระมัดระวังไม่ให้  
 ความหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยท้อถอยไม่สามารถเผชิญความจริงได้ และการดูแล  
 ด้านจิตใจของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องให้การยอมรับ เข้าใจความแปรปรวนของอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วย

ซึ่งอาจมาจากพยาธิสภาพของโรคและข้อจำกัด หรือความผิดปกติของร่างกายทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสุข สูญเสียอิสระในการพึ่งพาตนเอง ผู้ดูแลควรเข้าใจและยอมรับ ในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรวมทั้งการสังเกตและเอาใจใส่ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วยได้ดีขึ้น

2.4 การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากค่ายา ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการดูแลและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสม คอยติดตาม และจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งจากรายงานของสถาบันประสาทวิทยาในปี พ.ศ.2551 พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สูงถึง 46,524 บาท/ราย/ปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2551) และจากการศึกษาของวิวรรณ มุ่งเขตกลาง (2542) พบว่า ค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นหรือมีจำนวนโรคที่ป่วยร่วมเพิ่มขึ้น

3. การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทของผู้ดูแล เป็นการอธิบายในมุมมองที่นอกเหนือจากภาระหน้าที่ในการดูแล โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญรวมอยู่ด้วย คือ วิธีการดูแล ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล การจัดการเกี่ยวกับการดูแล จากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบการเปลี่ยนผ่านจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 วงจร คือ

1) ระยะตั้งตัวไม่ติด คิดไม่ออก เป็นช่วงที่ผู้ดูแลรู้สึกตกใจ งุนงง กังวล กลัว สับสน ซึ่งผู้ดูแลต้องเตรียมความพร้อม ก่อนที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่บ้าน

2) ระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ เป็นช่วงที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตามลำพัง ผู้ดูแลพบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย รู้สึกวุ่นวาย สับสน ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของผู้ดูแล

3) ระยะแสวงหาและปรับวิธีการใหม่ เมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลจะเกิดกำลังใจและความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะแสวงหาวิธีการรักษาอื่นๆ หรือปรับวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4) ระยะชีวิตที่ลงตัว ผู้ดูแลพบวิธีการหรือการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และดูแลจนวาระสุดท้ายของผู้ป่วย และจากการศึกษาของคิงและเซมิก (King & Semik, 2006) พบว่า ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลรู้สึกว่ายากลำบากที่สุดในการดูแลผู้ป่วย คือ 1 เดือนแรกหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. **บทบาทในการดูแล** บทบาทการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยมีการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นพื้นฐานในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด และคอยช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลมีหน้าที่ในการดูแลครอบครัวของตนเองด้วยเช่นกัน ได้แก่ การดูแลสมาชิกในครอบครัว การดูแลความเรียบร้อยของบ้านเรือน การหารายได้เลี้ยงครอบครัว (ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล, เกรียงศักดิ์ ช่อเลื่อม, 2552)

5. **กระบวนการดูแล** กระบวนการดูแลประกอบด้วยทั้ง ภาระหน้าที่ และ บทบาทในการดูแล ไม่ใช่แค่ ภาระหน้าที่หรือบทบาทในการดูแลเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง (Bowers, 1987 อ้างถึงใน ทิตยา ทิพย์สำเหนียก, 2544) จากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2548) พบว่าการจัดการครอบครัวเพื่อการดูแลเป็นกระบวนการทางจิตสังคม ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล ครอบครัวจะตอบสนองโดยการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว โดยเกิดการจัดการ ประกอบด้วย

5.1 การจัดการตามสถานการณ์ เป็นการตัดสินใจของครอบครัวในระยะก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยตัดสินใจตามสถานการณ์หรือเหตุการณ์เฉพาะหน้า ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล

5.2 การจัดการความเสี่ยง เป็นการจัดการในระยะแรกเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยครอบครัวร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา ฝาดูอาการผู้ป่วยอย่างมีความหวัง ในขณะที่เดียวกันก็เตรียมใจยอมรับว่าผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้

5.3 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลง เป็นการจัดการในระยะรักษาในโรงพยาบาล โดยต้องตัดสินใจในภาวะที่อาการผู้ป่วยยังไม่คงที่ ครอบครัวจะคอยดูแลผู้ป่วยตามอาการ มีการปรับวิถีชีวิตครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและคงบทบาทในการดูแลครอบครัวไปด้วย

5.4 การจัดการชีวิต เป็นการจัดการในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวเริ่มรับรู้ผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง คือถ้าผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ครอบครัวต้องตัดสินใจว่าจะนำกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน หรือ ที่โรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยอาการดีขึ้น ต้องนำกลับไปดูแลที่บ้าน ครอบครัวต้องตัดสินใจดำเนินการ เลือกผู้ดูแลและที่อยู่อาศัยให้แก่ผู้ป่วย อีกทั้งการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

โดยสรุปการดูแลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะพร่องความสามารถทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อดำรงไว้ซึ่งการอยู่รอดของชีวิตซึ่งประกอบด้วย การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การดูแลภาระหน้าที่ บทบาท และกระบวนการในการดูแล

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้มีผู้ให้ความหมายผู้ดูแลไว้ดังนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยหรือเกิดความเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดปัญหาเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถจะดูแลตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นและต้องได้รับการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลแล้ว บางครอบครัวยังได้จ้างผู้ดูแลจากสถานบริการ โรงเรียนผู้ดูแล ซึ่งเป็นการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแลด้วยความเป็นอาชีพ

ศศิธรณ์ ช่างสุวรรณ (2548) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาบุคคลที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานส่วนตนเองได้ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อช่วยให้สามารถฟื้นสภาพ และกลับมาดำรงชีวิตที่ปกติได้ ภายใต้ข้อจำกัดของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยที่การดูแลช่วยเหลือนั้นเกิดจากความเต็มใจซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวที่พึงกระทำต่อกันเมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลที่จัดกระทำให้นี้ไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทนเป็นเงินหรือรางวัลใดๆ แต่เป็นหน้าที่ที่รับผิดชอบและเป็นความสุขทางใจที่จะได้รับการดูแลสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลจะต้องรับผิดชอบภารกิจต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ต่างจากการดูแลโดยบุคลากรที่มีสุขภาพที่มุ่งเฉพาะกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายหรือทุเลาจากอาการที่เป็นอยู่เท่านั้น

จอร์จ (George, 1996 อ้างถึงใน วรรณรัตน์ ลาวัณและคณะ, 2547) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง บุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคล หรือกลุ่มบุคคลเพื่อความจำเป็นในการดำรงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ การอยู่รอดของชีวิต หรือ เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง

โดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่รับบทบาทในการให้การช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยการดูแลช่วยเหลือนั้นเกิดจากความสมัครใจ อาจมีความ

เกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือด หรือไม่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดแต่เข้าสู่บทบาทผู้ดูแลด้วยความ เป็นอาชีพ

ผู้ดูแล อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียวหรือกลุ่มบุคคลโดยแบ่งตามความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้ 2 ประเภท คือ

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยโดยอาจได้รับหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ เช่น พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้รับจ้างดูแล องค์กรต่างๆ หรือผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย แต่รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง เช่น เพื่อนบ้านรับจ้างดูแลผู้ป่วย

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอื้ออาทร โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (วรรณรัตน์ ลาวัณและคณะ, 2547: ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2552) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการแบ่งได้เป็น 2 ประเภท โดยพิจารณาตามลักษณะการให้ความช่วยเหลือ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ดังนี้

2.1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมยาให้ผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นๆ

2.2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง และอาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรืออาจช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก ลักษณะการช่วยเหลือของผู้ดูแลรอง ได้แก่ การจัดการด้านการเงิน การเดินทาง การจัดหาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาของฮาเลย์และคณะ (Haley et al., 2009) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสมากที่สุด จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นบุตรสาว รองลงมาเป็นคู่สมรส (นิภา นิยมไทย, 2545; ภรภัทร อิมโธ, 2550; ฤทัยแสนลี, 2549) และมีเหตุผลในการเข้ามารับบทบาทผู้ดูแลแตกต่างกัน ผู้ดูแลเกือบทุกบทบาทในครอบครัวให้เหตุผลว่าเป็นหน้าที่ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมา ยามเจ็บป่วยจึงต้องดูแลกัน ส่วนเหตุผลในเชิงศาสนา เชื่อว่าเป็นเรื่องของเวร

กรรมที่ทำร่วมกันมา จึงต้องชดใช้กรรม และการที่ได้เข้ามาทำหน้าที่ผู้ดูแลเป็นเรื่องดีงาม ได้บุญ และ ผู้ดูแลที่เป็นบุตรให้เหตุผลว่าเป็นการทดแทนบุญคุณและสงสารผู้ป่วย (อริยฐาน ชินสุวรรณ, 2549; อินทรา ลัมเชย, 2550)

## ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ไม่สามารถดูแลตัวเอง ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเองได้ และต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องเผชิญปัญหาและผลกระทบจากการดูแลในด้านต่างๆ มากมาย ทั้งในด้านบวกและในด้านลบ

**1. ผลกระทบในด้านบวก** คือ ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้กระทำในสิ่งดีงาม เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ สังคมมองว่าการที่ต้องเป็นผู้ดูแลเป็นสิ่งดีงาม อีกทั้งยังเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจในการทำอะไรตามความถนัดของตนเอง ผู้ดูแลมองว่าการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแลทำให้รู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยมากขึ้น (อริยฐาน ชินสุวรรณ, 2549; Hunt, 2003)

## 2. ผลกระทบในด้านลบ ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

2.1 ด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจากการที่ผู้ดูแลมีภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จนลืมนอนพักผ่อน ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีอาการปวดหลัง ปวดเอวจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว เกิดความเหนื่อยล้าอ่อนเพลียจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นภาระงานที่หนัก (จินตนา สมนึก, 2540; นันทพร ศรีนัม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548; สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541)

2.2 ด้านจิตใจอารมณ์ ที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระและความตึงเครียดจากการดูแลผู้ป่วย (พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวิชย์, 2543; สุวรรณา จงห้วงกลาง, 2549; สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541; Hunt, 2003) จากการศึกษาของวรารักษ์ จิธานนท์ (2547) พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ และเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเฉลี่ยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน

2.3 ด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น กิจกรรมประจำวันต้องเปลี่ยนไป ต้องหยุดงานหรือลาออกจากงาน สูญเสียความสัมพันธ์ส่วนตัว ขาดอิสระ ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เกิดความขัดแย้งในบทบาทและความขัดแย้งในครอบครัว (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548; Hunt, 2003)

2.4 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการเงินและมีหนี้สิน เนื่องจากต้องออกจากงานหรือต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548)

จากปัญหาและผลกระทบจากการดูแล เป็นผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ คือ ความต้องการข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านกำลังใจและประคับประคองจิตใจ การดูแลสุขภาพร่างกาย ความต้องการความช่วยเหลือในการจัดการภายในบ้าน ความต้องการด้านค่าใช้จ่าย และวัสดุสิ่งของ ความต้องการด้านการมีเวลาส่วนตัว (อริชฐาน ชินสุวรรณ, 2549; ฤทัย แสนสี, 2549) ซึ่งเครือข่ายทางสังคมเป็นแหล่งที่ให้แรงสนับสนุนในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและแหล่งที่ปรึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541)

### เครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแล

แนวคิดเครือข่ายทางสังคม เป็นแนวคิดที่อธิบายถึงการเชื่อมโยง และการมีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนในสังคมมีการโยงใยประสานงานกันเพื่อช่วยเหลือพึ่งพาห้วกัน (ปฤดา พรหมเลิศ, 2549) มีผู้ให้ความหมายเครือข่ายทางสังคมไว้ ดังนี้

พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร (2548) ให้ความหมายเครือข่ายทางสังคมว่าเป็นมิติของการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ ทั้งที่เป็นกระบวนการ วิธีการและกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนทางสังคมที่แสดงถึงรูปแบบความสัมพันธ์ภายใต้เงื่อนไขที่เป็นปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่มีต่อกัน ในมิติแห่งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการและกิจกรรมในสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานผลประโยชน์ ความไว้วางใจ ความเอื้ออาทร ที่เป็นปัจจัยหลักให้สมาชิกหรือฝ่ายต่างๆ มีความผูกพันต่อกันเพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่างๆ

ชินสัคค สุวรรณอัจฉริย (2549) ให้ความหมายเครือข่ายทางสังคมว่าเป็นช่องทางที่มีความสัมพันธ์ร่วมกับจุดยืนส่วนตัว ซึ่งเสมือนพื้นที่ภายในสังคม วัฒนธรรมหนึ่ง และหลายๆ พื้นที่ สังคมวัฒนธรรม เช่น เครือญาติ มีอาชีพ มีตำแหน่งฐานะในท้องถิ่นหลากหลาย แต่ก็มีความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องอยู่ ขณะเดียวกันก็สามารถมีความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและคนรู้จักด้วย

เบร์กแมนและเกลส (Berkman & Glass, 2000 cite in Ashida & Heaney, 2008) ได้ให้ความหมายเครือข่ายสังคมไว้ว่าเป็นสายใยที่เชื่อมโยงบุคคลในสังคม หรือเส้นใยที่เชื่อมระหว่างบุคคล และมีความแตกต่างกันไปในบริบทที่ต่างกัน

โดยสรุป เครือข่ายทางสังคมเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงบุคคล หรือกลุ่มคนทั้งทางตรงและทางอ้อมในสังคมก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์กัน ในรูปแบบกระบวนการ กิจกรรม และมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบท

โบชาแวง (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน ปฤดา พรหมเลิศ, 2549) อธิบายว่า เครือข่ายทางสังคมเริ่มจากหน่วยย่อย (actor) ก่อนแล้วค่อยๆขยายออกไป โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ระดับความผูกพัน และภาระหน้าที่ที่มีต่อกันและกันเป็นหลัก และอาศัยระยะห่างทางสังคม (social distance) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งความสัมพันธ์ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ คือ

1) เครือข่ายใกล้ชิด คือบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง

2) เครือข่ายรอง เป็นบุคคลที่มีความคุ้นเคยน้อยกว่ากลุ่มแรก ได้แก่ ญาติ พี่น้องที่ห่างออกไป เพื่อนฝูง หรือคนรู้จัก คู่ค้า

3) เครือข่ายขยาย เป็นบุคคลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์หรือรู้จักกันโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์กันได้โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิด

เพนเดอร์ (Pender, 1987) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม ตามลักษณะของบุคคล ดังนี้

1) กลุ่มธรรมชาติโดยสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่ครอง ญาติ พี่น้อง

2) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัว

3) กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ หรือผู้นำทางศาสนาต่างๆ

4) กลุ่มบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพให้บริการสังคม เช่น พยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หน่วยงาน

5) กลุ่มอื่นๆ ที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือกันในชุมชน

เครือข่ายทางสังคม สามารถวิเคราะห์ได้จาก ขนาดของกลุ่มสังคม ความหนาแน่นของกลุ่มสังคม ความคล้ายคลึงกันของสมาชิกในเครือข่าย ความถี่ในการติดต่อ ระยะเวลาและวิธีการที่ใช้ในการติดต่อกันของสมาชิก (ขวัญสุภา วงศ์บา, 2544; Ashida & Heaney, 2008; Yao et al., 2008) จากการศึกษาของ Shin & McDonough (2008) พบว่าขนาดของกลุ่มสังคมและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการรับรู้ ที่มีเครือข่ายทางสังคมขนาดใหญ่และได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง จะมีระดับความเครียดต่ำอย่างมีนัยสำคัญ

เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีศึกษาที่ผ่านมา ดังนี้

จากการศึกษาของ ศิริวรรณ อนันตโท (2548) พบว่า ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มีจำนวนสมาชิกช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยน้อย ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพแย่ลง มีภาวะแทรกซ้อน และต้องกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ และจากการศึกษาผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเป็นโรคอัลไซเมอร์ พบว่า เครือข่ายทางสังคมญาติ หรือเพื่อน ที่มีความถี่ในการติดต่อกันบ่อยๆ และได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์มีระดับความพึงพอใจจากการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Drentea, Clay, et al., 2006)

จากการศึกษาของ เจียมจิต โสภณสุขสถิต (2544) พบว่าภาระและปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน คือ การขาดเครือข่ายการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยยกตัวหรือพลิกตะแคงตัว การช่วยพยุงผู้ป่วยให้ฝึกเดิน การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาหรือทำกายภาพบำบัดและการหาซื้อของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

ชนิสรา ปัญญาเรง (2550) ศึกษาเครือข่ายทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมน้อยและมีฐานะยากจน อีกทั้งครอบครัวต้องทำมาหากินไม่มีเวลาเอาใจใส่ การได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรเครือข่ายในชุมชนมีน้อย อาสาสมัครชุมชนไม่มีเวลาในการดูแลผู้ป่วย องค์การบริหารส่วนตำบลก็ไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพเท่าที่ควร เครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่จึงเป็นเครือญาติ และบุคคลใกล้ชิดที่ให้การช่วยเหลือเป็นบางครั้งเท่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวจากการถูกทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง

กัตติกา ชนะขว้าง (2551) ศึกษากลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัยของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดน่าน พบว่าเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เครือข่าย และการเกื้อหนุนโดยครอบครัวมีผลต่อความรู้สึกทางใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ คุชฎี รุจจนเวท (2540) พบว่าครอบครัวของผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์เป็นเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนด้านการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร รองลงมาเป็นเครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำและองค์กรภายในและภายนอกชุมชน โดยมีการช่วยเหลือผ่านทางเครือข่ายและวัฒนธรรมชุมชนที่มีการช่วยเหลือพึ่งพากัน

ดังนั้น การศึกษาเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแลนั้น เป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่ายการดูแลและการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลอื่นๆ ว่าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายอย่างไร เพียงพอหรือไม่ ในบริบทผู้ดูแลประสบอยู่จริง

## รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละครอบครัว มีรูปแบบและลักษณะการดูแลที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2541) ซึ่งทำการศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่ารูปแบบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและคาดว่าจะต้องเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมี 4 ลักษณะ คือ

- 1) มีญาติผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้านโดยไม่มีผู้ช่วย
- 2) มีผู้ดูแลหลัก 1 คน และมีผู้ดูแลรองหลายคน โดยผู้ดูแลหลักจะมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลและเป็นผู้ดูแลต่อที่บ้าน ส่วนผู้ดูแลรองมีหน้าที่ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในบางกิจกรรม หรือช่วยผลัดเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยบางวัน
- 3) มีผู้ดูแลหลัก 2 คน โดยไม่มีผู้ดูแลรอง ผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยเท่าๆกันหรือผลัดเปลี่ยนกันมาดูแลผู้ป่วย
- 4) มีผู้ดูแลหลัก 2 คน มีผู้ดูแลรองหลายคน โดยผู้ดูแลหลักทั้ง 2 คนจะทราบถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยเท่าๆกัน โดยช่วยกันดูแลผู้ป่วยหรือผลัดเปลี่ยนกัน ส่วนผู้ดูแลรองจะเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักทั้งสองคน

ศิริวรรณ อนันตโท (2548) ได้ทำการศึกษาการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย นอกเหนือจากผู้ดูแลที่เป็นญาติและบุคคลในครอบครัวแล้ว ยังพบรูปแบบการดูแลที่เป็นบุคคลที่ไม่ใช่ญาติ เช่น จ้างเจ้าหน้าที่จากศูนย์มาดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งจากการศึกษานี้ แบ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็น 9 รูปแบบ คือ

- 1) รูปแบบผู้ดูแลถูกจ้างให้มาดูแลผู้ป่วยในสถานสงเคราะห์ของภาครัฐ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ตัวคนเดียวไม่มีผู้ดูแล ซึ่งรูปแบบการดูแลนี้ ผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กัน ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไปตามหน้าที่ มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยในด้านจำนวนผู้ดูแลมีน้อยแต่มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลมากทำให้มีเวลาในการดูแลน้อยจึงทำให้บางครั้งผู้ป่วยถูกละเลย
- 2) รูปแบบผู้ดูแลเป็นบุตรคนโต ตามวัฒนธรรมจีนบุตรชายคนโตต้องรับผิดชอบดูแลบิดา มารดาที่ป่วย ซึ่งต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและทำงานไปด้วย รูปแบบการดูแลนี้ผู้ดูแลมีอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวและให้การดูแลผู้ป่วยด้วยเหตุผลของหน้าที่ตามวัฒนธรรมจีนอีกทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลปฏิเสธที่จะช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนญาติคนอื่น ๆ จะมาเยี่ยมผู้ป่วยนาน ๆ ครั้ง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วยคนเดียว และต้องทำงานไปด้วย ทำให้บางครั้งไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลยังรู้สึกว่าต้องดูแลผู้ป่วยอย่างโดดเดี่ยว

3) รูปแบบผู้ดูแลเป็นบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ สนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย สิ่งของเครื่องใช้และมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว รูปแบบการดูแลนี้ผู้ดูแลไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยแต่สมาชิกในครอบครัวจะร่วมกันตัดสินใจ มีความขัดแย้งภายในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจึงไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านได้ แต่มีกำลังทรัพย์มากพอที่จะจ่ายในการให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเวลานาน ๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

4) รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มสมรส โดยผู้ดูแลป่วยเป็นโรคเรื้อรังเช่นกันแต่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงคนเดียว บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเนื่องจากฐานะยากจน ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยากลำบาก ถึงแม้จะมีเวลาดูแลผู้ป่วยเต็มที่แต่ก็ไม่ดีพอเพราะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง

5) รูปแบบผู้ดูแลเป็นบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยดูแลผู้ป่วยที่บ้านในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยบุตรคนอื่น ๆ ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล รูปแบบนี้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยสมาชิกในครอบครัวร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและยอมรับกับสถานะของผู้ป่วยได้ว่าไม่สามารถหายเป็นปกติได้และต้องการให้ผู้ป่วยกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน

6) รูปแบบที่จ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากบุตรอยู่กับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพียง 2 คนเท่านั้น อีกทั้งบุตรต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย รูปแบบการดูแลนี้ไม่มีแหล่งสนับสนุนจากที่อื่น เพราะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่กันเพียง 2 คน ในสังคมเมือง

7) รูปแบบผู้ดูแลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลเป็นเพียงคนที่รู้จักกัน สนิทสนมและนับถือกันกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโสด ไม่มีครอบครัว ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ดูแลผู้ป่วยได้เต็มเวลาแต่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่ไม่ค่อยแข็งแรงเนื่องจากมีอายุมากแล้ว

8) รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตรช่วยกันผลัดเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย โดยมีจำนวนผู้ดูแล 2-3 คน ผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลแต่ละคนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มเวลา รูปแบบการดูแลนี้ผู้ดูแลมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยและมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีผู้ใหญ่ในครอบครัวเป็นที่ปรึกษา

9) รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นครอบครัวใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่นช่วยกันดูแลผู้ป่วย โดยมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและมีกิจการที่บ้าน แต่จะมีผู้ดูแลผลัดเปลี่ยนกันดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่บุตรสาวต้องดูแลกิจการหรือทำธุระอื่นๆ ผู้ดูแลทุกคนมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายเนื่องจากค่อนข้างมีฐานะ

จากการศึกษาในต่างประเทศของลิงเกอร์และคณะ (Lingler, et al., 2008) พบรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ได้รับการดูแลซึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการดูแลแบบคู่สมรสที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้การดูแลซึ่งกันและกัน รูปแบบการดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้องช่วยกันดูแลผู้ป่วย และรูปแบบการดูแลที่ผู้ดูแลเป็นบุตรสาวต้องทำหน้าที่ 2 บทบาท คือดูแลมารดาที่ป่วยและต้องดูแลบุตรของตนเองด้วย

จากการศึกษาของ เนอร์และคณะ (Nir, et al., 2009) ศึกษาภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศอิสราเอล จากกลุ่มตัวอย่าง 140 คน พบว่า ร้อยละ 50 เป็นคู่สมรส ร้อยละ 44 เป็นบุตร ซึ่งพบรูปแบบการดูแล 5 รูปแบบ คือ รูปแบบเป็นคู่สมรสดูแลกันเอง รูปแบบบุตรดูแลบิดา มารดา รูปแบบญาติพี่น้องดูแลผู้ป่วย รูปแบบที่ไม่ใช่ญาติพี่น้อง และรูปแบบที่รับจ้างดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีรูปแบบที่แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของครอบครัว พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งการที่จะพัฒนาคุณภาพการพยาบาล พยาบาลจึงควรทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อประสบการณ์ของครอบครัวผู้ดูแลที่เป็นอยู่จริง

### บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมและประชากร ประกอบกับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานขึ้น ในขณะที่ยังไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้จึงจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลต่อที่บ้าน ดังเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการดูแลที่ยุงยาก ซับซ้อน ต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว และวิธีให้การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างบ้านกับสถานบริการ (สุภาณี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัย ตรีตรง, 2549) ซึ่งองค์ประกอบสำคัญในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง (Self care) ซึ่งครอบครัวจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับการติดตามประเมินผลการพยาบาล เช่น สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง การรู้จักใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติหรือดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน 2) การดูแลด้านป้องกัน (Preventive care) คือการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย มีความสะอาดเพียงพอในการป้องกันการติดเชื้อ และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3) การดูแลและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity care) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการรักษา ครอบคลุมถึงการดูแลด้านความสบายและได้รับความปลอดภัย เช่น การบรรเทาอาการปวด การระวังการเกิดอุบัติเหตุ การสอนให้ผู้ดูแลทราบถึงอาการที่แสดงถึงความไม่สบาย การสอนให้ผู้ดูแลพินิจให้สะอาดชุ่มชื้น มีการไหลเวียนของโลหิตดี พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ เนื่องจากผู้ป่วยต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย 4) การประสานความร่วมมือ (Collaboration) การดูแลผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการวางแผนร่วมกันในการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล เพื่อให้การดูแลต่อที่บ้าน ร่วมกันประเมินและวางแผนในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยง และประสานการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาเพื่อให้การดูแลเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (กิริดา ไกรนุวัตร, 2551)

จากการวิจัยถึงทดลองของ วิราวรรณ คล้ายหิรัญ (2544) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการสอนจากพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตสังคมมีความพึงพอใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อีกทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนโดยคำนึงถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่นนำมาปรับใช้ในการให้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว (สิริรัชชา จิราจารุภัทร, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญมากต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม รวมถึงบุคคลภายในครอบครัวและบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ลดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยมีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับบริบทของสังคมและสภาพแวดล้อม พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญมากต่อการให้ความรู้ ความช่วยเหลือและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามบริบท ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

### บทที่ 3

#### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเจ็ดเสมียน จำนวน 7 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 70 คะแนน และเคยเข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2552 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน สามารถฟังพูดภาษาไทยได้ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติ จำนวน 4 ราย

#### สถานที่ในการศึกษา

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้บริการตรวจรักษาทั้งระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพแก่ประชาชนทั้งในโรงพยาบาลและในเขตชุมชนที่รับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วย 5 ตำบล ครอบคลุมประชากรทั้งสิ้น 16,343 คน มีศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ดอนทราย บางโตนด คลองข่อย และคลองตาคด โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนรับผิดชอบชุมชน ตำบลเจ็ดเสมียน ซึ่งมี 6 หมู่บ้าน มีประชากร 5,497 คน มีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวที่รับผิดชอบการเยี่ยมบ้าน 3 คน โดยรับผิดชอบ คนละ 2 หมู่บ้าน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวจะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อได้รับการส่งต่อการเยี่ยมจากแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน 1-2 ครั้ง ไม่ได้มีแผนการเยี่ยมบ้านในระยะยาว

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลเจ็ดเสมียน ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้ได้ข้อมูลตามบริบทของการดูแลที่เป็นอยู่จริง

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ บทบาทในครอบครัวก่อนการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ข)

2. แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ภาคผนวก ง) สร้างโดย บาร์เทลและมาร์โฮนี (Barthel & Mahoney, 1965) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ชวลี แยมวงษ์ (2538) เพื่อใช้วัดระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ภายใต้ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว และความเสื่อมทางกายภาพซึ่งเป็นวิธีการประเมินผลด้านความสามารถของผู้ป่วย แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 10 คะแนน 2) การขึ้นลงจากเตียง 15 คะแนน 3) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 คะแนน 4) การเข้าห้องน้ำ 10 คะแนน 5) การอาบน้ำ 5 คะแนน 6) การเคลื่อนไหว 15 คะแนน 7) การขึ้นบันได 10 คะแนน 8) การแต่งตัว 10 คะแนน 9) การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 10 คะแนน 10) การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 10 คะแนน เมื่อนำคะแนนทั้ง 10 กิจกรรมมารวมกัน จะได้ผลคะแนน ระหว่าง 0-100 คะแนน โดยแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเอง เป็น 5 ระดับ ดังนี้

0 – 20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติเองได้

25 – 45 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย

50 – 70 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลาง

75 – 90 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่

100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย เพราะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงและมีความน่าเชื่อถือสูง โดย ปิยภัทร เศษพระธรรม และคณะ (2549) ได้ศึกษาความน่าเชื่อถือของแบบประเมินฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ความเชื่อถือในระดับดี โดย ค่า Intraclass correlation coefficients (ICC) = 0.86

3. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน เป็นต้น (ภาคผนวก ข)

4. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาสร้างแนวคำถามโดยใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคำถามเป็นลักษณะปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามทั่วไป จำนวน 3 ข้อ และคำถามเฉพาะ จำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแล (ภาคผนวก ก)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ โดยอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคำถาม หลังปรับแก้ตามคำแนะนำ ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าคณะและประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อทำการศึกษาจากเวชระเบียนในการคัดเลือกรวมตัวอย่าง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากเวชระเบียนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยใน โดยประสานงานกับฝ่ายเวชระเบียนเพื่อขอแฟ้มประวัติผู้ป่วย และแผนที่บ้านของผู้ป่วยจากผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้านของฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว

3. เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 60 นาที หลังจากนั้นผู้ศึกษาแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษา ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจ ขอความร่วมมือในการ

เก็บข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอม ขออนุญาตบันทึกเทปก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ และสังเกตการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ในขณะที่ให้การดูแล รวมทั้งสิ่งแวดล้อม สถานที่ เหตุการณ์ขณะสัมภาษณ์

4. หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้ดูแล ในการติดตามรวบรวมข้อมูลในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ชัดเจน โดยจะทำการนัดหมายก่อนล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ดูแล

5. หลังการรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้ศึกษาถอดเทปการสัมภาษณ์ ตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง จัดเรียงข้อมูลให้เป็นระเบียบ อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป หากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบถ้วน ผู้ศึกษาตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จนกระทั่งผู้ศึกษาไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีก

### การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา

ผู้ศึกษานำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วย ความถี่ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษา

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนถึงการนำเสนอผลการศึกษา คือ ผู้ศึกษาแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การศึกษา ขอความร่วมมือในการทำการศึกษา ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนระยะเวลาที่คาดว่าจะใช้ในการสัมภาษณ์ และการให้ข้อมูลการได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการรักษาความลับและความปลอดภัย หลีกเลี่ยงคำถามที่คุกคาม ขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างสัมภาษณ์ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ รวมทั้งขอยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี การนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษากระทำในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียง ผู้ศึกษาจะลบทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านใน ตำบลเจ็ดเสมียน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ซึ่งอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ผู้ศึกษานำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล
3. ข้อมูลรายกรณี ประกอบด้วยข้อมูลส่วนต่างๆ ดังนี้
  - 3.1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
  - 3.2 การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม
  - 3.3 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
  - 3.4 ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 4 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงกลุ่มละ 2 ราย อายุตั้งแต่ 59-87 ปี ผู้ป่วยทุกรายนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่และหม้ายกลุ่มละ 2 ราย ผู้ป่วยมีอาชีพก่อนเจ็บป่วยแตกต่างกัน กล่าวคือ รับราชการ รับจ้าง ทำงานรัฐวิสาหกิจ และไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยทั้ง 4 ราย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 3 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 1 ราย ปัจจุบันมีแผลกดทับที่ก้นกบ 1 ราย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3-9 ปี ผู้ป่วย 3 ราย มีคะแนน Barthel index เท่ากับ 0 คะแนน ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในทุกกิจกรรม และอีก 1 ราย คะแนน Barthel index เท่ากับ 25 คะแนน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองบางส่วน เช่น ตักอาหารรับประทาน ลูกนั่งโดยมีคนช่วยพยุง อุจจาระเองเป็นส่วนใหญ่และปัสสาวะเองได้ไม่ต้องคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ผู้ป่วย 2 ราย ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก อีก 1 ราย ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและเจาะคอใส่ Tracheostomy tube ผู้ป่วยมีสวัสดิการด้านการรักษา โดย

ใช้สิทธิเบิกหน่วยงานต้นสังกัดจำนวน 3 ราย ใช้บัตรประกันสุขภาพจำนวน 1 ราย ผู้ป่วยทั้ง 4 รายพักอาศัยในบ้านของตนเอง ซึ่งมีผู้พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย จำนวน 3-6 คน และมีผู้ดูแลหลักเพียง 1 คน ผู้ป่วย 3 ราย มีค่าใช้จ่ายในการดูแล 2,000-5,000 บาท/เดือน ส่วนอีก 1 ราย มีค่าใช้จ่ายรวมกันภายในครอบครัว 4,500 บาท/เดือน โดย 3 ราย ค่าใช้จ่ายได้มาจากบุตร และ 1 ราย มีรายได้มาจากเงินบำนาญของผู้ป่วยและบุตรสาวให้ในบางเดือน ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา 1 ครั้ง โดย 2 ราย คิดเชื้อทางเดินหายใจ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน และ 20 วัน ผู้ป่วย 1 ราย คิดเชื้อทางเดินอาหารและแผลกดทับ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน และผู้ป่วยอีก 1 ราย คิดเชื้อทางเดินปัสสาวะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน ผู้ป่วย 3 ราย ญาติต้องไปรับยาแทนทุก 1-3 เดือน ที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลรถไฟ อีก 1 ราย ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนทุกเดือน ดังรายละเอียดแสดงใน ตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 4)

| ข้อมูล                                      | กรณีศึกษารายที่      |                       |             |              |
|---------------------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|--------------|
|                                             | 1                    | 2                     | 3           | 4            |
| เพศ                                         | ชาย                  | หญิง                  | หญิง        | ชาย          |
| อายุ                                        | 61 ปี                | 59 ปี                 | 87 ปี       | 76 ปี        |
| ศาสนา                                       | พุทธ                 | พุทธ                  | พุทธ        | พุทธ         |
| สถานภาพสมรส                                 | คู่                  | คู่                   | หม้าย       | หม้าย        |
| อาชีพก่อนเจ็บป่วย                           | รัฐวิสาหกิจ          | รับจ้าง               | ไม่ได้ทำงาน | รับราชการ    |
| การศึกษา                                    | ประถมที่ 4           | ประถมที่ 2            | ประถมที่ 4  | ประถมปีที่ 4 |
| การวินิจฉัยโรค                              | หลอดเลือด            | หลอดเลือด             | หลอดเลือด   | หลอดเลือด    |
|                                             | สมองตีบ              | สมองตีบและ<br>เบาหวาน | สมองตีบ     | สมองแตก      |
| ภาวะแทรกซ้อนปัจจุบัน                        | แผลกดทับที่<br>ก้นกบ | ไม่มี                 | ไม่มี       | ไม่มี        |
| ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย<br>โรคหลอดเลือดสมอง | 4 ปี                 | 3 ปี                  | 9 ปี        | 8 ปี         |
| Barthel index (คะแนน)                       | 0                    | 25                    | 0           | 0            |

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

| ข้อมูล                                         | กรณีศึกษารายที่                                                     |                                                                     |                                                                  |                                                                      |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|                                                | 1                                                                   | 2                                                                   | 3                                                                | 4                                                                    |
| อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย                | NG tube                                                             | ไม่มี                                                               | NG tube                                                          | NG tube, Tracheostomy tube                                           |
| สวัสดิการด้านการรักษาที่พักอาศัย               | เบิกได้<br>บ้านตนเอง                                                | บัตรทอง<br>บ้านตนเอง                                                | เบิกได้<br>บ้านตนเอง                                             | เบิกได้<br>บ้านตนเอง                                                 |
| จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน             | 6 คน                                                                | 3 คน                                                                | 4 คน                                                             | 5 คน                                                                 |
| จำนวนผู้ดูแลหลัก                               | 1 คน                                                                | 1 คน                                                                | 1 คน                                                             | 1 คน                                                                 |
| ค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการดูแลผู้ป่วย(บาท/เดือน) | 2,000                                                               | รวมใช้จ่ายใน<br>ครอบครัว 4,500                                      | 4,000                                                            | 5,000                                                                |
| แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย        | เงินบำนาญของ<br>ผู้ป่วยและ<br>บุตรสาวคนกลาง<br>ให้ในบางเดือน        | บุตรสาว<br>คนเล็ก                                                   | บุตรชาย<br>บุตรสาว                                               | บุตรสาว<br>2 คน                                                      |
| เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ปีที่ผ่านมา       | 1 ครั้ง                                                             | 1 ครั้ง                                                             | 1 ครั้ง                                                          | 1 ครั้ง                                                              |
| ปัญหาที่ต้องเข้ารับการ<br>รักษาในโรงพยาบาล     | ติดเชื้ทางเดิน<br>อาหารและแผล<br>กดทับ                              | ติดเชื้ทางเดิน<br>ปัสสาวะ                                           | ติดเชื้ทางเดิน<br>หายใจ ใส่ท่อช่วย<br>หายใจ                      | ติดเชื้ทางเดิน<br>หายใจ                                              |
| ระยะเวลาในการนอน<br>โรงพยาบาล                  | 5 วัน                                                               | 4 วัน                                                               | 20 วัน                                                           | 7 วัน                                                                |
| การติดตามการรักษา                              | ผู้ดูแลไปรับยา<br>แทนผู้ป่วยที่<br>โรงพยาบาล<br>รถไฟ<br>ทุก 3 เดือน | ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไป<br>รับยาที่<br>โรงพยาบาล<br>ชุมชน<br>ทุก 1 เดือน | ผู้ดูแลไปรับยา<br>แทนผู้ป่วยที่<br>โรงพยาบาลศูนย์<br>ทุก 3 เดือน | ผู้ดูแลไปรับยา<br>แทนผู้ป่วยที่<br>โรงพยาบาล<br>ศูนย์<br>ทุก 1 เดือน |

## 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 4 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุตั้งแต่ 44-65 ปี ผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และสถานภาพสมรสคู่ ก่อนมาเป็นผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง จำนวน 3 ราย ค้าขาย จำนวน 1 ราย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 3 ราย มีอาชีพรับจ้าง 1 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 4,500-40,000 บาท/เดือน โดยมีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วยและจากบุตรสาว 1 ราย รายได้จากบุตรสาวเพียงทางเดียว 1 ราย มีรายได้จากผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรสาวผู้ป่วยและสามีของผู้ดูแล 1 ราย และได้จากสามีของผู้ดูแลทางเดียว 1 ราย ผู้ดูแลจำนวน 3 ราย รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน สวัสดิการด้านการรักษา ใช้บัตรประกันสุขภาพจำนวน 2 ราย เบิกหน่วยงานต้นสังกัด 1 ราย ชำระเงินเอง 1 ราย ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลที่อยู่ช่วยประจำ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 3-9 ปี ผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง/วัน จำนวน 3 ราย และ 14 ชั่วโมง/วัน จำนวน 1 ราย มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นคู่สมรส จำนวน 2 ราย เป็นบุตรจำนวน 2 ราย ผู้ดูแลจำนวน 1 ราย ไม่มีโรคประจำตัว และ 3 ราย มีโรคประจำตัว โดยมีอาการชาที่มือ 1 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและต่อกระจุก จำนวน 1 ราย และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ผู้ดูแลทั้งหมดอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ผู้ดูแลมีภาระในครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย โดย เลี้ยงหลานและดูแลพี่สาว 1 ราย ทำงานบ้านด้วย 1 ราย ดูแลบุตรและทำงานนอกบ้าน 1 ราย ต้องดูแลบุตรและทำงานบ้าน 1 ราย ดังรายละเอียดแสดงใน ตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (n = 4)

| ข้อมูล                              | กรณีศึกษารายที่ |                |         |             |
|-------------------------------------|-----------------|----------------|---------|-------------|
|                                     | 1               | 2              | 3       | 4           |
| เพศ                                 | หญิง            | ชาย            | หญิง    | หญิง        |
| อายุ (ปี)                           | 55              | 65             | 44      | 44          |
| ศาสนา                               | พุทธ            | พุทธ           | พุทธ    | พุทธ        |
| สถานภาพสมรส                         | คู่             | คู่            | คู่     | คู่         |
| อาชีพก่อนเป็นผู้ดูแล                | รับจ้าง         | สานส้ม เผาถ่าน | รับจ้าง | ค้าขาย      |
| อาชีพปัจจุบัน                       | ไม่ได้ทำงาน     | ไม่ได้ทำงาน    | รับจ้าง | ไม่ได้ทำงาน |
| รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) | 10,000          | 4,500          | 5,000   | 40,000      |

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (ต่อ)

| ข้อมูล                                   | กรณีศึกษารายที่               |                                          |                         |                           |
|------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
|                                          | 1                             | 2                                        | 3                       | 4                         |
| แหล่งที่มารายได้ของผู้ดูแล               | บุตรสาวและเงินบำนาญของผู้ป่วย | บุตรสาวของผู้ดูแล                        | ผู้ดูแลและสามี          | สามีของผู้ดูแล            |
| ความเพียงพอของรายได้                     | ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน          | ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน                     | ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน    | เพียงพอ                   |
| สวัสดิการด้านการรักษา                    | เบิกได้                       | บัตรทอง                                  | บัตรทอง                 | ชำระเงิน                  |
| ผู้ช่วยเหลือในการดูแลที่ช่วยเป็นประจำ    | ไม่มี                         | ไม่มี                                    | ไม่มี                   | ไม่มี                     |
| ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย                 | 4 ปี                          | 3 ปี                                     | 9 ปี                    | 8 ปี                      |
| เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง/วัน) | 24                            | 24                                       | 14                      | 24                        |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย                   | ภรรยา                         | สามี                                     | บุตร                    | บุตร                      |
| โรคประจำตัว                              | ชาที่มีมือข้างขวา             | โรคหัวใจ<br>ความดันโลหิต<br>สูงต่อกระดูก | ไม่มี                   | ความดันโลหิตสูง           |
| สถานที่พักอาศัย                          | อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย       | อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย                  | อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย | อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย   |
| ภาระในครอบครัว                           | เลี้ยงหลานและดูแลพี่สาว       | งานบ้าน                                  | ดูแลบุตรและทำงานนอกบ้าน | ดูแลบุตร 2 คนและทำงานบ้าน |

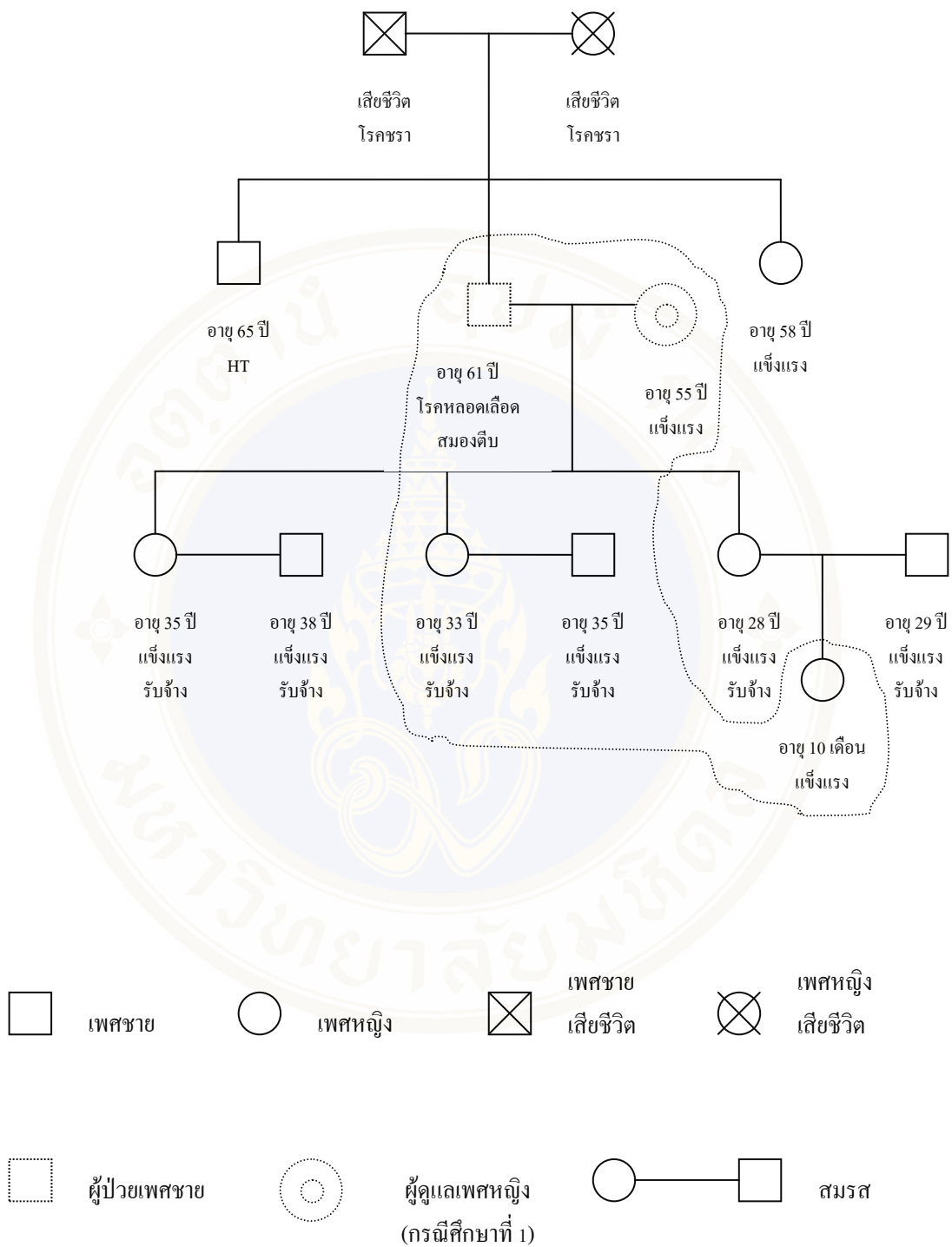
### 3. ข้อมูลรายกรณี

#### กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วย อายุ 61 ปี Barthel index 0 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นเวลา 4 ปี ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยทำงานเป็นยามที่ทางการรถไฟที่กรุงเทพฯ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลรถไฟรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ชอบดื่มสุราเป็นประจำ เมื่อ 4 ปีก่อน ผู้ป่วยล้มที่บ้าน และไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรถไฟ แพทย์ให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยขอกลับไปทำงาน แต่ขณะกำลังเดินออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยล้มอีกครั้งในโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ใส่สายยางทางจมูกสำหรับให้อาหารปั่นผสมและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 เดือน ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยดึงสายยางทางจมูกออก แพทย์จึงให้ลองป้อนอาหารทางปาก ผู้ป่วยรับประทานได้ ผู้ดูแลเล่าว่า

“แกเป็นความดันสูง แกกินเหล้า แกก็ไปหาหมอไม่กินยา อยู่ดีๆ แกล้ม แกล้มที่นั่นแหละ หัวเข่าเลือดออก แล้วแกก็กลับกรุงเทพไป ไปหาหมอ หมอให้นอนโรงพยาบาล พอดีขึ้นนั้นแกอยู่เวรขอกลับไปเคลียร์งานก่อน ยังไม่ทันออกจากโรงพยาบาลเลย ก็ล้มอีกที ที่นี้ก็แยไปเลย ตอนนั้นให้อาหารทางสาย นอนโรงพยาบาล 5 เดือน พอออกมาก็ยังกินทางสายอยู่ แล้วแกดึงสาย หมอบอกให้ลองป้อนดู แล้วแกกินได้”

หลังจากป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยต้องออกจากงานและกลับมาอยู่จังหวัดราชบุรี โดยได้รับเงินบำนาญ เดือนละ 10,000 บาท สภาพผู้ป่วยปัจจุบันช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงที่ปูด้วยที่นอนลมซึ่งชำรุดแล้ว สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ต้องใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่และถุงพลาสติกสำหรับปัสสาวะ มีแผลกดทับที่ก้นกบเป็นแผลถลอก ปัจจุบันผู้ป่วยรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลรถไฟ โดยผู้ดูแลจะไปรับยาแทนผู้ป่วยทุก 3 เดือน เนื่องจากมีสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลรถไฟ ผู้ป่วยมีประวัติรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยภาวะแทรกซ้อน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ด้วยอาการติดเชื้อทางเดินอาหาร และ แผลกดทับ ผู้ดูแลให้เหตุผลที่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลรถไฟ เนื่องจากถ้ามารับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านต้องสำรองเงินจ่ายค่ายาไปก่อน ซึ่งผู้ดูแลไม่มีเงินที่จะสำรองจ่าย ปัจจุบันภรรยา บุตรสาว บุตรชาย พี่สาวของภรรยา และหลานสาวพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วย



ภาพที่ 4.1 ฟังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 1

ผู้ดูแลเป็นภรรยาของผู้ป่วย อายุ 55 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานาน 4 ปี โดยให้เหตุผลว่าตนเองไม่ได้ทำงาน เมื่อสามีป่วยจึงย้ายจากกรุงเทพฯ มาอยู่ที่ราชบุรีและทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ไม่ได้ทำงานอะไร เมื่อก่อนอยู่ด้วยกันที่กรุงเทพฯ พอป่วยออกจากโรงพยาบาลก็ย้ายมาอยู่ที่นี่”

ครอบครัวของผู้ดูแลก่อนข้างยากจน มีสมาชิกในครอบครัว 6 คน คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล บุตรสาว บุตรชายซึ่งแขนซ้ายไม่มีแรง พี่สาวของผู้ดูแล และหลานสาว อายุประมาณ 10 เดือน ผู้ดูแลมีบุตรสาว 3 คน บุตรสาวคนกลางอาศัยอยู่กับผู้ดูแล ส่วนบุตรสาวอีก 2 คนอยู่ต่างอำเภอ จะมาเยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว อีกทั้งบุตรสาวคนเล็กนำหลานสาวมาให้เลี้ยง ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลานสาว และดูแลพี่สาวของตนเองด้วย โดยรายได้ของครอบครัวได้มาจากเงินบำนาญของผู้ป่วย และบุตรสาวคนกลางซึ่งทำงานโรงงานเดือนละไม่ถึง 5,000 บาทในบางเดือน ซึ่งก่อนป่วยนั้นผู้ป่วยประกอบอาชีพเป็นยามอยู่ทางการรถไฟ หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องออกจากงาน และได้รับเงินบำนาญ เดือนละ 10,000 บาท ซึ่งเป็นเงินที่ใช้สำหรับใช้จ่ายภายในครอบครัว และใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลรถไฟ และปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลจากประสบการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“หมอ พยาบาล แล้วก็เรียนรู้ด้วยตัวเองด้วย ตอนแรกก็ทำไม่เป็น พยาบาลเขาก็จะสอน บางอย่างเขาไม่ได้สอนเราก็ต้องดูด้วยตัวเอง”

ผู้ดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น เตียงนอนผู้ป่วย และที่นอนลม ซึ่งใช้เงินบำนาญที่ได้ตอนผู้ป่วยออกจากงานมาซื้อ ในระยะแรกของการดูแล ผู้ดูแลมีความเครียดกับการดูแลผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ดูแลร่างกายไม่แข็งแรงมีอาการชาที่มือข้างขวา น้ำหนักลดลง รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

### 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.1) การจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีบุตรสาว และบุตรชายช่วยดูแลบ้างเป็นครั้งคราว

ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ในแต่ละวันผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโดยตื่นเช้า จะเช็ดตัวให้ผู้ป่วย เปลี่ยนผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ป้อนอาหาร ซึ่งผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ผู้ป่วยจะรับประทานอาหารอ่อนหรือข้าวสอยบดทำกายภาพบำบัดเล็กน้อยๆ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็อยู่อย่างนี้กับเขาทั้งวัน ไม่ได้ไปไหน....เข้ามาก็เช็ดตัวให้เขา ดึงแขนขา ให้เขาย่าง นวดเขาย่าง พลิกตัว ทำคนเดียวเลย....กินพวกข้าวต้ม โจ๊กได้ แต่ถ้าเป็นข้าวสวยก็ต้องบดเอา”

ผู้ดูแลจะอาบน้ำให้ผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เนื่องจากต้องอุ้มผู้ป่วยไปนั่งอาบน้ำที่หน้าบ้าน ซึ่งต้องรอให้บุตรสาวหยุดงานมาช่วย เพราะผู้ดูแลอุ้มผู้ป่วยคนเดียวไม่ไหว ผู้ดูแลเล่าว่า

“อาบน้ำต้องช่วยกัน ก็ไปอาบที่โถงหน้าบ้าน อุ้มไปนั่งที่เก้าอี้ทุกวันไม่ไหว อาบอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ต้องรอลูกสาวหยุดงาน”

การจับถ่ายในช่วงกลางวันผู้ดูแลจะใส่แผ่นรองอุจจาระ และใส่ถุงพลาสติกรองปัสสาวะ ช่วงกลางคืนจะใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ โดยให้เหตุผลว่าไม่ใส่ผ้าอ้อมตอนกลางวัน เนื่องจากกลัวอับชื้น จะทำให้เป็นแผลกดทับ ซึ่งตอนนี้ผู้ป่วยเริ่มมีแผลกดทับที่ก้นเป็นหนังถลอกเล็กน้อย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ใส่แพมเพิร์สตอนกลางคืน กลางวันผูกถุง ใส่แผ่นรองกัน เพราะถ้าใส่แพมเพิร์สตลอด แกจะอับ แกไม่ถ่ายเลยหรือ ต้องให้ยาระบายถึงจะถ่าย เอานมเปรี้ยวให้เก็กินบ้าง ก็ใช้ถุงพลาสติกหุ้มไว้ เพราะเดี๋ยวแก็เป็นแผล....ก็มีนิดเดียว เป็นหนังเปิดๆ แกจะเป็นอย่างนี้ตลอด พอทายาแก็หาย”

ด้านการดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษา ในเวลากลางคืนผู้ป่วยก็จะนอนบนเตียงแต่จะกางมุ้งกันยุงให้ ส่วนผู้ดูแลก็จะนอนบริเวณใกล้กับเตียงผู้ป่วย ในบางครั้งก็ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น ตัวร้อน มีไข้ ผู้ดูแลจะสังเกตจากสีหน้าและอาการ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ ผู้ดูแลจะปฐมพยาบาลเบื้องต้นถ้าอาการไม่มาก อีกทั้งผู้ดูแล ต้องดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาประจำ ซึ่งเป็นยาที่ผู้ดูแลต้องไปรับที่โรงพยาบาลรพไฟแทนผู้ป่วยเป็นประจำทุก 3 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลรพไฟ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ถ้าแก็ป่วยแก็จะตัวร้อน เวลาแก็ป่วยแก็จะผิดปกติ หน้าแก็จะจ๋อย ตาลอย แต่ก็จะไม่เป็นอะไร ก็จะให้กินพารา.... แก็จะกินยาประจำอยู่แล้วที่กรุงเทพ 3 เดือนไปเอายาครั้งหนึ่ง เขาจะให้ยามาเมื่อไรเลย ตอนไปเอายาก็ยังไม่หมดหรือ ไปเอาที่โรงพยาบาลรพไฟ เขาจะมีใบนัดให้”

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ดูแลจะทำกายภาพบำบัดเล็กน้อยๆ ให้กับผู้ป่วยในช่วงเช้า ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็อยู่อย่างนี้กับเขาทั้งวัน ไม่ได้ไปไหน....เข้ามาก็เช็ดตัวให้เขา ดึงแขนขา ให้เขาย่าง นวดเขาย่าง พลิกตัว ทำคนเดียวเลย”

1.2) การจัดการดูแลครอบครัว นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลต้องดูแลหลานสาว อายุ 10 เดือน ซึ่งบุตรสาวคนเล็กมาฝากให้เลี้ยงเนื่องจากตนเองต้องทำงาน ผู้ดูแลต้องดูแลพี่สาวของตนเอง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ตามองไม่ค่อยเห็น ผู้ดูแลต้องดูแลกิจวัตรประจำวันของพี่สาวด้วย เช่น การอาบน้ำ ห่ออาหารให้รับประทาน ซึ่งจะมีบุตรเขยคอยช่วยเหลือบ้างเป็นครั้งคราว ส่วนงานบ้านและอาหารการกิน บุตรสาวจะเป็นคนซื้อกลับมาหลังเลิกงาน ซึ่งบางครั้งก็ซื้อเป็นอาหารถุงหรือซื้ออาหารสดมาปรุงรับประทานที่บ้าน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ลูกสาวเขาเอาหลานมาให้เลี้ยง แต่เขาไม่ได้มาอยู่ด้วยหรอก....หลานเพิ่งมาอยู่ด้วย 3-4 เดือน ก็ช่วยกัน 2 คน กับลูกเขย....พี่สาวป้าคนที่อยู่ด้วยก็ไม่ค่อยรู้เรื่อง กลางวันแกก็เดินไปนอนบ้านพี่ชาย....แต่ลูกเขยเขาก็ช่วย เวลาป้าไปเอายาให้ลูก กลางวันเขาก็ช่วยดู....ทำกินเองบ้าง บางครั้งก็ซื้อกิน ลูกสาวกลับจากทำงานเขาก็ซื้อกลับมา บางทีทำกินก็ผัดๆทอดๆกินกัน”

## 2) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

2.1) การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลเล่าว่า บุตรสาวและบุตรเขยมีส่วนในการช่วยดูแลในบางครั้ง บุตรสาวจะช่วยดูแลในช่วงหลังเลิกงาน หรือในวันหยุด ส่วนบุตรเขยจะช่วยดูแลผู้ป่วยเวลาผู้ดูแลต้องไปรับยาแทนผู้ป่วย หรือต้องดูแลหลาน แต่โดยหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลักนั้น เป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาก็ช่วยตอนเย็นบ้าง วันหยุดบ้าง เขาหยุดวันศุกร์ ก็ช่วยอาบน้ำอาบท่าคนเดียวฉันก็ไม่ไหวแล้ว....บางทีก็ให้ลูกเขยทำ เขาทำได้ทุกอย่าง”

ส่วนบุตรสาวทั้ง 2 คน ที่อยู่ต่างอำเภอ จะมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ไม่ได้มีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยตรง บุตรสาวคนเล็กจะมาเยี่ยมบ้านบ่อยๆเนื่องจากบุตรสาวของตนเองอยู่กับผู้ดูแล ส่วนบุตรสาวคนโตมาเยี่ยมนานๆครั้ง ทั้ง 2 คนช่วยเหลือเรื่องเงินแก่ผู้ดูแลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ผู้ดูแลเล่าว่า

“คนเล็กมาบ่อยเพราะลูกเขาอยู่ที่นี้ คนโตก็มาเดือนละ 1-2 ครั้ง คนเล็กเขาก็ซื้อมาให้ลูกเขา เขาก็ให้แม่บ้างนิดๆหน่อยๆ เขาเองก็ไม่ค่อยพอ”

2.2) การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง ผู้ดูแลเล่าว่า ญาติพี่น้องที่มีบ้านอยู่ใกล้เคียงกัน มีส่วนให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ช่วงเวลาที่ผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระนอกบ้านเป็นเวลาไม่นาน ซึ่งผู้ดูแลจะฝากผู้ป่วยไว้กับญาติข้างบ้าน ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกเกรงใจที่ต้องให้ผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยแทน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เวลาป่าไม่อยู่ ออกไปซื้อของ ฝากเขาเขาก็จะดูให้ พวกพี่ชาย พี่สาวป่า อยู่ข้างๆบ้าน เอน้ำให้กิน เวลาแก่ถ้าเกิดป่าไม่อยู่ เขาก็ทำให้ ฝากเขาไว้ครึ่งชั่วโมงอะไรอย่างนี้.... ก็เกรงใจเขาแต่บางครั้งมันจำเป็น ฝากเขาไม่บ่อยหรอก”

2.3) การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน เพื่อนบ้าน การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ไม่ได้เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่จะเป็นการให้การช่วยเหลือด้านการมาพูดคุย ถามอาการผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็มีมาคุย ก็ถามเป็นยังงี้บ้าง แต่ไม่ได้ช่วยอะไร เขาก็มีหน้าที่ของเขา”

2.4) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขในการได้รับคำแนะนำ การสอน จากพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เรื่องการทำบัตรผู้พิการ นอกจากนี้ยังได้รับการช่วยเหลือในการมารับผู้ป่วยไปโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน อีกทั้งได้รับการเยี่ยมบ้านจากพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นครั้งคราว ผู้ดูแลเล่าว่า

“รู้จากหมอ พยาบาล แล้วก็เรียนรู้ด้วยตัวเองด้วย ตอนแรกก็ทำไม่เป็น พยาบาลเขาก็จะสอน.... ตอนไปนอนโรงพยาบาล หมอเขาออกไปให้ไปทำบัตรผู้พิการ เมื่อก่อนเขาบอกว่าได้บ้านยาทำไมได้ แต่หมอเขาแนะนำให้ไปทำ หมอบอกว่าทำได้หมด ก็ไปทำบัตรคนพิการ มาแล้ว แต่ยังไม่ได้อื่นเรื่อง....ตอนนั้นที่ลงป่วย โทรเรียกรถโรงพยาบาลมารับ”

2.5) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขโดยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว แต่ก็นานมาแล้ว ในส่วนของเทศบาลนั้น ผู้ดูแลเล่าว่ายังไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเล่าว่า

“เข้ามานานแล้ว เข้ามาดู มาวัดความดัน ช่วงนี้ไม่ได้เข้ามา”

### 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.1) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลค่อนข้างมีความรู้และทักษะในการดูแล ที่ได้รับคำแนะนำ การสอนจากโรงพยาบาล ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยมานาน แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลมักทำอะไรไม่ถูกจากความกลัว อีกทั้งไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่รู้จะขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เวลาเขาป่วยก็ทำอะไรไม่ถูก มือไม้สั่นไปหมด จับของไม่ถูก กลัวเขาตาย....ฉันไม่ค่อยรู้หนังสือด้วยใจ ไม่ค่อยรู้เบอร์โรงพยาบาล ของอย่างนี้มันไม่แน่นอน”

3.2) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ดูแลมีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วย เดือนละ 10,000 บาท และจากบุตรสาวที่อยู่ด้วยกันและทำงานในโรงงานอีก เดือนละไม่ถึง 5,000

บาทเป็นบางเดือน ซึ่งต้องใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในครอบครัว หลังจากผู้ป่วยมีอาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และทำให้ต้องออกจากงาน ทำให้รายได้ลดลง อีกทั้งผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จึงไม่สามารถออกไปรับจ้างเป็นแม่บ้านเหมือนเดิมได้ จึงทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเล่าว่า

“หมั่นกว่าบาท ไม่ถึงหมื่นห้า....มันก็ต้องพอ บางทีก็ยืมเขาก่อนบ้าง พอตั้งออกก็เอาไปคืนเขา ค่าน้ำ ค่าไฟอีก เดือนละ 600-700 บาท....รายได้ไม่ค่อยพอใช้ เพราะเมื่อก่อนตอนลุงทำงานได้ เงินเดือนจะเยอะกว่านี้ พอเป็นเงินบำนาญก็จะลดลง....ต้องประหยัดลง ทำให้เงินเดือน เขาต้องได้กิน เราก็อดเอา”

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้สิทธิการรักษาโดยเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัดการทางรถไฟ แต่ก็มีข้อจำกัดว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องจ่ายค่ารักษาไปก่อนและนำไปเสร็จไปเบิกเงินคืน จึงทำให้ผู้ดูแลต้องนั่งรถไฟไปรับยาที่โรงพยาบาลรถไฟให้ผู้ป่วยทุก 3 เดือนเนื่องจากไม่มีเงินที่จะสำรองจ่ายค่ารักษา ผู้ดูแลเล่าว่า

“หมอที่นี่ก็ถามว่าทำไมไม่มาเอายาที่นี่ เราก็บอกเหตุผลว่าเราไม่มีตังค์ เพราะรถไฟเขาไม่ให้ทำเบิกจ่ายตรง ที่นี้มันต้องมีเงินไปจ่ายก่อน แต่เราไม่มี จะกินไปวันๆยังไม่ค่อยจะมีเลย”

3.3) ด้านการเดินทางไปโรงพยาบาล บ้านของผู้ดูแลอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 3 กิโลเมตร แต่ทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบและและ เวลาฝนตก รถยนต์ไม่สามารถเข้าไปได้ การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก เมื่อมีเหตุฉุกเฉินที่ต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล บุตรสาวของผู้ดูแลจะโทรศัพท์ตามรถพยาบาลของโรงพยาบาลมารับ ส่วนการไปรับยาต่อเนื่อง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ไปรับยาให้ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรถไฟแทนทุกครั้ง เนื่องจากไม่สะดวกที่จะนำผู้ป่วยไปด้วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนนั้นที่ลุงป่วย โทรเรียกรถโรงพยาบาลมารับ....รถเข้ามาไม่ถึง เขาเอาเปลเข้ามาหามออกไป....ไปรับยาแทนที่กรุงเทพ นั่งรถไฟฟรี ป้ามีญาติอยู่ที่โน่น ไปที่เดียวเลย ถ้าไม่ไปพักก็ไม่ไหว ไปตอนตี 5 ก็แก่ ก็จะไปตอนเย็น ไปค้าง เช้าเราก็ไปรับยาแล้วก็กลับ รรหาไม่มีที่ลำบาก”

3.4) ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง ในระยะแรกของการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า ผู้ป่วยคือ ไม่เชื่อฟัง มีพฤติกรรมต่อต้าน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ทำร้ายผู้ป่วย คำว่าผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางครั้งเคยดีแถมตอนใหม่ๆ โวยวายใส่ เครียด แก่คือ บางครั้งแถม แต่เดี๋ยวนี้ไม่ได้ทำแล้ว ช่วงมาจากกรุงเทพใหม่ๆ แก่เลยแก่ก็เอาทาเตียงเต็มไปหมด เราก็โมโห ช่วงใหม่ๆ โน่น”

3.5) ด้านการไม่มีผู้ดูแลแทน ผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย บุตรสาวและบุตรเขย ช่วยดูแลได้ในบางเวลา ผู้ดูแลเล่าว่า เวลาตนเองป่วยต้องให้บุตรสาวหยุดงาน มาดูแล หรือให้บุตรเขยช่วยดูแลบ้าง เพราะยกตัวผู้ป่วยคนเดียวไม่ไหว ผู้ดูแลเล่าว่า

“เวลาคนดูแลป่วย ต้องให้ลูกเขยดูแล บางทีลูกสาวต้องหยุดงาน เพราะเวลาไม่สบายก็ยกคนเดียวไม่ไหว บางทีตัวแจะไหลลงมาข้างล่าง เวลาจะป้อนข้าวก็ต้องยกตัวแก ขึ้น ก็ไม่ไหว บางทีใช้เตียงผ้าปูที่นอนก็ลื่นไปหมด”

3.6) ด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแล ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องนอนบนเตียงตลอดเวลา ถึงแม้จะมีที่นอนลมและเตียงนอนผู้ป่วย ที่ซื้อไว้ตั้งแต่เมื่อ 4 ปีที่แล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังมิแพ้กดทับบ่อยครั้ง เนื่องจากที่นอนลมเริ่มชำรุด ผู้ดูแลเล่าว่า

“ซื้อเอง ตั้งแต่ตอนอยู่กรุงเทพ แรกๆ ได้ตั้งคัมภ์เลขซื้อ ตอนแอกออกจากงานแกได้เงินก้อนมาก็เลขซื้อ....ต้องเสียปลีกตลอดเวลา....เตียงลมมันก็ไม่ค่อยดีแล้ว พังแล้ว”

#### 4) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล

4.1) ผลกระทบด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีบุตรคอยพูดคุยให้กำลังใจผู้ดูแลเวลารู้สึกเหนื่อยหรือเครียด ผู้ดูแลเล่าว่า

“ลูกเขาก็คอยบอก คอยให้กำลังใจก็ดีขึ้นหน่อย”

4.2) ผลกระทบด้านลบ จากการดูแลผู้ป่วย เกิดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยผู้ดูแลรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา น้ำหนักลดลง บางครั้งถึงกับเป็นลม เริ่มมีอาการชาที่มือข้างขวาซึ่งเป็นผลมาจากการยกตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็เหลือตัวแค่นี้ละ มันแยะ....บางทีทำโน่นทำนี่ มือเข้าไม่ค่อยได้กิน กินสาย บ่ายก็เป็นข้าวกลางวัน....มันก็เป็นลมบ้าง ใจสั่น มือไม้ชา มือไม่มีแรง ปวดแขน ตัวแกหนัก....มือฉันนี้มันไม่มีแรง เวลาจะแปรงฟันยังไม่มีแรงยก....หมอบอกเป็นเส้นประสาทมือ เขาให้ยามากิน หมอเขาถามว่าไปทำอะไรมา ก็บอกว่าตกลง”

ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแล กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต อีกทั้งการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นผลให้ผู้ดูแลไม่ได้ออกไปพบปะพูดคุยกับสังคมภายนอก และเกิดความเครียด ผู้ดูแลเล่าว่า

“ไม่ได้ไปไหนเลย ไม่อยากไปด้วย ไปแล้วใจมันหงุดหงิดไปไม่ได้นาน ถ้าไปเอายาก็โอเคต้องทำใจ คนชวนไปเที่ยวก็ไม่ไป....บางครั้งมันก็เครียด....หลายเรื่อง เรื่องเงินเรื่องทองไม่พอใช้ บางทีก็เหนื่อย”

## กรณีศึกษาที่ 2

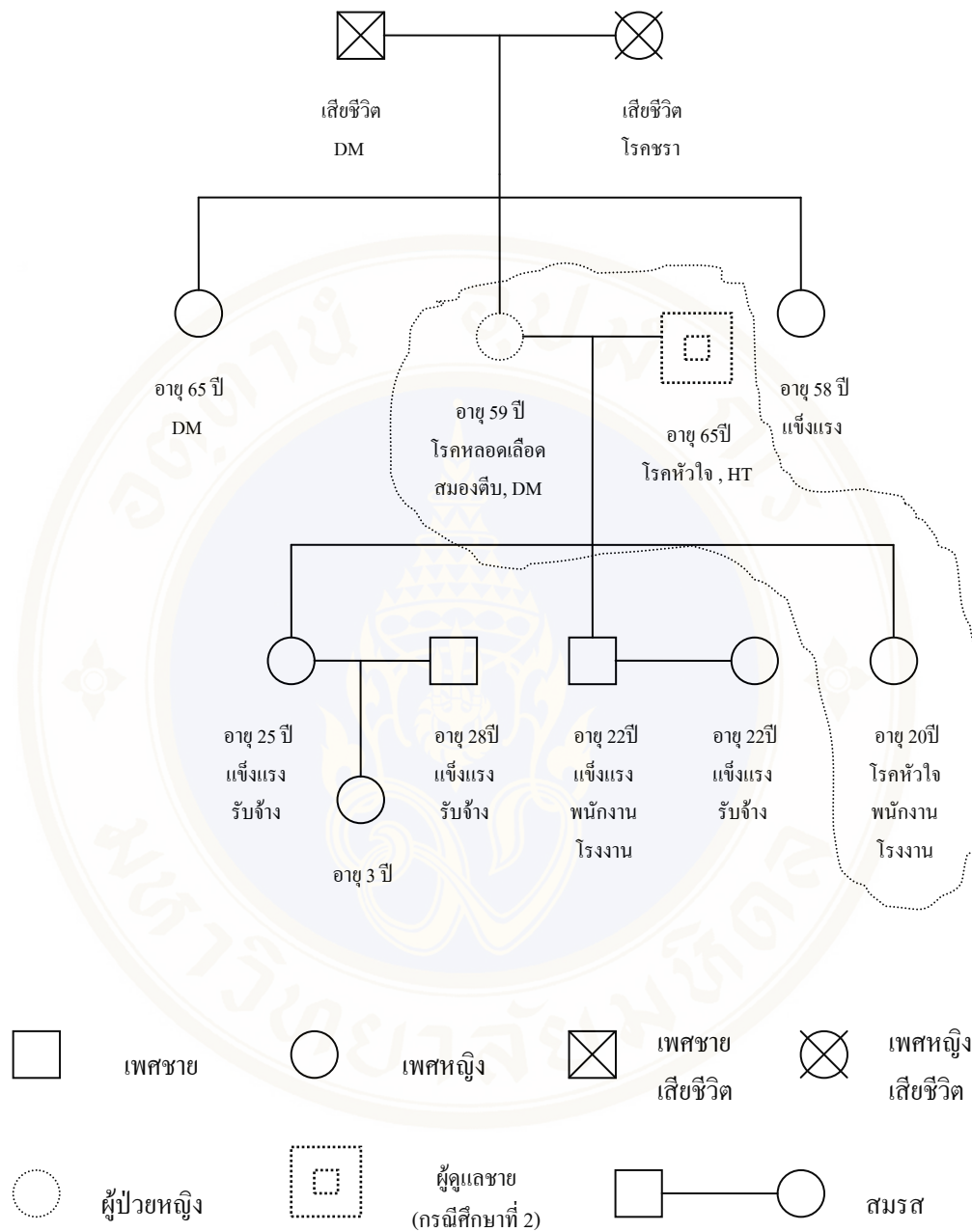
ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 59 ปี Barthel index 25 คะแนน สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาข้างขวาอ่อนแรง เดินไม่ได้ ต้องนั่งบนรถเข็นตลอดเวลา รับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องมีผู้เตรียมให้ การขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ไม่เคยใช้ยาระบาย ปัสสาวะได้เอง แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือโดยอุ้มผู้ป่วยไปไว้บนแคร่ไม้เพื่อขับถ่ายและทำความสะอาด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานรับการรักษาต่อเนื่องมาตลอด เมื่อ 3 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการชาที่ขาและลัม ผู้ดูแลพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลชุมชน และถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลศูนย์ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยผู้ดูแลเล่าว่า

“บอกปวดขา ขาชาๆ ก็บอกเดี๋ยวก่อน เดี๋ยวไปนวดให้ ลูกก็ทำสุมอยู่ข้างนอก ก็บอกเดี๋ยวก่อนจะไปเอาจี้วักกัน ลูกขึ้นแต่เข้าเผาถ่านกัน ก็ได้ยินเสียงดัง แค็ก ก็ถามว่าอะไร ลัม เข้าไปที่ไหนได้เรียบร้อยเลย...เขาบอกว่าเส้นเลือดตีบ ตรวจหมดเลย เอ็กซเรย์หมดทุกที่ทุกทางเลย”

ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ 2 วัน ผู้ดูแลขออนุญาตนำผู้ป่วยกลับบ้านเพราะกลัวติดเชื้อ แพทย์อนุญาต และให้มารับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีประวัติมารับยาสม่ำเสมอ และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นอกเหนือจากการรักษาแผนปัจจุบัน ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการรักษากับหมอแผนโบราณโดยการบีบนวด และกินยาสมุนไพรแต่อาการไม่ดีขึ้น และมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงหยุดการรักษา โดยผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาให้กินยาของเขา 3 เดือนเต็มๆ....พาไปนวดที่เขาดิน จับเส้น คนข้างบ้านเขาแนะนำญาติๆกันเขาไปนวดเขาก็หาย ก็ไป 18 วัน ทำท่าจะดีขึ้นพออยู่บ้านก็เหมือนเดิม หมอที่ดี พอมานบ้านก็เหมือนเดิมก็เลยไม่ไป”

ครอบครัวของผู้ป่วยฐานะค่อนข้างยากจน มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและบุตรสาวคนเล็ก ส่วนบุตรชายคนกลางจะมาพักอาศัยเป็นครั้งคราว



ภาพที่ 4.2 ผังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 2

ผู้ดูแลเป็นสามีของผู้ป่วย อายุ 65 ปี ปัจจุบันประกอบอาชีพจักสานเล็กน้อยอยู่กับบ้าน รายได้ไม่แน่นอน มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งตรวจพบเมื่อ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ดูแลทำหน้าที่ ดูแลภรรยาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ นาน 3 ปี ผู้ดูแลให้เหตุผลในการมาเป็นผู้ดูแลว่า เพราะเป็นคนในครอบครัวเดียวกันเมื่อเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ ที่ต้องดูแล บุตรก็แยกครอบครัวไปแล้ว และต้องทำมาหากิน ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลภรรยาที่ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็คนในครอบครัว ลูกก็แยกกันไปหมดแล้ว พุงง่าย ๆ ไม่มีใครมาช่วยแล้ว ลูกก็ต้องดูแลมาตลอด”

การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โดยใช้ประสบการณ์จากการดูแลน้ำซายที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน

อีกทั้งผู้ดูแลต้องจัดการเรื่องอุปกรณ์ เครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น เตียงนอนผู้ป่วย รถเข็นนั่ง โดยได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอนามัย เมื่อ 3 เดือนก่อน ผู้ดูแลมีอาการใจสั่น เหนื่อย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และถูกส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องให้นุตรสาวคนโตมาดูแลแทน แต่ก็ต้องให้ค่าจ้างเพราะบุตรสาวต้องหยุดงานมาดูแลทำให้ขาดรายได้ ผู้ดูแลกลับจากโรงพยาบาลได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ลูกมาดูแลก็ต้องจ้าง ไอน้องก็ส่งสารก็ต้องให้ไป.....เขาทำตุ๊กตา ทำรายวัน บางวันก็ทำ บางวันก็ไม่ได้ทำ นี่เมื่อวานขึ้นก็จะมา ก็บอกว่าพอทำไหวแล้วไม่ต้องมาแล้ว ตอนที่กลับจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ก็ให้เขามาช่วยดูแลไปให้ก่อน เพราะเวลายกมันยังมีตึงๆ เจ็บหน้าอกอยู่ พอทำได้ก็ให้เขาไปทำงานกัน ไม่ทำก็ไม่มีจะใช้กัน”

### 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.1) การจัดการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ดูแลมีฐานะค่อนข้างยากจน รายได้ของครอบครัวมาจากบุตรสาวคนเล็ก ซึ่งทำงานเป็นพนักงานโรงงานใกล้บ้าน รายได้ไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลมีรายได้เล็กน้อยๆ จากการสานส้มขาย

ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลภรรยาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมานาน 3 ปี พักอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ดูแลเล่าว่าจัดการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ตื่นนอนเช้า จะยกตัวผู้ป่วยจากที่นอนมานั่งที่รถเข็น เตรียมอาหารมาให้รับประทานไปพร้อมๆ กัน ดังตัวอย่างคำพูด

“เข้ามาหาข้าวหาปลาให้กิน เสร็จแล้วก็นั่งพักกันอยู่อย่างนี้ พอข้าวเที่ยงได้เวลาก็หาข้าวให้กิน กินพร้อมกันเนียแหละ กินเองได้ ตักเองได้ กินด้วยกันนี่แหละ ไม่ได้แบ่งชั้นวรรณะหรอก กินเหมือนกัน”

ผู้ป่วยจะต้องนั่งอยู่บนรถเข็นตลอดเวลา ไม่สามารถนั่งบนพื้นได้ ส่วนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องยกตัวผู้ป่วยไปนอนบนแคร่ไม้ เพื่อขับถ่ายและทำความสะอาด รวมถึงการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแล จะอาบน้ำให้ผู้ป่วยทุกวันในช่วงบ่าย ซึ่งผู้ดูแลให้เหตุผลว่าการอาบน้ำช่วงบ่ายนั้น กลางคืนผู้ป่วยจะได้นอนหลับสบาย ผู้ดูแลเล่าว่า

“นั่งเดี่ยวๆไม่ได้ นั่งไม่อยู่ เวลาให้นอนไม่ค่อยนอน บอกว่าเมื่อย ก็นั่งหลับบนรถนี้แหละ”

“เข้มายังไม่อาบ อาบน้ำตอนเย็น เวลาปวดฉี่ก็เข็นรถไปขึ้นเตียงแล้วก็ฉี่.....ก็ต้องกอดคอหิ้วแล้วทิ้งวาง แล้วก็เอานอน ฉี่เสร็จก็ต้องยก ดึงนั่ง ต้องนอนฉี่บนเตียง ฉี่ลงไปเลย แล้วก็ล้างเรียบร้อยแล้ว เพราะว่ามันเตียงโรงพยาบาลไม่ได้หรอก ขึ้นยาก นอนบนแคร่ ฉี่เสร็จก็ล้าง.....ก็อาบน้ำบนแคร่เลย ล้างหน้าล้างตา อาบตัว”

เมื่อถึงช่วงเย็นหลังรับประทานอาหารและยาแล้ว ผู้ดูแลก็จะพาผู้ป่วยเข้านอน ซึ่งบางครั้งบุตรกลับจากทำงานก็จะช่วยยกตัวผู้ป่วยเข้านอน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เดี๋ยวนี้เวลาจะเข้านอนก็เข็นรถไป ลูกสาวก็เอาเข้านอนช่วยกัน 2 คน เอาผ้ารอง แล้วให้แก้มตัวนอนแล้วก็ยกไป เมื่อก่อนอยู่คนเดียว ลุงลากเอง” ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยเป็นกิจวัตรประจำวันอย่างนี้ทุกวัน

ด้านการดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษา ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย สามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับยาต่อเนื่องเป็นประจำ ทุก 1 เดือน ที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ถ้าปวดเมื่อย ตัวร้อน กินพาราไปก่อน ถ้าไม่ไหวจริงๆพาไปหาหมอ....พาไปหาหมอทุกเดือน ใส่ออสาลีฟวงไป”

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเรื่องการถ่ายภาพบำบัด ซึ่งผู้ดูแลจะปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยเป็นประจำทุกวัน ผู้ดูแลเล่าว่า

“แนะนำมา ก็เหมือนที่ผมทำนั่นแหละ ว่าต้องทำกายภาพนะ เข้าต้องนวดแบบนั้น อาบน้ำก็นวดแบบนั้น ที่ละเล็กละน้อย”

1.2) การจัดการดูแลครอบครัว นอกจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลยังใช้เวลาว่างในการสานสัมพันธ์เพื่อหารายได้เพิ่ม รวมทั้งการดูแลงานบ้าน เตรียมอาหาร และดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายภายในบ้านทั้งหมด ผู้ดูแลได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ 500 บาท เงินผู้พิการของผู้ป่วย 500 บาท และสานสัมพันธ์เล็กน้อยๆ เดือนละไม่ถึง 500 บาท ส่วนบุตรสาวคนเล็กจะให้เงินผู้ดูแล เพื่อใช้จ่ายภายในบ้าน เดือนละ 2 ครั้ง คือ ต้นเดือนและกลางเดือน ผู้ดูแลต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายอย่างประหยัดและให้เพียงพอในแต่ละเดือน แต่บางเดือนรายได้ก็ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ค่าใช้จ่ายก็รวมกันหมด ไม่แยก ลุงเป็นคนเก็บเงิน ทำให้ลูกสาวก็มาใส่ให้ เพราะลุงต้องไปใช้จ่ายเรื่องค่ากับข้าว ค่าข้าวสาร ฟริกน้ำมัน...กลางเดือนเขาให้ 1,500 วิกสิ้นเดือนเขาให้ 2,000 คิดแล้ววิก 1,500 เนี่ยไม่พอต้องจ่ายค่าข้าวสาร ค่าน้ำตาล ค่าน้ำมัน เครื่องใช้เครื่องกิน ตกประมาณ 1,400 ขนาดประหยัดนะ ก็เลยคุยกับลูกสาวนะว่าเดี๋ยวพ่อจัดการเอง 1,400 เรายังจ่ายแค่ 700 เหลืออีก 800 เอาไว้ใช้”

ในด้านการเตรียมอาหาร ผู้ดูแลจะซื้ออาหารสดมาแช่ตู้เย็นไว้ และแบ่งอาหารสดมาทำกับข้าวในแต่ละมื้อซึ่งประหยัดกว่าการซื้ออาหารถุงรับประทาน อีกทั้งยังสามารถปรุงอาหารรสชาติที่เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ด้วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“คิดๆแล้ว ซื้อเป็นถุง ถุงละ 20 บาท เดียวนี้ไม่ได้แล้ว ต้อง 30 บาท สู้อไปซื้อของมาใส่ตู้ไว้ แล้วก็มาแบ่งทำ ลูกสาวไปซื้อให้ 2-3 หนแล้ว ตั้งแต่กลับจากโรงพยาบาล..... ทำกับข้าวเองเหมือนโรงพยาบาลเลย ไม่มีรสเค็ม ลุงทำเองทุกอย่าง กับข้าวกับปลา”

## 2. การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

2.1) การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวของผู้ดูแลเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย บุตรสาวต้องไปทำงานเพื่อหารายได้ให้ครอบครัว ดังนั้นค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายในครอบครัวจึงมาจากบุตรสาว ในการดูแลผู้ป่วย บุตรสาวคนเล็กมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพียงเล็กน้อย หลังกลับมาจากทำงานในช่วงเย็น ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาก็เรื่องช่วยยก เอาเข้านอนบ้างเป็นบางครั้ง เขาไปทำงาน เขาวางเขาก็ช่วย ตอนเย็นเอาเข้าหลับเข้านอน”

ส่วนบุตรสาวคนโตแยกครอบครัวไปแล้ว อีกทั้งฐานะค่อนข้างยากจนจึงไม่ได้มีส่วนช่วยเหลือด้านการเงิน แต่จะมีส่วนในการมาช่วยดูแลมารดาช่วงที่ผู้ดูแลป่วยด้วยโรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น บุตรชายคนกลางมาพักอาศัยเป็นครั้งคราว ช่วยดูแลมารดาเพียงเล็กน้อย เช่น ช่วยอุ้มเข้านอน หรือช่วยเหลืองานบ้าน

ในช่วงเช้าก่อนไปทำงาน แต่มีส่วนในการแนะนำวิธีการรักษาแผนโบราณ ซึ่งได้รับคำแนะนำมาจากญาติฝ่ายภรรยา ผู้ดูแลเล่าว่า

“ลูกชายคนที่มาอยู่ด้วยนี้แหละเขาแนะนำ ยาแก้ลมพฤษดิ์ เป็นยาผงสมุนไพร จากญาติๆเขานั้นแหละ ญาติทางบ้านแฟนเขานั้นแหละ”

ผู้ดูแลซื้อยาสมุนไพรมาให้ผู้ป่วยรับประทานตามคำแนะนำของบุตรชาย แต่อาการของผู้ป่วยก็ยังคงเดิมจึงไม่ได้ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อ ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขากินเขาหายกันหมด ป้ากินเท่าไรก็ไม่มีอะไรเลย ขมก็ไม่ขม.....ไม่ได้กินแล้ว เลิกแล้ว เขาให้กินยาของเขา 3 เดือนเต็มๆไม่รู้เรื่องอะไรเลย”

การที่ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากบุตรทั้ง 3 คน ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการที่บุตรได้ช่วยแบ่งเบาภาระของตนเอง ซึ่งเป็นการช่วยเหลือกันในครอบครัว ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ช่วยแบ่งภาระนิดๆหน่อยๆ ก็คิดว่าถ้าทำได้ก็ทำเอง ถ้าทำยังไม่ได้ก็ช่วยกันไปก่อน ก็คิดแบบนี้ ก็รู้สึกที่ดีก็เบาละไปหน่อย”

2.2) การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง ผู้ดูแลเล่าว่าญาติพี่น้องของผู้ป่วยจะมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว และให้เงินบ้างเล็กน้อยๆ ซึ่งผู้ดูแลและผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่ญาติมาเยี่ยม ผู้ดูแลเล่าว่า

“ญาติป้า บางทีเขาก็มาคุย ก็ให้ที 100-200 นานๆจะมาสักที....ก็ดีใจเล็กน้อยๆก็ยังดี ก็ยังได้มา”

ส่วนญาติพี่น้องของผู้ดูแลนั้น ไม่ได้มีส่วนเข้ามาช่วยเหลือเนื่องจากผู้ดูแลมีความขัดแย้งกับพี่น้อง และย้ายครอบครัวมาอยู่ต่างตำบลทำให้ขาดการติดต่อ มีเพียงญาติห่างๆที่นับถือ ให้การช่วยเหลือด้านการเงินบ้างในบางครั้ง ผู้ดูแลเล่าว่า

“พี่น้องกันเองนี้แหละไม่เคยหอรอก มีแต่ญาติห่างๆญาติทางลุงนะ เพราะพี่ชายกับน้องชายก็ไม่ดีกันก็เลยเนรเทศมาอยู่นี้แหละ....นับถือผู้ใหญ่อยู่คนหนึ่ง ยังติดต่อกันอยู่ นับถือเหมือนพ่อ ดั่งคำไม่มีใช้ก็วิ่งไป ถ้าไม่ทันนะ ทุกวันนี้ยังเป็นหนี้เกออยู่ เขาบอกว่ามีเมื่อไหร่ค่อยเอาไปให้เขา”

2.3) การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านของผู้ดูแลให้การช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ คือ เพื่อนบ้านที่มีร้านค้าอยู่ในชุมชน เป็นอดีตกำนันซึ่งผู้ดูแลเคยทำงานด้วย ให้การช่วยเหลือโดยให้ผู้ดูแลซื้อสินค้าในร้าน เช่น ข้าวสาร อาหารแห้ง เป็นต้นโดยทยอยจ่ายเป็นงวด ผู้ดูแลเล่าว่า

“คนข้างบ้านเขาแนะนำ ญาติๆกันเขาไปนวดเขาก็หาย ก็ไปบ้าง 3-4 วัน  
สังเกตคนที่ 4 เขาให้เกาะแขนอื่น ก็เขย่งได้ คนที่เขาแนะนำก็บอก हमว่าเราไม่ค่อยมีเงิน....ร้านค้า  
ท้ายซอย รู้จักกันตอนเขาเป็นกำนันลงเป็นผู้ช่วยเขา 17 ปี สามสมัย พอมาอยู่ที่นี่เขาก็บอกว่ามาเอา  
เถอะเฉพาะลง เขาบอกเมียเขาว่าถ้าลงมาเอาให้ได้ 1,500 อยู่ในวงเงิน 1,500 เขาบอกเดี่ยวเขา  
รับผิดชอบเอง”

2.4) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในระยะแรกที่ทำให้  
การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย  
เช่น การทำกายภาพบำบัด และการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน  
ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ไม่ได้เรียนอะไรหรอก ปรับตัวเอง ใช้นี้ต้องเป็นแบบนี้ ใช้นั้นต้องเป็น  
แบบนี้ คิดเอาเอง ปรับเองปฏิบัติเอง”

ในกรณีฉุกเฉินโรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำและเบอร์โทรศัพท์แก่ผู้ดูแล  
เนื่องจากการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก ผู้ดูแลเล่าว่า

“วันนั้นก็ให้ลูกชายโทรไป รถโรงพยาบาลมารับ ตอนนี้มีเบอร์ฉุกเฉิน  
ของโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลเขาแนะนำ”

ในด้านอุปกรณ์การแพทย์ ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาล  
ชุมชน และสถานีอนามัย โดยช่วงแรกที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน สถานีอนามัยได้ให้รถเข็นนั่งมาใช้  
ชั่วคราวและชำรุด หลังจากนั้น ผู้ดูแลจึงไปขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชนจึงได้รถเข็นนั่ง  
คันใหม่ มาสลับใช้กับคันเก่า ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนป่าเป็นสักครั้งเดือนไปติดต่ออนามัยก็ได้มา เขาให้อามาใช้ก่อน ที่  
น้ำมันหักก็เลยไปขอที่โรงพยาบาล ไปนอนป่วย ก็เลยไปขอ ก็ได้มา 2 คัน รถนั่งถ้ายคันนี้ รถเข็น  
คันนี้ คันใหม่ยังไม่ใช้หรอก คันน้ำมันเยอะแล้วก็ให้มันเยอะไปก่อน เวลาไปโรงพยาบาลก็เอาคัน  
ใหม่ไป”

อีกทั้งผู้ดูแลยังได้รับเงินช่วยเหลือจากโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง  
นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังได้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้ามาเยี่ยม พุดคุยให้กำลังใจ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ได้กำลังใจจากสิ่งแวดล้อมนี้แหละ โรงพยาบาลบ้าง อนามัยบ้าง เขามา  
เล่าให้ฟังนะ ก็คิดไปสภาพเป็นแบบนี้ๆ ไม่ว่าเขาหรือเราถ้าเขาเป็นก็ต้องเป็นแบบเรา”

2.5) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน ผู้ดูแลได้ย้ายจากตำบล  
ใกล้เคียงมาอยู่ที่ตำบลที่ทำการศึกษได้ 3 ปี การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน จากตำบลที่อยู่เดิม  
ค่อนข้างน้อย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนอยู่ตำบลเดิมไม่มีเลข ไปขอรถนั่งก็ไม่ได้ ไปขอที่อบต.กลุ่มสตรี  
แม่บ้านเขาว่าจะช่วยก็เงียบไป ขอ อสม.ก็เงียบไป ก็เลยไม่ติดต่อ”

หลังจากผู้ดูแลย้ายเข้ามาอยู่ในตำบลที่ทำการศึกษ ผู้ดูแลเล่าว่ามี  
อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาสำรวจ และมาเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งจากการที่มีผู้มาเยี่ยมเยียนนั้น ผู้ดูแลรู้สึกดี  
ใจถึงแม้การช่วยเหลือยังไม่ได้เป็นรูปธรรมชัดเจน ในด้านการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในชุมชน  
ผู้ดูแลกล่าวว่ายังไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้ดูแลเล่าว่า

“อสม.เขาก็มาสำรวจอะไรนี้แหละ แต่ก็เงียบไป เมื่อไม่ถึงอาทิตย์นี้ก็เข้า  
มา มาสำรวจอะไรต่ออะไร แล้วก็ว่าจะช่วยเหลือ ลูกสาวบอก ลุงไปนอนโรงพยาบาล....ก็รู้สึกดีใจ  
แหละ เขามานี้ก็ดีใจ แต่ยังไม่ช่วยอะไรหรอก ได้แต่ความหวังก็ภูมิใจแหละที่มา มาพูดมากุ้ย มา  
บอกอย่างนั้นอย่างนี้....ไม่มีเลข ไปหาเทศบาลจะขอเลขบ้าน ก็ไม่ได้บอกว่าต้องไปเอาโฉนดที่ดินมา  
คนอื่นทำได้ทำไมลุงทำไม่ได้”

ทั้งนี้ผู้ดูแลกล่าวว่าต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินเนื่องจากตนเอง  
และผู้ป่วยอายุมากแล้ว และไม่มีรายได้ ถึงแม้ผู้ดูแลจะได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ เดือนละ 500  
บาท และผู้ป่วยได้รับเงินสวัสดิการผู้พิการ เดือนละ 500 บาท แต่ก็ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

“อยากให้มาดูแล ความเป็นอยู่ ถึงแวดล้อมต่างๆ อยากให้มีเงินมาช่วย ชัก  
ปีละ 1,000 ก็ยังภูมิใจแล้ว ก็คิดไปอายุป่านี้อแล้ว ทำอะไรก็ทำไม่ได้แล้ว ก็ต้องดูแลกัน”

### 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.1) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะ  
จากการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลขณะผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็น  
คำแนะนำเรื่องการถ่ายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลน้ำ  
ชายซึ่งป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ที่แนะนำมา ก็เหมือนที่ผมทำนั่นแหละ ว่าต้องถ่ายภาพนะ เข้าต้อง  
นอนแบบนั้น อาบน้ำก็แบบนั้น ทึละเล็กละน้อย”

3.2) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ดูแลเป็นครอบครัวที่มีฐานะค่อนข้าง  
ยากจน ผู้ดูแลกับภรรยาต้องช่วยกันทำงานสวนส้ม เผาถ่านขาย เพื่อหารายได้ หลังจากทีภรรยา  
ผู้ดูแลป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลภรรยาที่ป่วย จึงทำให้รายได้  
ขาดหายไป ครอบครัวจึงมีรายได้จากบุตรสาวคนเล็กเพียงทางเดียว บางเดือนจึงต้องกู้หนี้ยืมสินมา  
ใช้จ่าย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ปกติลูกก็ไปตัดไม้มาทำสุมขาย มีรายได้เพิ่ม ตั้งแต่ป่าเป็นก็ทำไม่ค่อยได้ก็ต้องดูแล ก็ขาดไป....ก็มีภูหนี่ยืมสินบ้าง บางทีเงินเดือนยังไม่ออก เงินมันขาดก็ต้องไปยืมเขามาได้มาก็ไปใช้คืนเขา มันก็ขลุกขลักบางเวลา บางเดือนก็ตลอด บางเดือนมันก็ไม่ตลอด อย่างต้นเดือนก็ยังไม่เป็นไร ได้ของลง 500 สูงอายุ ได้ป่า 500 คนพิการ ก็มารวมกันได้ใช้เรื่อยไป”

นอกจากต้องขาดรายได้แล้วยังต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่น จากการต้องไปขอยืมรถจักรยานยนต์พ่วงข้างของญาติและต้องเติมน้ำมันให้ เพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ดูแล ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการแสวงหาการรักษาที่นอกเหนือจากแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางทีรถต้องไปยืมหลานมา รถมอเตอร์ไซด์มาได้แต่ไม่มีค่าน้ำมัน ไหนจะต้องเติมน้ำมันคันนี้ แล้วต้องไปเติมน้ำมันอีก....ยาขวดละ 500 เขาก็ให้กิน มันก็ไม่เห็นรู้เรื่องอะไร ไอ้ที่เขากินกัน ครึ่งขวดเขาก็หายกันหมด”

3.3) ด้านการเดินทางไปโรงพยาบาล บ้านที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 1 กิโลเมตร แต่เนื่องจากผู้ป่วยนั่งทรงตัวไม่ได้จึงไม่สามารถนั่งจักรยานยนต์ได้ ผู้ดูแลจึงต้องไปขอยืมรถจักรยานยนต์พ่วงข้างของญาติทุกครั้งที่ต้องพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ดูแลได้ประยุกต์ใช้รถเข็นไม้ที่มีอยู่ที่บ้าน ต่อพ่วงกับรถจักรยานยนต์ที่มีอยู่และให้ผู้ป่วยนอนบนรถเข็นไม้เพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียค่าเติมน้ำมัน ผู้ดูแลเล่าว่า

“มันมีปัญหาอย่างนี้แหละ รถราไม่มี มันไปไม่สะดวก เวลาไปก็เอาสาลี่ลากไป พ่วงกับมอเตอร์ไซค์ นั่งทับแล้วก็ลากไป ไปที่ไหนก็ไปแบบนี้ ไปนวดก็สาลี่ลากไป เมื่อก่อนไปยืมซาเล้งเขา ไม่ได้นึกว่าสาลี่เราจะมี ผลที่สุดเอาขึ้นสาลี่ลากไปง่ายกว่า ตอนไปเอาซาเล้งเขา ดังค์ก็ไม่มี ไหนจะต้องเติมน้ำมันคันนี้ แล้วต้องไปเติมน้ำมันอีก ก็เลยเอาสาลี่ไปทำขางมาแล้วก็ลากเอาวันนั้นที่ไปตรวจก็เอาสาลี่ลากไป”

3.4) ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ดูแลเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งแยกมาอยู่ต่างตำบล จึงห่างจากญาติพี่น้อง ในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ความขัดแย้งภายในครอบครัวค่อนข้างน้อย แต่อาจมีความขัดแย้งกับผู้ป่วยบ้างเล็กน้อย ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางทีก็มีเหมือนกันแหละ เขาพูดเขาบ่นก็มีรำคาญ เราก็บอกว่า อยู่เฉยๆ เอะไม่ต้องบ่นมากหรอก ก็หยุดไป ไม่ได้คิดอะไร”

3.5) มีผู้ดูแลแทนแต่ต้องให้เงินค่าตอบแทน ในบางครั้งผู้ดูแลเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ และความดันโลหิตสูง บุตรสาวคนโตต้องมาดูแลมารดาแทน

จึงทำให้ต้องหยุดงานและขาดรายได้ ดังนั้นบุตรสาวคนเล็กจึงต้องให้เงินพี่สาวเป็นค่าตอบแทน เมื่อผู้ดูแลเฝ้าจากอาการป่วยก็ต้องกลับมาดูแลผู้ป่วยเหมือนเดิม เพื่อให้บุตรสาวได้กลับไปทำงาน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ให้ลูกมาเฝ้า ลูกสาวคนโตมาอยู่ คนเล็กก็หยุดไม่ได้ ลูกชายก็หยุดไม่ได้ เพิ่งจะผ่านงาน คนเล็กเขาทำงานอีก 2 เดือน ลูกมาดูแลก็ต้องจ้าง ใช้น้องก็ส่งสารก็ต้องให้ไป นี่เมื่อวานขึ้นก็จะมา ก็บอกว่าพอทำไหวแล้วไม่ต้องมาแล้ว ตอนทีกลับจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ก็ให้เขามาช่วยดูแลให้ก่อน เพราะเวลายกมันยังมีตึงๆ เจ็บหน้าอกอยู่ พอทำได้ก็ให้เขาไปทำงานกัน ไม่ทำก็ไม่มีจะใช้กัน”

3.6) ด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ความต้องการด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ก่อนข้างน้อยเนื่องจากผู้ป่วย ไม่ได้ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ในร่างกาย มีเพียงรถเข็นนั่งที่มีความจำเป็นในชีวิตประจำวัน แต่ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแล้ว

#### 4) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล

4.1) ผลกระทบด้านบวก จากการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา กว่า 3 ปี ผู้ดูแลเชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม เมื่อเจ็บป่วยก็ควรดูแลกันซึ่งเป็นหน้าที่ที่ควรกระทำต่อกัน ผู้ดูแลจึงไม่รู้สึกรำคาญในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดี และมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“คิดตลอดว่าเวรกรรมมีจริง ของอย่างนี้นะ เรื่องอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด ไม่ต้องไปคิดไปเครียดกับมัน มันจะเป็นมันก็เป็น คนเราคุยกันอยู่ดีๆ ไปตายก็มี ไม่แน่นอนเราคิดแบบนั้น คิดไปข้างหน้าเลย....ไม่เคยท้อ ไม่คิดเลย”

4.2) ผลกระทบด้านลบ จากการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตลอด 3 ปีที่ผ่านมา ส่งผลกระทบด้านร่างกายต่อผู้ดูแล ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็มีเรื่องปวดหลังปวดเอวเหมือนกัน ก็ต้องกอดคอหิ้วแล้วก็วาง แล้วก็เอานอน นีเสิร์จก็ต้องยก ค้างนั่ง ต้องนอนลิ้นบนเตียง”

อีกทั้งผู้ดูแลยังไม่ค่อยได้ดูแลตัวเอง จนกระทั่ง 3 เดือนก่อน มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอกจึงไปตรวจที่โรงพยาบาล พบว่าเป็นโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลเล่าว่า

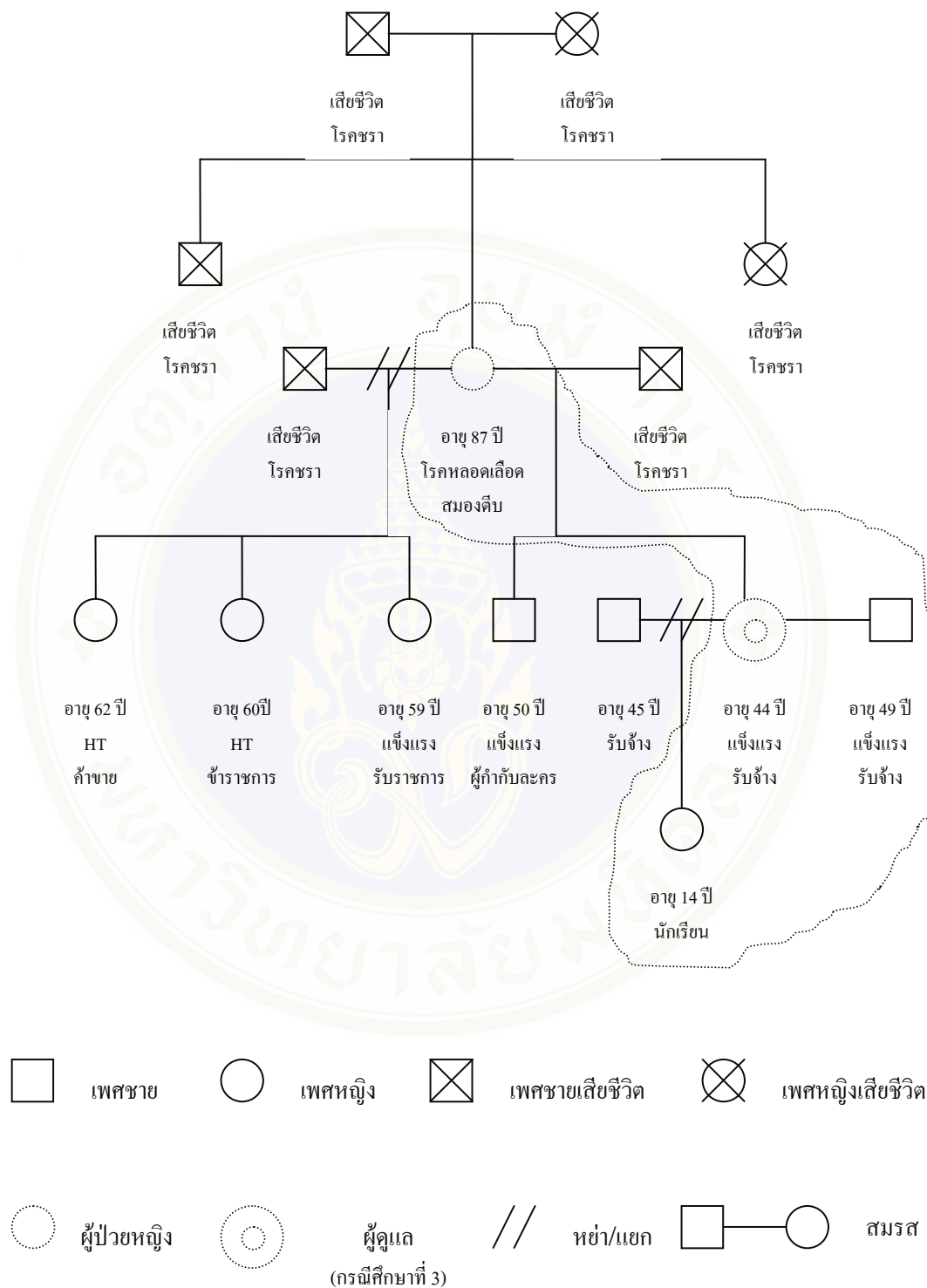
“เพิ่งเป็น 3 เดือนนี้แหละ ทำอะไรไม่ได้มันก็รู้สึกหงุดหงิดใจ ว่ามันเป็นอะไร ทำส้อมหลับตามองเห็นไม้เป็นช่องๆเลย ที่นี้มันผ่านไปหมดเลยเวลาเป็น....พอไปตรวจก็ได้มา 3 อย่างเลย ก็เลยยังไม่ได้อะไรเลย ต้องมารักษาโรคหัวใจ กับความดันก่อน ได้สักครึ่งเดือนก็มานอนโรงพยาบาล เพราะมันแน่น เข้าไปนอนหนึ่ง พอกลับมาได้ 2 วัน มันเป็นอีกหมอกก็เลยส่งไปโรงพยาบาลศูนย์เลย ก็เลยต้องไปรักษาหัวใจก่อน แต่ความดันก็คงที่ 120/100”

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายแล้ว บางครั้งผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่พอใช้ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็เครียด บางทีกลัวจะไม่ทันบ้าง อะไรบ้าง ก็คิดไป เรื่องสตางค์ มันไม่ทันใช้ ก็คิดกันไปในครอบครัว”

### กรณีศึกษาที่ 3

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 87 ปี Barthel index 0 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นเวลากว่า 9 ปี ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 9 ปีก่อน ผู้ป่วยล้มในบ้าน ผู้ดูแลจึงนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลชุมชน แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา แต่ยังสามารถรับประทานอาหารทางปากได้ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน และทำกายภาพบำบัด เนื่องจากผู้ดูแลไม่มีเวลาเพราะต้องทำงาน จึงทำให้ผู้ป่วยมีข้อแขนและขาติดแข็งไม่สามารถเหยียดได้ ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ใส่สายให้อาหารปั่นผสมทางจมูก การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ต้องใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ตลอดเวลา ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่อง มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลกดทับ มีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจ 1 ครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีบุตร 5 คน ปัจจุบันบุตรสาวคนเล็กอาศัยอยู่กับผู้ป่วยซึ่งรับหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยบุตรอีก 4 คนพำนักอยู่ที่ต่างจังหวัด บุตรคนที่ 4 ซึ่งเป็นบุตรชายรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และบุตรสาวคนที่ 2 เป็นผู้เบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากรับราชการ



ภาพที่ 4.3 พังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 3

ผู้ดูแล คือบุตรสาวของผู้ป่วย อายุ 44 ปี สถานภาพคู่ เป็นบุตรสาวคนสุดท้องของผู้ป่วย ในจำนวนบุตร 5 คน ผู้ดูแลประกอบอาชีพรับจ้างขายของในร้านค้าที่ตั้งอยู่ในตำบล ซึ่งร้านตั้งอยู่ ห่างจากบ้านของผู้ดูแลประมาณ 1 กิโลเมตร ผู้ดูแลให้เหตุผลในการมาเป็นผู้ดูแลว่า เพราะตนเอง อาศัยอยู่กับมารดาตลอด ส่วนพี่ๆอยู่ต่างจังหวัด เมื่อมารดาป่วยผู้ดูแลจึงรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล เล่าว่า

“ก็เมื่อก่อนก็อยู่กับแม่ตลอด พี่ๆก็ทำงานกรุงเทพกันหมด นานๆจะมาสักครั้งหนึ่ง ก็อยู่กับแม่มาตลอด พอแม่มาเป็นแบบนี้เราก็คงดูแล พี่เขาก็ช่วยส่งค่าใช้จ่ายให้”

ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยนั้น พี่ชายของผู้ดูแลเป็นคนรับผิดชอบทั้งหมดโดยจะ ส่งเงินมาให้ เดือนละ 4,000 บาท และ พี่สาวคนที่ 2 ของผู้ดูแลเป็นธุระเบิกค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ป่วย เนื่องจากรับราชการ ผู้ดูแลมีการปรับตัว และเรียนรู้วิธีการดูแลจากการได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากผู้ดูแลต้องทำงานและดูแลผู้ป่วยไปด้วย จึงไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับบ่อยครั้ง และมีข้อคิดแจ้ง ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนที่แรกก็แกล้ม ก็ไปโรงพยาบาล เขาก็ให้ทำกายภาพ แขนขาจะได้ไม่ติด แต่ช่วงนั้น เราไม่ค่อยมีเวลา ไม่ได้ทำกายภาพให้แก็เลยเป็นอย่างนี้....แก็ไม่เหยียด แก็ก็จะงออยู่อย่างนี้....แก็เลยเดินไม่ได้เลย แล้วยังมีแผลกดทับ”

ครอบครัวผู้ดูแลประกอบไปด้วยสมาชิก 4 คน คือ ผู้ดูแล สามียของผู้ดูแล บุตรของผู้ดูแล และผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทำงานและดูแลผู้ป่วยไปด้วย จึงต้องปรับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน โดยต้องออกไปทำงานช่วงเวลากลางวัน โดยต้องทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพังในบ้าน ซึ่ง ลี้อกถูกใจบ้านไว้ และเข้ามาให้อาหารปั่นผสมทางสายยาง ตอนพักกลางวัน บุตรสาวอายุ 14 ปี ช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวหลังกลับจากโรงเรียน หรือในช่วงวันหยุด ส่วนสามียุ่ดูแลช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เช่น การไปรับอาหารปั่นผสมช่วงเช้าที่โรงพยาบาล

### 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.1) การจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ดูแลจะออกไปทำงาน

ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยเริ่มตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจะนำผู้ป่วยไปอาบน้ำในห้องน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ใส่ผ้าอ้อม เรียบร้อยแล้ว อุ้มผู้ป่วยมานอนที่เตียงนอนใกล้หน้าต่างที่เปิดเอาไว้ ให้อาหารทางสายยาง หลังจากนั้นก็ออกไปทำงาน โดยผู้ป่วยต้องนอนอยู่คนเดียวภายในบ้านซึ่งปิดประตูและใส่กุญแจไว้ และกลับเข้ามาให้อาหารทางสายยางอีกครั้ง ประมาณ 13.00 น. ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็เข้ามาตื่นนอนก็อุ้มเขาเข้าไปอาบน้ำในห้องน้ำ เพราะถ้าเช็ดตัวไม่ได้ เพราะแคะจะฉีเยอะเลยเปียกทั้งตัว ก็อุ้มเข้าไปนั่งเก้าอี้อาบน้ำ แล้วก็เช็ดตัว ใส่แพมเพิร์ส ใส่เสื้อ แล้วก็ให้ข้าวทางสายยาง แล้วก็ไปทำงาน กลับมาอีกทีตอนบ่ายโมง ก็จะปิดบ้าน เปิดหน้าต่าง ลือคณูญแจ ประตูไว้”

ผู้ดูแลกลับบ้านจากทำงานประมาณ 18.00 น. จึงจะได้ดูแลผู้ป่วยอีกครั้ง โดยเช็ดตัว เปลี่ยนผ้าอ้อม ให้อาหารทางสายยาง และอุ้มผู้ป่วยเข้าไปนอนที่เตียงข้างในบ้าน โดยให้เหตุผลว่าข้างในอากาศร้อน จึงต้องอุ้มผู้ป่วยมานอนริมหน้าต่าง เพราะอากาศถ่ายเทสะดวก เวลาคนเดินผ่านไปมาก็มองเห็น ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็กลับมาเช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพิร์ส ให้กะ แล้วก็อุ้มแกลงนอนข้างในที่เดิม กลางคืนแคะนอนข้างใน ตอนกลางวันอุ้มออกมานอนข้างนอก เพราะข้างนอกมันจะโล่งกว่าข้างในมันทึบๆ กลางวันอากาศมันร้อนแคะก็จะไปบ่อย ต้องออกมาที่โล่งๆ ติดกับหน้าต่าง เวลาคนเดินมาก็จะมองเห็น ถ้าอยู่ข้างในจะมองไม่เห็น”

ด้านการดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษา ผู้ดูแลใช้วิธีการสังเกตผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติโดยใช้ประสบการณ์และให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีอาการเล็กน้อยๆ การไปรับยา ผู้ดูแลต้องไปรับยาแทนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ทุก 3 เดือน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ถ้าปกติ แคะก็ไม่มีอะไรจะกรนเสียงดัง แต่ถ้าแคะเจ็บๆ ก็ต้องลูบมาดู ว่า เป็นอะไรหรือเปล่า บางทีแคะจะไอ ขลุขลักในคอ ต้องลูบมาดูเคลดให้ ก็ต้องคอยดู ใช้ลูกยางดูดที่โรงพยาบาลเขาให้มา ตั้งแต่คราวที่แล้ว....พี่ไปรับยาที่โรงพยาบาลศูนย์ ทุก 3 เดือน ไม่ได้พาแคะไปหรอก ไม่สะดวก”

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ดูแลรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและประกอบอาชีพด้วยจึงไม่ค่อยมีเวลาในการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนแรกที่แคะล้ม ก็ไปโรงพยาบาลเขาก็ให้ทำกายภาพ แคะขาจะได้ไม่ติด แต่ช่วงนั้นเราไม่ค่อยมีเวลา ไม่ได้ทำกายภาพให้แคะเลยเป็นอย่างนี้”

1.2) การจัดการดูแลครอบครัว การดูแลเรื่องงานบ้าน สมาชิกของผู้ดูแลจะช่วยเหลือการเตรียมอาหารตอนเช้า รวมถึงไปรับอาหารปั่นผสมจากโรงพยาบาลมาให้ทุกเช้า ส่วนงานบ้านอื่นๆ ผู้ดูแลจะใช้เวลาในวันอาทิตย์ซึ่งเป็นวันหยุดในการทำงานบ้าน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาจะตื่นแต่เช้า ตี 4 ตี 5 เขาจะตื่นแล้ว เขาจะจัดแจงหมด หุงข้าว อุ่นกับข้าวใครจะยังงี้ข้าง เขาทำไว้ให้เสร็จเรียบร้อย กินข้าวแล้วเขาก็ไปทำงาน”

## 2) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

2.1) การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากบุตรสาวเป็นครั้งคราว ในช่วงตอนเย็นหลังกลับมาจากโรงเรียน หรือวันหยุด ผู้ดูแลเล่าว่า

“ไอ้ตัวเล็กนี่ก็จะได้ เสาร์ อาทิตย์ เขาก็ทำได้ทุกอย่างนะ ตอนอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์ พอเสื้อผ้าหมดก็จะกลับมาเอาที่บ้าน ก็ให้เขาเฝ้าแทน”

ส่วนสามีของผู้ดูแลนั้น ไม่สามารถช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง แต่ก็ช่วยในเรื่องไปรับอาหารปั่นผสมจากโรงพยาบาลให้ทุกเช้า และช่วยแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลเชื่อว่าอย่างน้อยสามีก็ยังห่วงใย ส่วนค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวสามีผู้ดูแลมีส่วนช่วยบ้างเล็กน้อย ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาเป็นคนคิดเหล้า แต่เขาจะไปเอาอาหารทุกวัน เพราะเขาตื่นเช้าเขาจะช่วยเหลือเรื่องปฏิบัติไม่ได้ แต่เขาก็จะช่วยบอกว่าทำอย่างนั้นอย่างนี้ให้แม่สิ คือ เขาก็ยังห่วง”

2.2) การได้รับการช่วยเหลือจากญาติ พี่น้อง ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากพี่ชายที่อยู่ต่างจังหวัดในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เดือนละ 4,000 บาท ส่วนพี่สาวจะเป็นธุระเรื่องการทำหลักฐานเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ผู้ป่วย ทั้งพี่สาวและพี่ชายของผู้ดูแล จะมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาจะโอนเข้าบัญชี ถ้าเขาวางเขาก็จะเอามาให้เอง ถ้าไม่วางก็โอนเข้าบัญชีเขาก็จะโทรมาบอก เขาจะรู้ค่าใช้จ่ายแม่...เมื่อก่อนเขามาย่อยนะ แล้วแต่เขานะ เขาก็จะไม่ค่อยได้หยุด พี่สาวคนโตเขาร้อยมาลัยขาย คนรองเขาอยู่หนองคายเขาก็ทำราชการแต่ไม่รู้ว่าเขาทำหน้าที่อะไร เขาไม่ค่อยมาหรอก ภาระเขาเยอะ แต่พี่คนโตเขาก็มาบ้างช่วงนี้มีรถไฟฟรี เขาก็นั่งรถไฟมา”

ส่วนญาติพี่น้องที่ห่างออกไปให้การช่วยเหลือในด้านการพูดคุย ถามไถ่ให้กำลังใจ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ไม่มีอะไรมากมาย ก็มีถามว่า เออ เป็นยังไง ถ้าสมมุติว่าไม่สบาย เขาก็จะถามว่าแม่เป็นยังไง คือเราก็ไม่ได้ไปขอความช่วยเหลืออะไร”

2.3) การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในด้านการสอบถามอาการของผู้ป่วย การไปรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล และเรื่องทั่วไปที่ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยโดยตรง หรือบางครั้งจะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นครั้งคราว ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขามีกับข้าว เขาก็จะเอามาให้ มาช่วยดูแลก็ไม่มีหรอกค่ะ มันก็เหมือนกัน ก็ไม่ค่อยมีเหมือนกัน แต่ถ้าเราไปนอนโรงพยาบาล เขาก็จะโทรไปถามเรื่อยๆ ว่าแม่เป็น

ยังง้าง จะกลับเมื่อไรบอกนะ เดี่ยวให้เอารถไปรับ ส่วนมากเขาจะช่วยเหลือครั้งนี้...ก็เป็นบางครั้งแล้วแต่ เขามีเวลาเขาก็มา ถ้าเขารู้ว่าไม่สบายเขาก็จะเดินมาดูแล ถ้าปกติก็ต่างคนต่างอยู่”

ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งดี และผู้ดูแล รู้สึกว่าเพื่อนบ้านมีน้ำใจกับตนเอง ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางครั้งก็คิดว่าเพื่อนบ้านเขาก็น่าดีนะ เขาก็บอกว่ามีอะไรก็ให้เรียกได้ ก็ดีละ ก็คิดว่าเขามีน้ำใจกับเรา”

2.4) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เช่น รถเข็นนั่ง เตียงนอน และการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะนอนอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนการมาเยี่ยมที่บ้าน เนื่องจากช่วงกลางวัน ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านตามลำพัง ปิดประตูบ้านไว้ อีกทั้งผู้ดูแลทำงานนอกบ้านจึงเป็นข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลเล่าว่า

“เขาเคยพูดนะค่ะ ว่าเขาจะมาเยี่ยม ทีนี้เขาหาบ้านไม่เจอ เมื่อก่อนยังไม่ได้ติดเหล็กดัด ก็จะปิดบ้านหมดเลย เขาก็เลยไม่รู้ ของมันหายไ้ก็เลยปิดหมดเลย เขาก็หาไม่เจอ เขาก็เลยไม่ได้เข้ามา ปิดบ้านหมด เขาเลยไม่เห็น เพิ่งมาติดเหล็กดัด”

2.5) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลในด้านการดำเนินการให้ได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ และเงินสำหรับผู้พิการ ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ที่แม่ได้เงิน 500 ก็ได้ สท.เนี่ยละ เป็นคนจัดการให้ตั้งแต่เริ่มแรกเลยคะ ได้ผู้พิการ ผู้สูงอายุด้วย สท.เขาเป็นคนวิ่งเดินให้ เขาก็ช่วยเหลือ....เขาก็เข้ามาวัดความดัน เมื่อก่อนไม่มี พักหลังมีเข้ามาวัดความดัน นอกนั้นเขาก็ไม่ได้เข้ามาสนใจอะไรมาเท่าไร คือเขามาเขาก็เข้าบ้านไม่ได้ด้วยเพราะเราไม่อยู่ ล็อกประตูไว้ เปิดหน้าต่างเขาก็เข้าไม่ได้”

### 3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.1) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยในด้านการสังเกตอาการผิดปกติ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถพูดได้ อีกทั้งผู้ดูแลยังรู้สึกกังวลว่าขณะที่ออกไปทำงาน ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลเล่าว่า

“แกพูดไม่ได้ บอกเราไม่ได้ เจ็บไหม ปวดไหม ก็พูดไม่ได้ เราก็ลำบากเหมือนกันไม่รู้ว่าจะยังง...บางทีตอนเราออกไปแกยังดีๆ ไม่รู้ว่าช่วงที่เราไม่อยู่ แกจะเป็นอะไรหรือเปล่า เวลาเราเข้ามาถ้าแกเป็นอะไรเล็กๆน้อยๆ ก็ไม่เป็นไร แต่ถ้ามันเป็นมาก มันก็ลำบาก ก็กลัวเหมือนกัน แต่ถ้าจะให้เรามานั่งเฝ้าตลอดมันก็เป็นไปไม่ได้ เพราะเราก็น่ากิน”

3.2) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ดูแลมีฐานะค่อนข้างยากจน ถึงแม้ว่าพี่ชายจะรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว สามีก็ช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย เป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลต้องทำงาน และทิ้งผู้ป่วยให้อยู่บ้านลำพังในช่วงกลางวัน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ภาระเราก็มี จริงอยู่ที่พี่ชายก็บอกว่ามีอะไรก็โทรไป แต่ว่าเขาก็ต้องมีค่าใช้จ่ายของเขา เวลาเขาส่งตังค์มา 4,000 ค่าใช้จ่ายแม่ต่อเดือน เขาไม่รู้ว่าเราใช้อะไรบ้าง เราก็ไม่เคยบอก คือให้มาพอ ไม่พอ เราก็เฉย คือเราไม่เคยพูดไม่เคยบอกไง”

ค่าใช้จ่ายที่พี่ชายส่งมาให้ ผู้ดูแลจะบริหารจัดการ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งบางครั้งก็พอ ในบางครั้งก็ไม่พอเนื่องจากของบางอย่างมีการปรับขึ้นราคา แต่ผู้ดูแลก็ไม่ได้ร้องขอเงินจากพี่ชายเพิ่มเติม ผู้ดูแลเล่าว่า

“อย่างเรื่องเงิน เราไม่พอ แพนเพิร์สมันก็ขึ้นราคา อย่างเมื่อก่อนใช้ห่อเล็ก 10 ชิ้น เมื่อก่อนใช้ไซส์เอ็มมันก็ถูก ไซส์แอลมันแพง แก้อ้วนขึ้นต้องใช้ไซส์แอล ห่อหนึ่งมัน 190 บาท ถ้าซื้อห่อเล็ก ก็ต้องซื้อหลายห่อมันก็เปลือง ก็เลยไปซื้อที่ห้าง ห่อใหญ่ 380 บาท ก็ได้อาทิตย์นึงพอดี บางทีก็ไม่ถึงอาทิตย์หรอก แล้วแต่แก๊สมันก็น้อย ถ้าแก๊สน้อยก็ประหยัด แต่นี่แก๊สไม่น้อย เข้าใจมันนี่ท่วมตัวเลย เช็ดตัวไม่ไหวจะต้องอาบน้ำเลย บางทีท่วมหมดเลยเสื้อผ้าและหมด”

3.3) ด้านการประกอบอาชีพ ผู้ดูแลรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเพียงคนเดียว ถึงแม้ว่าพี่ชายจะรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลมีบุตรสาวที่กำลังเรียนและมีภาระค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ผู้ดูแลจึงต้องออกไปทำงานเป็นลูกจ้างขายของที่ร้านค้าใกล้บ้าน โดยให้ผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้านเพียงคนเดียวในช่วงกลางวัน ผู้ดูแลจะเข้ามาให้อาหารทางป้อนผสมทางสายยางผู้ป่วยตอนกลางวัน และกลับเข้าบ้านอีกครั้งในตอนเย็นหลังเลิกงาน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ดูแลตอนเช้า ไปทำงานแปดโมง กลับหกโมงเย็น กลางวันแกก็อยู่คนเดียว”

3.4) ด้านการเดินทางไปโรงพยาบาล บ้านของผู้ดูแลอยู่ห่างจากโรงพยาบาลประมาณ 1 กิโลเมตร แต่เนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบและเข้าไปลึก รถยนต์ไม่สามารถเข้าได้ การพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจึงค่อนข้างลำบาก ผู้ดูแลใช้วิธีการนำผู้ป่วยนั่งบนรถเข็นนั่งและเข็นผู้ป่วยจากบ้านไปโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนัก ผู้ดูแลจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เมื่อก่อนไม่มีรถเข็นเวลาจะไปโรงพยาบาลก็ลำบาก รถเครื่องแกก็นั่งไม่ได้ ถ้าปกติก็จะใช้รถเข็น เข็นไป รถเข็นนั่งนี่ละ แกร่งได้ ถ้าเป็นหนักๆก็ต้องยืมรถเข็นบ้าน”

3.5) ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง ผู้ดูแลเล่าว่าในบางเดือน เงินไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เคยโทรศัพท์ไปขอเงินจากพี่ชายก่อนกำหนด ทำให้พี่ชายตำหนิ ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกไม่ชอบ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็ธรรมดาคนเขาให้มา เขาเหน้อย เขาก็บ่น บ่นโน่น บ่นนี่ ก็จริงอยู่แล้ว ขอให้ได้พูด ขอให้ได้บ่น แต่ที่ให้ คือเราไม่ชอบให้ใครบ่น พอบ่นพี่ก็ตัดใจ ไม่เอาก็ได้ ทำเองก็ได้ อะไรอย่างนี้ ประเภทนั้นละ เขาไม่เข้าใจมั้งคะ เขาก็คงคิดว่าเหลือเยอะ”

3.6) ด้านการไม่มีผู้ดูแลแทน จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยและทำงานไปด้วย ผู้ดูแลรู้สึกว่าถ้าตนเองเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย เนื่องจากพี่ๆ ก็ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งบุตรสาวของผู้ดูแล ก็ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว บางครั้งจึงต้องว่ากล่าวบุตรสาว ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็คิดนะไม่ได้คิดแค้นนอนโรงพยาบาล คิดไกลไปถึงว่าถ้าเราเป็นอะไรไป ก็คุยกับพี่ชายว่าวันข้างหน้าเราไม่รู้ว่าจะเป็นยังไง ถ้าแม่เขาสิ้นบุญไปก่อนมันก็ไม่มีปัญหา ถ้าเราเป็นอะไรก่อนใครจะรับภาระต่อจากเรา... เพราะว่าตัวเขา เขาทำไม่ได้ไง เวลาเขามาเขาจะมาตัดผมให้แม่ เขายังต้องรอเรามาอุ้มเลย.... เราก็คิดว่าถ้าเราไม่อยู่ ใครจะดูแล.... อย่างลูกถ้ามันโตขึ้น มันก็ไม่แน่ถ้ามันดูแลแทนมันก็ดี แต่ถ้ามันไม่เอาละ ใครจะบังคับ ขนาดเราอยู่เฝ้ายังไม่ทำ ก็บางอารมณ์เขาอีกบางทีเขาก็ทำให้หมดทุกอย่างไม่ต้องบอก แต่ถ้าอารมณ์ไม่ดี ก็ไม่เอาอะไรเลย เฝ้าประจำเลยขนาดอยู่บ้านทั้งวัน ยายตัวร้อนไม่รู้เรื่อง”

3.7) ด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแล ผู้ดูแลเล่าว่า ตอนนี้ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ เนื่องจากหายแล้ว เพราะผู้ป่วยได้นอนที่นอนลม ซึ่งพี่สาวเป็นคนซื้อให้ แต่เป็นที่นอนลมที่ใช้สุบลมเอง ไม่ใช่ที่นอนลมที่ใช้ในโรงพยาบาลเนื่องจากมีราคาแพง ผู้ดูแลเล่าว่า

“ไม่มีอะแผลหายหมดแล้ว เพราะพี่เขาซื้อที่นอนลมมาให้...เป็นแบบไม่แพงใช้สุบลม ไม่ต้องเสียบปลั๊ก ประมาณ 2-3 พันบาท”

#### 4. ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล

4.1) ผลกระทบด้านบวก ผู้ดูแลรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่ควรกระทำเพื่อเป็นการตอบแทนที่มารดาเลี้ยงดูตนเองมา อีกทั้งการดูแลมารดาที่ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับน้ำใจจากบุคคลรอบข้าง ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็คือเราก็ทำหน้าที่ลูกของเรานะคะ เพราะช่วงที่แอดมินได้ปกติเราไม่ค่อยได้อยู่กับแอด เราก็ทำหน้าที่ลูก แอดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราไม่ดูแล แอดก็หากินเองไม่ได้ เราก็คิดว่าเราลำบากแค่นี้ แกลำบากยิ่งกว่าเรา สมัยก่อนแอดเลี้ยงเรา มันไม่สะดวกสบายแบบนี้ ก็คิดอย่างนี้ละ

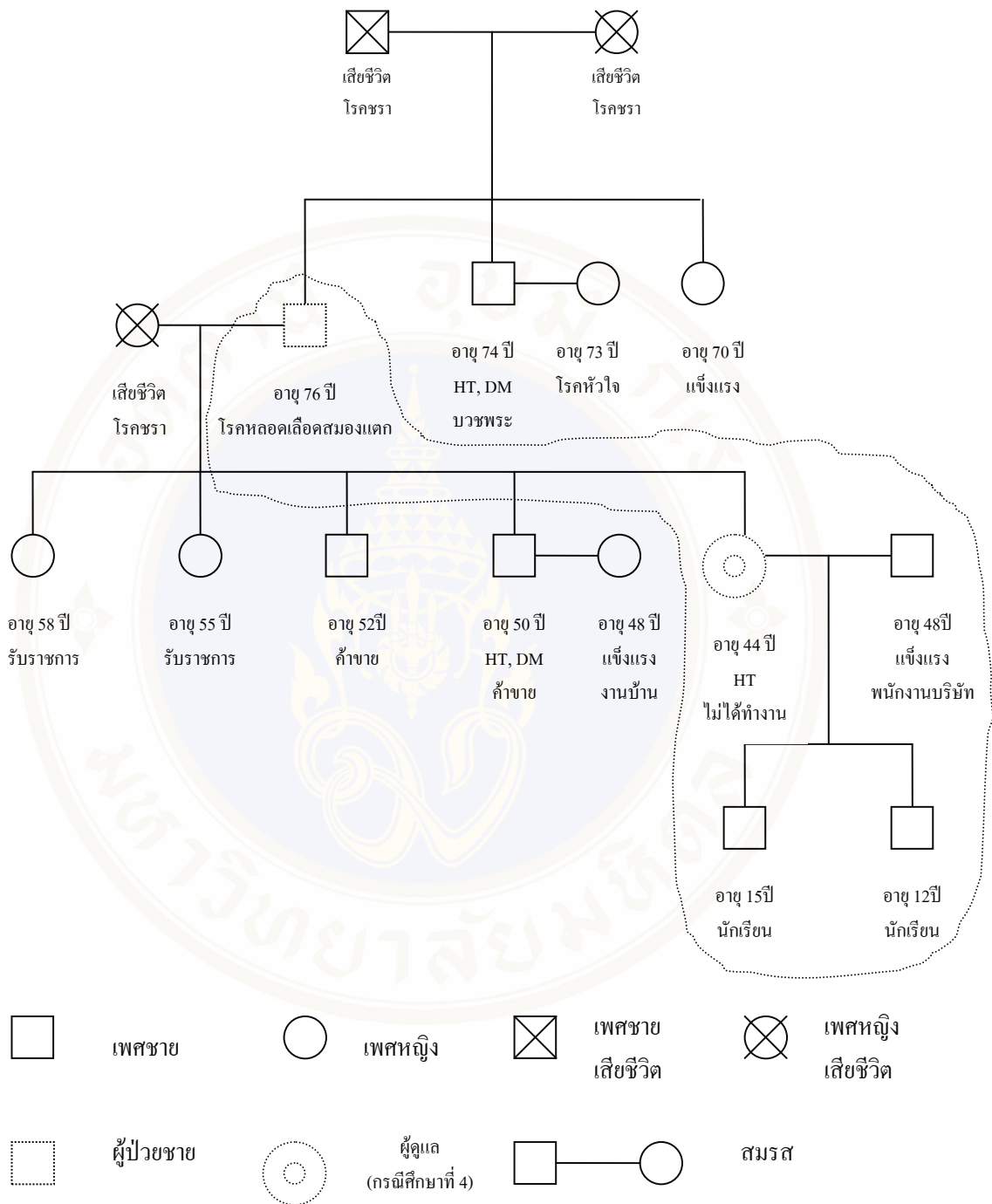
คิดว่าทำหน้าที่ลูก....ก็มีสิ่งคั่นะ อย่างปกติเราไปทำงานมันก็สายไม่ได้ เพราะเป็นร้านขายของมัน ต้องตรงเวลา พี่เจ้าของร้านเขาก็เข้าใจ เพราะก่อนที่เราจะไปทำกับเขา เขาก็บอกแล้วว่าเรามีภาระตรงนี้ อาจจะไม่ได้ตรงเป๊ะๆ ทุกวัน ช้าบ้าง เร็วบ้าง ก็คือเขาก็ดี ทุกคนรอบด้านก็ดีหมด คือเขาเข้าใจเรา ว่าเรามีภาระตรงนี้ มองในแง่ดี”

4.2) ผลกระทบด้านลบ จากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งการเข้าสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนน้อยลง จึงมีความคิดว่าคุณในชุมชนจะไม่เข้าใจ คิดว่าตนเองเห็นแก่ตัว ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางครั้งเราก็คิด เห็น้อย เครียด เห็น้อยงานมาแล้วต้องมาดูแล ก็มีบ้างแต่ก็ทำยังงี้ได้ หน้าที่เราถ้าเราไม่ทำใครจะทำ แกล้งเดินไปกินเองไม่ได้....เวลาเราอึดอัดมากๆเราก็ออกหลัง....ชุมชนเราไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือเท่าไร คือเราคิดของเราเองว่าคนอื่นเขาจะคิดยังงี้หรือเปล่า แต่จริงๆแล้วเราอยากช่วยอยากร่วมแต่เราไม่มีเวลาไงคะ เข้า診มาเราก็จัดเจมแม่เสร็จ เราก็กไปทำงาน กลับมามันก็มีดแล้ว”

#### กรณีศึกษาที่ 4

ผู้ป่วย เพศชาย อายุ 76 ปี Barthel index 0 คะแนน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับการรักษาต่อเนื่อง เมื่อ 8 ปีก่อน ผู้ป่วยลืมไม่รู้สีกตัว แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก เข้ารับการผ่าตัดและเจาะคอ ใส่ Tracheostomy tube ที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด นอนพักรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ เป็นเวลา 11 เดือน หลังจากนั้น แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านและไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศูนย์ เดือนละ 1 ครั้ง หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยมีประวัติเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนในตำบล ที่ทำการศึกษา ด้วยภาวะติดเชื้ทางเดินหายใจ สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา เรียกผู้ป่วยรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง เจาะคอใส่ท่อหลอดลมคอหายใจได้เอง ต้องดูแลเสมหะทุก 2-4 ชั่วโมง ใส่ออกซิเจนเป็นบางครั้งหลังจากมีอาการไอ และเหนื่อย ผู้ป่วยได้รับอาหารปั่นผสมทางสายยาง วันละ 4 มื้อ โดยซื้ออาหารปั่นผสมจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ ต้องสวมถุงยางอนามัยต่อกับถุงเก็บปัสสาวะและใส่ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ อุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง บางครั้งต้องใช้ยาระบาย หรือผู้ดูแลต้องล้วงอุจจาระให้ผู้ป่วย ข้อต่างๆ ตามแขน ขา คัดแข็ง ไม่สามารถเหยียดได้ ไม่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยมีบุตร 5 คน บุตรสาวคนเล็กเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ส่วนบุตรคนอื่นช่วยเหลือสนับสนุนในด้านอื่น ที่ไม่ใช่การดูแลผู้ป่วยโดยตรง



ภาพที่ 4.4 ผังครอบครัวผู้ป่วย รายที่ 4

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุตรสาว อายุ 44 ปี สถานภาพคู่ ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ก่อนเข้ามารับหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลประกอบอาชีพค้าขายอยู่ที่กรุงเทพฯ เมื่อบิดาป่วยผู้ดูแลจึงต้องหยุดทำงานเพื่อดูแลบิดา ซึ่งป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตก นาน 8 ปี ครอบครัวผู้ดูแลมีสมาชิกในครอบครัว 5 คน คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล สามิ และบุตรชาย 2 คน กำลังเรียนชั้นประถม 1 คน มัธยม 1 คน สามิของผู้ดูแล ทำงานที่กรุงเทพฯ แต่กลับไป กลับทุกวัน ผู้ดูแล มีพี่น้องทั้งหมด 5 คน พี่ชาย 2 คน พี่สาว 2 คน ผู้ดูแล เป็นคนสุดท้อง ผู้ดูแลให้เหตุผลของการที่ต้องมาเป็นผู้ดูแล เนื่องจากตนเองเป็นบุตรคนเล็ก พี่น้องทั้ง 5 คน ได้ตกลงกันให้ตนเองเป็นผู้ดูแลบิดา เพราะเกรงว่าถ้าจ้างผู้อื่นมาดูแลบิดา จะเสียชีวิต ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนนั้นพวกพี่ๆเขาคุยกันว่าจะจ้างคน แต่พี่สาวคนโตเขากลัวว่าถ้าจ้างคนแล้วพ่อจะไป ตอนนั้นเพิ่งออกจากงานแล้วเริ่มมาทำขนมปังขายอยู่กับบ้าน พวกพี่ๆเขาก็บอกว่า ถ้าทำขนมปังแล้วรายได้ไม่เยอะ เดือนนึงไม่ถึงสามหมื่น ออกมาดูแลพ่อดีกว่า เราก็โอเค เพราะเราก็เพิ่งเริ่มทำ ยังไม่ถึงขั้นทำเค้ก ทำแค่ขนมปัง ลูกก็ ก็เลยมาที่บ้าน ลูกๆตกลงกันว่าให้พี่เป็นผู้ดูแล ก็พี่เป็นลูกคนเล็ก พี่สาว 2 คน เขาก็รับราชการ พี่ชายเขาก็มีงาน”

ผู้ดูแลยังให้เหตุผลอีกว่าการที่เข้ามารับหน้าที่ดูแลบิดาเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของบุตรที่พึงกระทำ เป็นการแสดงความกตัญญูต่อบิดา ผู้ดูแลเล่าว่า

“พี่คิดว่าตรงนี้นั้นเป็นการปลูกฝัง ในแง่เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของลูกนะ ถ้าเราให้คนอื่นดูแลก็ไม่มีสนิท ทำอะไรก็ไม่สนิท”

ผู้ดูแลเริ่มจากการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ต้องปรับสภาพแวดล้อมใหม่หมด เราก็ทำห้องให้แก เราก็กลัวนะ คิดเชื่อ ใครเป็นหวัดเราก็สั่งห้ามเลย ก็คือญาติเราก็ขออนุญาตไม่ให้เยี่ยมนะ คือเขาก็จะรู้กันนะว่าแกคิดเชื่อ ก็บอกต่อ ช่วงนั้นญาติแกก็ยังไม่ค่อยดี ยังไม่แข็งแรง ก็ขออนุญาตว่างคมากันก็แล้วกัน ในห้องก็ไม่อยากให้ใครเข้ามาเยอะสมัยก่อนนะ ก็ให้แกอยู่คนเดียว แต่เราก็นอนกับแก”

อีกทั้งเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย โดยได้รับการแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย และฝึกทักษะจากพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนที่อยู่โรงพยาบาลศูนย์ เขาต้องให้ญาติไปเฝ้าเลย อยู่ทั้งวันทั้งคืน ทางโรงพยาบาลเขาจะให้เราดูแลในส่วนที่ทำได้ อย่างอาบน้ำ feed อาหาร ตอนนั้นพวก suction เขาก็จะจัดการให้เราพยาบาลเขาก็จะคอยแนะนำว่า ให้สังเกตคนไข้ว่าถ้าหน้าแดงๆ มีเหงื่อออกแสดงว่ามีความดัน เขาก็สอนมาเพราะว่าเราต้องกลับมาดูแลที่บ้านเอง เขาก็จะแนะนำ”

นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ประสบการณ์ และการสังเกตผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“มันก็เหมือนเป็นประสบการณ์นะ บางทีก็ใช้การสังเกต บางทีก็เริ่มหน้าเหี่ยก็แสดงว่า แก่ไม่สบายตัว ก็จะใช้วิธีการสังเกตเอา ก็เรียนรู้ อย่างฟงกระเพื่อม การหายใจของแก หรืออย่างแกนอนนิ่งๆ ก็จับชีพจรแถวคอคว่ำเต้นใหม่ เรียนรู้จากตัวแกเองนั่นแหละ เพราะมันก็หลายปีแล้วนะ”

### 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

1.1) การจัดการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ดูแล เป็นครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจ พอกินพอใช้ รายได้ของครอบครัวมาจากสามีของผู้ดูแล ซึ่งทำงานบริษัทเอกชน เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ส่วนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ได้มาจากพี่สาวของผู้ดูแล 2 คน ซึ่งรับราชการอยู่ที่กรุงเทพฯ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียวในการดูแลบิดาซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมานาน 8 ปี โดยพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ผู้ดูแลตื่นนอน ประมาณ 5.00 - 6.00 น. ล้างหน้า ทำความสะอาดปาก ฟันให้ผู้ป่วย หลังจากนั้นก็จะไปรับประทานอาหารป็นผสมที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกวัน หลังกลับมาก็จะให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วย ตอนสายๆ ประมาณ 10.00 น. เริ่มอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วย ทำแผลเจาะคอ ผู้ดูแลให้เหตุผลว่าที่ต้องอาบน้ำให้ผู้ป่วยตอนสายๆ เนื่องจากช่วงเช้าต้องดูแลเตรียมลูกไปโรงเรียน จึงเลื่อนเวลาอาบน้ำผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา 10.00 น. ผู้ดูแลเล่าว่า

“10 โมงพี่ก็จะอาบน้ำเขา คือจะไม่อาบน้ำแต่เช้านะ เพราะช่วงเช้าพอลูกไปเรียนทุกอย่างจะรวมกันหมดมันจะวุ่นวาย ถ้าเราไป strick กับเวลามากทำให้เราเครียด เช้าเราก็จะ feed แก่ไปก่อน เช็ดหน้าเช็ดตา เช็ดฟัน แล้วก็ feed ไปก่อน เพราะอยู่ในห้องแกก็ไม่ค่อยมีเหงื่อ พอ feed เสร็จก็ไปจัดการลูก”

จากนั้น 11.00 น. เริ่ม feed อาหารมื้อกลางวันแก่ผู้ป่วย และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน 15.00 น. ก็จะเช็ดตัว feed อาหารมื้อเย็นและดูแลเรื่องความสบายทั่วไป ดูแลเสมหะเป็นครั้งคราวเวลาผู้ป่วยไอ และ feed อาหารมื้อสุดท้าย ประมาณ 21.00 น. และดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะหลับสนิท จึงเข้านอนประมาณ 24.00 น. ผู้ดูแลเล่าว่า

“ดูแลตั้งแต่ 6 โมงเช้า หรือ ตี 5 จะนอนอีกทีก็เที่ยงคืน จะดูแลจนกว่าแกจะหลับ feed มื้อสุดท้ายตอนประมาณ 3 ทุ่ม แล้วก็เดินโต้เต้ จนเที่ยงคืน เช้าตื่นขึ้นมาก็เริ่มเลย เริ่มปฏิบัติ ไปรับประทานอาหาร แล้วก็ยามาเรื่อยเลย จะว่างอีกทีก็ช่วงบ่ายๆ”

ด้านการดูแลกิจกรรมตามแผนการรักษา ผู้ดูแลใช้วิธีการเรียนรู้โดยการสังเกตอาการผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการใช้ประสบการณ์ของตนเอง ถ้าอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลจะใช้วิธีการโทรศัพท์ไปถามที่โรงพยาบาล หรือพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล และผู้ดูแลจะไปรับยาแทนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ ทุก 1 เดือน ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางทีแกเป็นอะไร เรามีเบอร์ที่โรงพยาบาลเราก็โทรไป ว่าแกเป็นอย่างนี้ต้องทำยังไงบ้าง หายใจอย่างนี้มันหอบไหม.....อย่างเวลาแกหอบแกไอ พี่ก็จะซีเรียส ว่าไอโหจะทำไม แล้วถ้าเราช่วยไม่ได้ในบางสิ่ง อย่าง suction ก็แล้วก็ยังไมหายเราก็ต้งโรงพยาบาล ให้ผู้รู้ดีกว่า บางทีแกไอนิดหน่อยยาที่เหลือก็ยังทานได้ หรือมีไข้ก็วัดไข้กินยาลดไข้ไปก่อน....พี่จะไปรับยาที่โรงพยาบาลศูนย์ทุกเดือนไม่เคยขาด”

ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ผู้ดูแลทำกายภาพบ้างเล็กน้อย ให้ผู้ป่วย หลังจากให้อาหารมือเที่ยง เนื่องจากผู้ป่วยข้อติดในท่าอ จึงทำกายภาพได้ไม่มาก

1.2) การจัดการดูแลครอบครัว นอกจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว ประกอบด้วย สามี และบุตรชาย 2 คน โดยผู้ดูแลต้องทำความสะอาดบ้าน เตรียมอาหาร เตรียมเสื้อผ้า โดยมีบุตรทั้ง 2 คนช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย ผู้ดูแลเล่าว่า

“พอ feed เสร็จก็ไปจัดการลูก เรื่องกินเพียงแค่ว่าเราทำแล้วเขาจะช่วยตัวเองได้ พอเสร็จพี่ก็ซักผ้าไปเรื่อย จนถึง 10 โมง....แต่ก็จะมีลูกช่วยงานบ้านอย่างอื่น อย่างหน้าที่หุงข้าวคนเล็กก็รับผิดชอบไป กรอกน้ําคันโตอะไรอย่างนี้ ส่วนกับข้าวบางทีก็ทำ บางทีก็ซื้อกินบ้าง....วันอาทิตย์พี่ก็จะรีดผ้าชุดนักเรียน ชุดทำงานให้เสร็จ”

## 2) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

2.1) การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจากบุตรชายคนโตและสามี ในด้านการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลไม่อยู่หรือต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็มีลูกชายคนโตบ้าง แฟนบ้าง ลูกชายคนโตเริ่ม feed ได้ แก่ก็จะให้พี่ไปเทียว เดินห้างแป็บๆ แก่ก็จะคอย feed มื้อกลางวันให้แม่”

ส่วนสามีของผู้ดูแล ให้การสนับสนุนด้านการเงิน การนำถังออกซิเจนไปเปลี่ยนที่โรงพยาบาล หรือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวในช่วงเวลาสั้นๆ เนื่องจากต้องไปทำงานต่างจังหวัด ผู้ดูแลเล่าว่า

“ถ้าใช้จ่ายของพี่แฟนเค้าให้....พี่ต้องไปเอาออกซิเจนคนเดียวมันก็หนักนะ บางทีจะรอแฟนกลับมาตอนดึก”

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับความห่วงใย และกำลังใจจากบุตรชายและสามี ในช่วงเวลาที่ผู้ดูแลรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“เวลาที่เครียดแฟนก็จะบอกลูกๆ ว่าอย่าทำอะไรให้แม่ไม่พอใจนะ แล้วก็ไปทำงานบ้านให้เราเห็นว่าส่วนตรงนั้นเราไม่ต้องไปรับผิดชอบแล้ว ตรงนั้นเขาก็รับผิดชอบไป เราก็ไม่ต้องไปคิดว่าไอนั้นเรายังไม่ทำ ไอนั้นเรายังไม่ได้ทำ แล้วต้องมายุ่งกับตรงนี้อีก.... เขาก็ให้กำลังใจ ในแง่เวลานี้จะเป็นผลบุญ เราไม่เดือดร้อน เราได้กินอยู่สบาย ก็เป็นกุศลที่พ่อทำให้เราต้องมาทำ”

2.2) การได้รับการช่วยเหลือจาก ญาติ พี่น้อง ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ จากพี่สาว 2 คนในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด โดยพี่สาวออกค่าใช้จ่ายในแต่ละเดือนที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น ค่าอาหารปั่นผสม อาหารเสริม ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เดือนละ ประมาณ 5,000-6,000 บาท ผู้ดูแลเล่าว่า

“ค่าใช้จ่ายของลุง (ผู้ป่วย) พวกพี่สาวจะเป็นคนออกให้.....พี่สาวจะออก ให้ก็เดือนละ 6,000 กว่าบาท.....ค่าอาหาร อาทิตย์ละ 520 บาท 4 อาทิตย์ ก็ประมาณ 2,080 บาท ค่า สาย suction เดือนละ ประมาณ 1,000 บาท ค่าก้อน นมตราหมีเสริม”

ในส่วนของผู้ชายที่อาศัยอยู่บ้านใกล้กับผู้ดูแล ช่วยเหลือในด้านการ จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย แต่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ใน ระยะแรกที่ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พี่สะใภ้ของผู้ดูแล ก็จะมาช่วยผลิตเปลี่ยนดูแล อีกทั้งยังช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระนอกบ้านในช่วงเวลาสั้นๆ ผู้ดูแล เล่าว่า

“เขาก็จัดการเรื่องอุปกรณ์ เขาก็จะสนใจเรื่องหาวิธี อย่างพอเกร็ง จะหา อุปกรณ์อะไรมาให้พ่อจับ เขาก็จะซื้อเครื่องวัดความดัน เครื่องเจาะเบาหวาน พอจบตรงนั้นก็ปล่อย เป็นหน้าที่เรา....เมื่อก่อนพี่สะใภ้ก็จะช่วย เขาก็ไปศึกษาไปเปลี่ยนเวอร์กัน พี่ชายก็จะบอกว่าให้พี่ กลับมาอยู่กับลูกวันเสาร์ แล้วพี่สะใภ้ก็จะไปดูแลแทน”

ส่วนญาติพี่น้องอื่นๆ ช่วยในด้านพูดคุยให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราว ผู้ดูแลเล่าว่า

“ญาติกันนั้นแหละ แนะนำให้ไปนวด ไปบีบ เราก็บอกไม่เอา แนะนำ อาหารเสริมกินแล้วจะเดินได้ เราก็ไม่เอาเพราะเราไม่เชื่อ....เมื่อก่อนมีอา น้องสาวของพ่อนี้แหละก็ จะมาคอยคุยกับเรา เวลาเราจะไปตลาดเขาก็จะบอกให้ไปเถอะ เดี่ยวเฝ้าให้เขามาช่วยนะ หรือเวลา เราจะไปส่งเด็ก แกก็จะช่วย แต่แกก็ทำอะไรไม่ได้หรอก นั่งเฝ้าได้”

2.3) การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน เพื่อนบ้าน การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อน เพื่อนบ้านนั้นไม่ได้เป็นการช่วยเหลือโดยตรงในการดูแลผู้ป่วย แต่เป็นการช่วยเหลือโดยการมาเยี่ยมเยียน การพูดคุยให้กำลังใจ ถามไถ่ทุกข์สุข ผู้ดูแลเล่าว่า

“พวกพี่ พวกเพื่อน ก็โทรมาคุย บางทีเราก็อโทรไป อย่างวันเกิดเราเค้าก็โทรมา วันเกิดเขาเราก็อโทรไป....บางทีเพื่อนๆเค้าจำวันเกิดพี่ได้เขาก็อโทรมา”

เพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น แนะนำอาหารเสริม ยาสมุนไพร การให้การช่วยเหลือด้านการขนส่งถึงออกซิเจน เป็นต้น ผู้ดูแลเล่าว่า

“บางทีก็มีเข้ามาเหมือนแนะนำอาหารเสริมนั่นแหละ ก็ว่าไอ้นั่นดี ไอ้นั่นดี ยาหม้อดี เราก็อฟังแต่เราก็อไม่เลือก....บ้านข้างๆเขาก็อบอกว่าจะไปเอาออกซิเจนมาเอาถกระบะเขาไปก็ได้ เราก็อเกรงใจนะ บางทีจำเป็นจริงๆ ก็ให้พี่ชายไปบอกเขาว่าให้ไปเอาออกซิเจนให้หน่อย”

2.4) การได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสาธารณสุขนั้น ผู้ดูแลเล่าว่าได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ดูแลอาศัยอยู่ เป็นการช่วยเหลือในด้านการเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราวไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลเล่าว่า

“เมื่อก่อนจะมีพยาบาลที่โรงพยาบาลอยู่คนหนึ่ง ที่เขาทำเกี่ยวกับตรวจสุขภาพมะเร็งเต้านมเขาก็จะมาวัดความดัน.....แล้วก็มีพยาบาลอีกคนที่เขาทำโครงการเกี่ยวกับเยี่ยมบ้าน เบาหวาน หรืออะไรอย่างนี้แหละ เขาก็อมาซักประวัติ มาถาม แล้วก็มาวัดความดัน แต่หลังๆนี้ก็ไม่มีแล้วนะ 3-4 ปีหลังก็ไม่มีแล้ว”

การได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลโดยการให้คำแนะนำขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ผู้ดูแลเล่าว่า

“พยาบาลเขาก็จะคอยแนะนำว่า ให้สังเกตคนไข้ว่าถ้าหน้าแดงๆ มีเหงื่อออกแสดงว่ามีความดัน เขาก็อสอนมาเพราะว่าเราต้องกลับมาดูแลที่บ้านเอง เขาก็อจะแนะนำ....บางทีไปนอนโรงพยาบาล อะไรที่เราอยากรู้เราก็อถามพยาบาลเลย หรือบางทีแก็เป็นอะไร เรามิเบอร์ที่โรงพยาบาลเราก็อจะโทรไป ว่าแก็เป็นอย่างนี้ต้องทำยังไงบ้าง หายใจอย่างนี้นั้นหอบไหม”

การที่ได้รับคำแนะนำ และได้คำตอบจากพยาบาลนั้นทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และได้รับการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง คือ การมาเปลี่ยนสายยางให้อาหาร โดยพยาบาลซึ่งมีที่พักอาศัยในชุมชนเดียวกัน ผู้ดูแลเล่าว่า

“อย่างน้อยเราก็อได้คำตอบ อย่างเรามีปัญหาแล้วเราโทรถามพยาบาล เราก็อได้คำตอบที่ทำให้เราสบายใจ มั่นใจ.....บางอย่างมันนานๆ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยเจอ เราก็อโทรถามก็

มันใจขึ้น....เขาจะมาเปลี่ยนให้พี่เดือนละครั้งบ้าง 2 เดือนบ้าง แล้วแต่พี่โทรไป เมื่อก่อนก็ไปเปลี่ยนโรงพยาบาล พอดิข้างบ้านเขาบอกว่าพยาบาลเขามาเปลี่ยนให้ก็เลยไปตาม”

นอกจากนี้ยังได้รับการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์จากโรงพยาบาลในชุมชน คือ การให้ขอยืมถังออกซิเจน ผู้ดูแลเล่าว่า

“เมื่อก่อนที่ใช้เยอะๆ ก็เลยต้องขอยืมโรงพยาบาลมา 1 ถัง แล้วก็ของเราเอง 1 ถัง สำรองไว้”

2.5) การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขนั้น ผู้ดูแลเล่าว่าการช่วยเหลือมีอาสาสมัครสาธารณสุขมาเยี่ยมที่บ้าน วัดความดันให้เป็นครั้งคราวแต่เป็นเวลานานมาแล้วและไม่ได้มาเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลเล่าว่า

“อสม.นี้ไม่มีเข้ามานะ แต่จะว่าไม่มี ก็มี อสม.รุ่นแรกๆ ก็เคยเข้ามาวัดความดันให้ลุง ครั้งหรือ 2 ครั้ง”

ส่วนการช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนและเทศบาลนั้นผู้ดูแล เล่าว่าไม่ได้รับการช่วยเหลือใดๆ อาจเป็นเพราะตนเองที่จำกัดผู้ที่จะมาเยี่ยมบิดาเพราะเกรงว่าจะติดเชื้อจึงเป็นเหตุให้ไม่ค่อยมีใครแวะเวียนเข้ามาช่วยเหลือดูแล ผู้ดูแลเล่าว่า

“ไม่มีนะ ถ้าพูดถึงผู้ใหญ่บ้าน ตั้งแต่พี่มาอยู่พี่ยังไม่เคยเห็นเขาทำอะไรเลย หรือว่าช่วงที่พ่อพี่เป็นแรกๆ เราห้ามคนด้วยใจ เราห้ามเข้ามาเพราะกลัวติดเชื้อ ก็คงปากต่อปาก ว่าติดเชื้อเชื่อง่ายไม่ต้องไปเยี่ยมแห่หรอก ก็ไม่มีใครเข้ามา บางครั้งนะ เราก็ออยากให้มาช่วยเหลือนะ แต่ถ้าทำแล้วไม่ต่อเนื่องก็อย่าดีกว่า”

### 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.1) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า ในการดูแลผู้ป่วยบางครั้งรู้สึกไม่มั่นใจ กลัว เพราะไม่รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ และไม่รู้ว่าคุณป่วยเป็นอะไรเพราะผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ปัญหาคือความรู้ของเรา คือแทบจะไม่ได้ เราไม่รู้ว่าความรู้สึกยังงี้ เราต้องคอยสังเกตว่าความรู้สึกยังงี้ นั่นแหละคือปัญหาของพี่ คือไม่รู้ว่าแกเป็นอะไร”

3.2) ด้านเศรษฐกิจ จากการดูแลผู้ป่วยเป็นเหตุให้ผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลไม่ได้ทำงานดังนั้นรายได้ของผู้ดูแลจึงลดลงไปด้วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของลุง ตกเดือนละ 5,000 บาท....ของพี่ แฟนเค้าให้”

เนื่องจากครอบครัวผู้ดูแล ก่อนข้างมีฐานะจึงมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ก่อนข้างน้อย เพราะพี่สาวของผู้ดูแล เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และยังมีรายได้จากการเช่าที่ซึ่งเป็นที่ดินของผู้ป่วยด้วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“ค่าใช้จ่ายของพ่อ พวกพี่สาวจะเป็นคนออกให้....พอดีพ่อเขาก็จะมีผลประโยชน์จากค่าเช่าที่ดินเขาจะให้พี่เก็บเงินส่วนนี้ไว้ดูแล ค่าโรงพยาบาลที่เบิกไม่ได้ก็จะเอาเงินส่วนนี้ออก ค่าใช้จ่ายอื่นๆ พี่สาว เขาก็จะเป็นคนออก”

แต่ผู้ดูแลก็ยังมีความรู้สึกกังวลว่าถ้าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วตนเองจะทำได้ทำอะไรเนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ส่วนตัวพี่ พี่ก็คิดนะว่าถ้าหมดลงแล้วพี่จะทำอะไร ปัญหาที่คือตรงนี้ว่า เราจะมาอยู่เฉยๆหรือ แล้วเราจะทำอะไรแถวนี้เราก็ไม่ค่อยรู้จักใคร เราจะกลับไปที่ดินลูกก็ไม่ไปแล้ว มันก็น่าคิดเหมือนกันนะ”

3.3) ด้านการเดินทางไปโรงพยาบาล จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ดังนั้นการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด หรือไปพบแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เป็นปัญหาและความยากลำบากของผู้ดูแล ทั้งในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และพาหนะในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ผู้ดูแลเล่าว่า

“ข้อแถมติดไปหมดแล้ว ปัญหาคือตอนขนย้ายเกไปโรงพยาบาลลำบาก....เมื่อก่อนก็ยังอุ้มไหวนะเดี๋ยวนี้ไม่ไหวแล้ว....เราก็จะจับแขนงบนรถเก่งแล้วก็จับแกสูก หรือไม่ก็เอาลูกนั่งข้างหลังจับคุณตาไว้”

3.4) ด้านความขัดแย้งภายในครอบครัวและญาติพี่น้อง ผู้ดูแลเล่าว่า ในบางครั้งที่ผู้ดูแล ต้องการความคิดเห็นในการดูแลผู้ป่วยจากพี่ชาย แต่พี่ชายไม่แสดงความคิดเห็นใดๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกท้อแท้พี่ชายเพิกเฉยต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลเล่าว่า

“คุยกันแล้วเหมือนจะทะเลาะกัน บางทีเหตุผลมันต่างกัน คือเขาเป็นผู้ชายด้วย เขาก็เลยไม่คิดเล็กคิดน้อยไง ไม่ละเอียดใจ เราก็เลยไม่พูดดีกว่า อย่าไปปรึกษาคิดว่า บางทีมันเป็นคำตอบที่เราที่อยู่ในใจว่าไม่ได้ช่วยอะไร...บางทีก็จะบอกว่า พ่อเป็นอย่างนี้นะจะส่งพ่อไปโรงพยาบาลนะ เขาก็จะ เออ เออ ก็คือรับรู้นะ แต่ก็ไม่ได้เข้ามาช่วยดูแล”

3.5) ไม่มีผู้ดูแลหลักแทน จากการที่ผู้ดูแล ต้องรับภาระหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว จึงรู้สึกขัดแย้งในใจ เมื่อยามที่ผู้ดูแลเจ็บป่วยไม่มีใครสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลเล่าว่า

“พี่ก็อยากให้มีคนมาแทนพี่เหมือนกันนะ พี่ก็นั่งนึกนะว่าบางทีเราก็ชอบปวดหัวถ้าเกิดเส้นเลือดแตกอีกคนหนึ่งจะว่าไง ใครจะมาทำแทน อย่างพี่สาวพี่ 2 คนเขาก็ไม่ค่อยกล้า

ไม่กล้าแม้แต่จะดูแผล ไม่กล้าทำอะไรเลย เราก็เลยกลัวความกลัวเนี่ย มันทำให้คนเสื่อม ก็นั่งนึกเหมือนกันนะว่ามันต้องหาคนมาแทนเรา อย่างน้อยถ้าเราเป็นอะไรไป เพราะเราเคยตอนดูแลแล้วอยู่ๆ มีเนื้องอกที่มดลูก เราก็ต้องไปผ่า พอผ่ามันก็ต้องพักฟื้น”

ผู้ดูแลเล่าว่าในช่วงที่ตนเองป่วยเป็นเนื้องอกที่มดลูกต้องทำการผ่าตัด และต้องนอนพักฟื้น 1 เดือน ผู้ดูแลต้องจ้างคนมาดูแลผู้ป่วยแทน ผู้ดูแลเล่าว่า

“จ้างเขา แต่เขาทำอะไรก็ไม่ได้ เขาอาบน้ำอะไรก็ไม่ได้ ก็เหมือนจ้างมาให้ทำงานบ้าน ซื้อมันข้าว จ้างมาเดือนนึง เพราะหมอเขาบอกให้พี่พักเดือนนึง ช่วงนั้นยอมรับว่าเครียด”

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลพยายามพูดคุยปรึกษากับญาติพี่น้อง และพยายามฝึกสอนการดูแลให้แก่พี่สาว แต่ก็ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลเล่าว่า

“เคยคุยนะ บางทีก็มีอารมณ์เบื่อบ้างนะคนเรา ก็เคยบอกนะว่าเดี๋ยวฉันอาบน้ำพ่อ เธอลองดู ลองทำ เขาก็ไม่กล้า เขากลัวว่าเดี๋ยวน้ำจะเข้าคอพ่อ เขาทำอะไรไม่ถูก แค่น้ำไอเขาก็ตกใจกัน เนี่ยแหละนะอะไรที่มันไม่ใช่เหตุการณ์บังคับจำเป็นจริงๆ มันเลยทำให้คนที่ไม่คิดที่จะทำนะ ก็ไม่เป็น”

3.6) ด้านอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ดูแล ยังมีปัญหาในด้านการดูแลวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการทำความสะอาดอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายออกซิเจน กระจกออกซิเจน และambu bag นั้นไม่สะอาดเพียงพอ และเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ดูแลเล่าว่า

“พวกวงข้างเราก็ไม่มีที่ล้าง พี่ก็ซื้อซึ่งนั่งข้าวเหนียวพอนานมันก็เลว ความสะอาดมันก็ไม่เหมือนของโรงพยาบาลนะ มันก็เป็นปัญหาอย่างหนึ่งนะ.....เราก็คิดว่ามันจะเอาเชื้อโรคเข้าไปหรือเปล่า ก็ได้แต่เอาแอลกอฮอล์เช็ดข้างนอก แต่ตรงปีกข้างในที่เป็นลิ้นบางที่เสมหะมันก็เข้าไปเราก็ดำไม่ถึง อย่างวงข้างเราก็ใช้น้ำ แล้วน้ำแฉะนี้มันก็น้ำจากแม่น้ำ ข้างในถึงโดนแดดมันก็ไม่แห้งนะ เหมือนจะไปเพิ่มเชื้อโรคหรือเปล่า พอเอาไปดมมันก็เลว”

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ดูแลพยายามปรับเปลี่ยนวิธีในการทำ ความสะอาด และมีความต้องการส่งอุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านี้ไปทำความสะอาดที่โรงพยาบาลอย่างถูกวิธี แต่ก็รู้สึกไม่กล้าที่จะเข้าไปขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ เพราะเกรงว่าตนเองจะเป็นภาระให้แก่โรงพยาบาล ผู้ดูแลเล่าว่า

“ตอนนี้วงข้างก็ใช้ดื่มแต่ต้องปิดแก๊สนะ กระจกก็ดมพอดมมันก็เสียทรง พอเสียทรงออกซิเจนมันก็ออกผิดปกติไปเลยควันไม่ค่อยออก พี่เลยมีกระจกเยอะเยอะเลย ตอนนี้พี่ซื้อเครื่องนั่งมาแต่ยังไม่เคยลอง....บางทีเราก็อยากจะคุยกับโรงพยาบาลเหมือนกันนะว่าของ

ใช้ส่วนตัวเราอยากมาใช้บริการ แต่ก็ไม่เคยคุณนะ เพราะว่าเราก็ก้าวไม่กล้า กลัวว่าจะไปเป็นภาระให้เขา เราเรื่องมากหรือเปล่า ไม่มีใครเขาทำกันหรือเปล่า”

#### 4) ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล

4.1) ผลกระทบด้านบวก ผู้ดูแลเล่าว่า การที่ได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้น เป็นโอกาสที่ทำให้ได้สอนบุตรโดยไม่ต้องใช้คำพูด ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าบุตรทั้ง 2 คน ได้เห็นจากพฤติกรรมของตนเองที่ดูแลบิดาที่ป่วยจะทำให้บุตรมีจิตใจอ่อนโยน ผู้ดูแลเล่าว่า

“มันเป็นโอกาสที่เราจะสอนลูกโดยที่ไม่รู้ว่าโอกาสนี้จะมีหรือเปล่า เพราะเด็กสมัยนี้นะ แล้วลูกที่เป็นเด็กผู้ชาย ความแข็งแรงมันมี แต่ตรงนี้นั้นจะซดเซยให้จิตใจอ่อนโยน”

อีกทั้งผู้ดูแล ยังเชื่อว่าการดูแลบิดานั้นเป็นการได้บุญและทำให้ตนเองไม่ลำบาก และคนรอบข้างยังให้ความชื่นชมในความกตัญญูของผู้ดูแล ผู้ดูแลเล่าว่า

“เราได้นุญนะ เมื่อก่อนพี่ก็ไม่คิดหรอกว่าเรามาทำแล้วคนจะต้องสรรเสริญเรา แต่พอพี่มาทำคนแถวนี้เขาก็มองพี่ในแง่ดี ว่าพี่กตัญญู ดูแลพ่อ แล้วมันก็ส่งผลบุญนะ พี่ก็ไม่ลำบากทั้งที่รายจ่ายก็เยอะ รายได้ก็แค่นี้แต่พี่ก็ไม่ลำบาก พี่ดูแลพ่อก็เหมือนว่าพี่ได้นุญของแถมมาสร้างบุญให้เรา”

4.2) ผลกระทบด้านลบ การที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ดูแลตนเองน้อยลงเกิดผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลเล่าว่า

“ก็มีนะ ที่ไม่เคยเป็นอะไร ก็มามีความดัน แล้วก็เครียด ก็เหมือนหงุดหงิดนะ ทำอะไรไม่ได้มันก็หงุดหงิด ก็มีบ้าง”

ผู้ดูแลกล่าวว่าในบางครั้งที่เกิดความเครียดก็ส่งผลกระทบถึงบุคคลในครอบครัวด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองขาดอิสระ ไม่สามารถออกไปไหนได้ เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ดูแลเล่าว่า

“พอเครียดพวกลูกเขาก็จะรู้เขาก็จะหลบกันไปเลย ปล่อยให้อยู่คนเดียว พี่ก็เย็นลง....แรกๆนะมันเหมือนเราขาดอิสระไปเลยเพราะเราต้องดูแลตลอดจะไปไหนก็ไม่ได้”

#### รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ลักษณะ ดังนี้

1. รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ผลการศึกษพบว่ากรณีศึกษา 2 รายมีรูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแลหลักเป็นสามีของผู้ป่วย 1 ราย และผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาของผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษาที่ผู้ดูแลหลักเป็น

สามีของผู้ป่วย อยู่ในวัยผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และต่อกระเจก  
 ครอบครัวยังมีรายได้จากบุตรสาวคนเล็กซึ่งเป็นพนักงานในโรงงาน กรณีศึกษาที่ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา  
 ของผู้ป่วย ปัจจุบันมีอาการขาที่มือข้างขวาและน้ำหนักลดลง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว โดย  
 บุตรสาวและบุตรเขยต้องออกไปทำงาน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ครอบครัวยังมีรายได้จาก  
 เงินบำนาญของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย ให้เหตุผลว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่คู่สมรส  
 ควรกระทำต่อกันเมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย

**2. รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษา 2 ราย ผู้ดูแลหลักเป็น  
 บุตรสาวของผู้ป่วย โดยมีบุตรคนอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดย  
 กรณีศึกษา 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากครอบครัวค่อนข้างมี  
 ฐานะ บุตรคนอื่นๆของผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลและเป็นธุระในการเบิก  
 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และกรณีศึกษา 1 ราย ผู้ดูแลเป็นบุตรสาวของผู้ป่วยทำ  
 หน้าที่ดูแลผู้ป่วยและต้องทำงานไปด้วย เนื่องจากฐานะยากจน โดยมีบุตรคนอื่นๆของผู้ป่วยจะเป็น  
 ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลและเป็นธุระในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย  
 ผู้ดูแลต้องใช้เวลาช่วงกลางวันออกไปทำงานหารายได้ โดยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง โดย  
 กลับมาดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันและหลังกลับจากทำงาน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสมาชิกใน  
 ครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รับรู้ต่อการเข้ามาเป็นผู้ดูแล  
 ว่าเป็นหน้าที่ของบุตรที่ควรกระทำ เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้  
 ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรหลานของตนเอง  
 เรื่องการกตัญญู

### การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

**1. การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติพี่น้อง** ครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็น  
 เครือข่ายใกล้ชิด ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน ปฤถา พรหมเลิศ,  
 2549) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก  
 โดยลำพัง เนื่องจากบุตรต่างแยกไปมีครอบครัวของตนเอง ส่วนบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ดูแล  
 และผู้ป่วย ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น  
 หรือช่วยเหลือเรื่องงานบ้านบ้างเล็กน้อย กรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตรทั้ง 2 ราย ได้รับการ  
 ช่วยเหลือจากพี่น้อง ด้านค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนญาติพี่น้องที่ห่าง  
 ออกไป ช่วยเหลือในด้านการพูดคุยให้กำลังใจ ตามอาการผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่การช่วยเหลือในการดูแล  
 ผู้ป่วยโดยตรง

**2. การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน** เพื่อนบ้านและชุมชนจัดได้ว่าเป็นเครือข่ายขยาย เป็นบุคคลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์หรือรู้จักกันโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์กันได้โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิด (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน ปฤถาพรหมเลิศ, 2549) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเยี่ยมทั่วไป เช่น เข้ามาสอบถามข้อมูล หรือวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือจาก เพื่อนบ้าน ในด้านการมาเยี่ยม ถามไถ่อาการผู้ป่วย การแนะนำทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านยานพาหนะในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส กรณีศึกษา 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล โดยผู้ดูแลได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ และผู้ป่วยได้รับเงินผู้พิการ แต่กรณีศึกษาอีก 1 ราย ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสวัสดิการใดๆอาจเป็นเพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายมาจากกรุงเทพมหานครเมื่อประมาณ 4 ปี ที่ผ่านมา จึงยังไม่ได้รับการสำรวจและไม่รู้ถึงสิทธิที่ควรได้รับรูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นบุตร 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอีก 1 ราย ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆอาจเนื่องจากเป็นครอบครัวที่มีฐานะจึงไม่ได้ดำเนินการเรียกร้องสิทธิ

**3. การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข** บุคลากรสาธารณสุขเป็นเครือข่ายทางสังคมซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพให้บริการสังคม (เพนเดอร์, 1987) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องสวัสดิการผู้พิการ ให้คำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางโทรศัพท์ ได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชนด้านอุปกรณ์การแพทย์และการรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง

## ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**1. ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ทั้งรูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส และรูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร มีปัญหาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย มีความรู้สีกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยให้เหตุผลว่าไม่รู้วิธีขอความ

ช่วยเหลือ ทำอะไรไม่ถูกเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความเครียด รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย มีความรู้สึกลัวและไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ และกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีปัญหาในด้านการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการได้

2. รายได้ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส ทั้ง 2 ราย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเดิมมีฐานะค่อนข้างยากจนอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่สามารถทำงานหารายได้ จึงทำให้รายได้ขาดหายไป กรณีศึกษา 1 ราย มีรายได้จากบุตรเงินสวัสดิการผู้สูงอายุของผู้ดูแลและเงินผู้พิการของผู้ป่วยเท่านั้น รายได้จึงไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว อีกทั้งผู้ดูแลยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการแสวงหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย เป็นเหตุให้มีภาระหนี้สิน ส่วนกรณีศึกษาที่เป็นภรรยาของผู้ป่วย มีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วยและบุตรสาวที่ทำงานโรงงานซึ่งเป็นจำนวนไม่มาก ทำให้รายได้น้อยกว่าตอนที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ ครอบครัวจึงต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ซึ่งบางครั้งก็ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษา 2 ราย มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษา 1 ราย มีฐานะค่อนข้างดี จึงไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สามารถจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีฐานะค่อนข้างยากจน ผู้ดูแลต้องออกไปรับจ้างขายของเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน

3. เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยญาติพี่น้อง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย 1 ราย เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยในช่วงระยะแรกในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมเชื่อฟัง เป็นเหตุให้ผู้ดูแลทำร้ายผู้ป่วย กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นบุตรทั้ง 2 ราย เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษา 1 ราย ผู้ดูแลรู้สึกว่าพี่ชายเพิกเฉย ไม่สนใจต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง กรณีศึกษาอีก 1 ราย มีความขัดแย้งกับพี่ชายเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากในบางเดือนนั้นเงินที่ได้รับจากพี่ชายไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

4. มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทั้ง 2 ราย มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษา 1 ราย ผู้ดูแลใช้รถเข็นไม้ ต่อพ่วงกับรถจักรยานยนต์ และให้ผู้ป่วยนอนบนรถเข็นไม้เพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีศึกษาอีก 1 ราย มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบและแฉะเวลาฝนตก รถยนต์ไม่สามารถเข้าไปได้ ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว รูปแบบ

ผู้ดูแลที่เป็นบุตร กรณีศึกษา 1 ราย มีความยากลำบากในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะมีรถยนต์ส่วนตัวก็ตาม ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย ถึงแม้บ้านผู้ดูแลจะอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลมากนัก แต่เนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบ ผู้ดูแลต้องใช้วิธีพาผู้ป่วยนั่งรถเข็นไปโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความยากลำบาก

## ผลกระทบจากการดูแล

1. ผลกระทบด้านบวก ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่มีการรับรู้ผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแลในเชิงบวก โดยผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ควรกระทำต่อกัน เมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย อีกทั้งยังได้รับกำลังใจจากบุตรอยู่เสมอ รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร รับรู้การเป็นผู้ดูแล เพื่อเป็นการตอบแทนบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรของตนเองเรื่องการกตัญญู

### 2. ผลกระทบด้านลบ

2.1 ด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า สภาพร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรม และมีโรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง อีกทั้งต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือโดยกรณีศึกษา 1 ราย ป่วยเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และต้องกระจก ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีอาการชาที่มือข้างขวาซึ่งมีสาเหตุมาจากการยกตัวผู้ป่วย น้ำหนักลด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา สุขภาพร่างกายทรุดโทรม รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร พบว่า กรณีศึกษา 1 ราย มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง แต่ไปรับการรักษาไม่ต่อเนื่องโดยให้เหตุผลว่าไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไปได้ เนื่องจากไม่มีใครดูแลแทน และต้องเสียเวลาทั้งวันในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีอาการปวดหลังและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกรณีศึกษา 1 ราย เกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก อีกทั้งไม่ได้ออกไปร่วมกิจกรรมกับสังคมภายนอก และจากภาวะเศรษฐกิจ รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร ผลการศึกษาพบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิดความเครียดจากความเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่มีใครช่วยดูแล อีกทั้งกรณีศึกษา 1 ราย ต้องดูแลผู้ป่วยและทำงานไปด้วย

## บทที่ 5

### อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและปัญหา อุปสรรคในการดูแล โดยศึกษาเป็นรายกรณี อภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

#### 1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรสและรูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร

**1.1 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส** ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษา 2 รายมีรูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแลหลักเป็นสามีของผู้ป่วย 1 รายและผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาของผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษาซึ่งเป็นสามี อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเพียงคนเดียวและบุตรสาวจะช่วยดูแลผู้ป่วยเล็กน้อยตอนกลางคืน เนื่องจากบุตรสาวต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ ซึ่งเป็นรายได้เพียงทางเดียวของครอบครัว กรณีศึกษาที่ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาของผู้ป่วย ปัจจุบันมีอาการขาที่มีมือข้างขวาและน้ำหนักลดลง ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว โดยบุตรสาวและบุตรชายต้องออกไปทำงาน 2-3 เดือน ที่ผ่านมามบุตรชายไม่ได้ทำงานจึงช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ครอบครัวมีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ อนันตโท (2548) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ผู้ดูแลป่วยเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน และต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงคนเดียว บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเนื่องจากฐานะยากจน นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย ให้เหตุผลว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่คู่สมรสควรกระทำต่อกันเมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อินทิรา ลิมเชย (2550) ซึ่งทำการศึกษาความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การดูแลผู้ป่วยเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของคู่สมรสที่ต้องดูแลกัน และผู้ดูแลเชื่อว่าการทำหน้าที่ดูแลถือว่า

เป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก ในทางตรงกันข้ามการเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิได้

**1.2 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย โดยมีบุตรคนอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษา 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทำงานเนื่องจากครอบครัวค่อนข้างมีฐานะ บุตรคนอื่นๆของผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด และกรณีศึกษาอีก 1 ราย ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและต้องทำงานไปด้วยเนื่องจากฐานะยากจน โดยมีพี่ชายของผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาช่วงกลางวันออกไปทำงานหารายได้ โดยทิ้งผู้ป่วยไว้ในบ้านเพียงลำพัง และกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเป็นครั้งคราว กรณีศึกษา 1 ราย สามียของผู้ดูแลช่วยเตรียมอาหารของผู้ป่วยในตอนเช้า กรณีศึกษาอีก 1 ราย สามีและบุตรของผู้ดูแลช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบผู้ดูแลผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ของ ศิริวรรณ อนันตโท (2548) ในส่วนที่พบว่ารูปแบบผู้ดูแลเป็นบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยบุตรคนอื่นๆช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแล และขัดแย้งในส่วนที่ผู้ดูแลเป็นบุตรชายดูแลมารดาที่ป่วยสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแลปฏิเสธที่จะช่วยเหลือในการดูแล ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาซึ่งเป็นบุตรทั้ง 2 ราย รับรู้ต่อการเข้ามาเป็นผู้ดูแลว่าเป็นหน้าที่ของบุตรที่ควรกระทำ เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรหลานของตนเองเรื่องการกตัญญู ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อธิษฐาน ชินสุวรรณ (2549) ซึ่งทำการศึกษา ประสพการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ซึ่งทำให้ตนเองได้บุญ โดยทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมยังอธิบายว่า บุคคลมิใช่เพียงแค่ปฏิบัติตามกิจกรรมตามบทบาทที่คาดหวังไว้ในสังคม หรือตามแบบที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยน ซึ่งกันและกันระหว่างคู่ที่มีความสัมพันธ์กัน (เกษม นครเขตต์, 2552) ทั้งในด้านวัตถุและไม่ใช่วัตถุ เช่น ความช่วยเหลือ ความผูกพันทางใจ หนี้บุญคุณ ดังนั้นการที่บุคคลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่ง ย่อมหมายถึงการได้รับประโยชน์ตอบแทน เช่น การตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ (ชนิสรา ปัญญาเริง, 2550) อีกทั้งลักษณะของความสัมพันธ์ของครอบครัวในสังคมไทย คือ บุตรจะให้ความเคารพ รักใคร่และอุปการะเมื่อบิดามารดาอยู่ในวัยชราและยึดมั่นในค่านิยม หรือจริยธรรมเกี่ยวกับการกตัญญูทวดเทีต่อบิดามารดาผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้มีพระคุณ (รุ่งทิพย์ แสงใจ, 2542)

## 2. การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รูปแบบ ได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม คล้ายกัน ดังนี้

**2.1 การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติพี่น้อง** ครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็นเครือข่ายใกล้ชิด ซึ่งหมายถึงบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุด (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน ปฤถา พรหมเลิศ, 2549) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยลำพัง เนื่องจากบุตรต่างแยกไปมีครอบครัวของตนเอง ส่วนบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น หรือช่วยเหลือเรื่องงานบ้านบ้างเล็กน้อย อีกทั้งผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาที่เป็นสามีของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากบุตรเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งหมดภายในบ้าน ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษาที่เป็นภรรยาของผู้ป่วย ซึ่งมีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วย ส่วนบุตรของผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย เนื่องจากต้องดูแลรับผิดชอบครอบครัวของตนเองเช่นกัน กรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตรทั้ง 2 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากพี่น้อง ด้านค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์ เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนญาติพี่น้องที่ห่างออกไป ช่วยเหลือในด้านการพูดคุยให้กำลังใจ ถามอาการผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่จากสมาชิกในครอบครัวในด้านการดูแลผู้ป่วย การเงิน อุปกรณ์เครื่องใช้ ให้กำลังใจ ส่วนญาติพี่น้องที่ห่างออกไปให้การช่วยเหลือในด้านการพูดคุยสอบถามอาการและการมาเยี่ยมผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี ว่องเจริญกุล (2540) พบว่าครอบครัวถือว่าเป็นเครือข่ายที่มีความสำคัญและใกล้ชิดมากที่สุด อันดับแรก คือ คู่สมรส รองลงมา คือ บุตรหลาน ส่วนญาติพี่น้องที่ห่างออกไปให้การช่วยเหลือในการพูดคุยให้กำลังใจ การให้คำแนะนำและทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นการช่วยเหลือโดยอ้อม ไม่ได้เป็นการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

**2.2 การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน** เพื่อนบ้านและชุมชนจัดได้ว่าเป็นเครือข่ายขยาย เป็นบุคคลที่ไม่ได้มีความสัมพันธ์หรือรู้จักกันโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์กันได้โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิด (Boissevain, 1974 อ้างถึงใน ปฤถา พรหมเลิศ, 2549) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเยี่ยมทั่วไป เช่น เข้ามาสอบถามข้อมูล หรือวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ในด้านการมาเยี่ยม ถามไถ่อาการผู้ป่วย การแนะนำทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านยานพาหนะในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธรณ์ ช่างสุวรรณ (2548) ที่ศึกษาประสบการณ์

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ ด้านการมาเยี่ยมเยียน ได้ถามทุกข์สุข มีการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจ ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นกลุ่มสมรส กรณีศึกษา 1 ราย ได้การช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล โดยผู้ดูแลได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ และผู้ป่วยได้รับเงินผู้พิการ แต่กรณีศึกษาอีก 1 ราย ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสวัสดิการใดๆทั้งสวัสดิการผู้สูงอายุและผู้พิการอาจเป็นเพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลย้ายมาจากกรุงเทพมหานครเมื่อประมาณ 4 ปี ที่ผ่านมา จึงยังไม่ได้รับการสำรวจและไม่รู้ถึงสิทธิที่ควรได้รับ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนับเป็นผู้พิการทางด้านร่างกาย พึงได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ.2550 ส่วนรูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นบุตร 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอีก 1 ราย ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ อาจเนื่องจากเป็นครอบครัวที่มีฐานะจึงไม่ได้ดำเนินการเรียกร้องสิทธิ ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบลในด้านสวัสดิการต่างๆ ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการมาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นครั้งคราว สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ ลีประเสริฐ (2549) ศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากองค์การบริหารส่วนตำบลอยู่ในระดับน้อย ไม่มีการจัดระบบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีเพียงเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท เท่านั้น และพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้จะรอแต่ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนสั่งการ

**2.3 การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข** บุคลากรสาธารณสุขเป็นเครือข่ายทางสังคมซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มบุคลากรวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพให้บริการสังคม (เพนเดอร์, 1987) ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องสวัสดิการผู้พิการ ให้คำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติทางโทรศัพท์ ซึ่งการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลทางโทรศัพท์นั้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง การช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชนด้านอุปกรณ์การแพทย์และการรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน ผลการศึกษายังพบว่ากรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย ต้องจ้างพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้บ้าน เพื่อมาเปลี่ยนสายยางให้อาหารผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนของการเยี่ยมบ้านของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง สอดคล้องกับ

การศึกษาของ อธิษฐาน ชินสุวรรณ (2549) ซึ่งพบว่า การเข้าเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยของพยาบาลเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่มุ่งที่ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยเฉพาะด้านร่างกาย เช่น มีบาดแผลหรืออุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องได้รับการดูแลและให้คำแนะนำแก่ญาติเป็นพิเศษ ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีเกณฑ์ดังกล่าวก็จะได้รับการเยี่ยมบ่อยขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการคงที่ก็จะได้รับการเยี่ยมที่เว้นระยะห่างขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของพยาบาลเยี่ยมบ้านซึ่งไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือด้านบริการพยาบาลด้านต่างๆ จากหน่วยงานและบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ทั้งด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพร่างกาย การติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ รวมทั้งกำลังใจที่ผู้ดูแลได้รับ จะช่วยแบ่งเบาภาระและลดความเครียดในการดูแล อีกทั้งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกประทับใจ เกิดความสบายใจที่ได้รับการดูแลที่ดี ช่วยให้มีความหวัง มีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น (นันทพร ศรีนัม, 2545)

### 3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 รูปแบบมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย คล้ายกัน ยกเว้นในด้านความขัดแย้งกับผู้ป่วยและญาติพี่น้อง ดังนี้

**3.1 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน** ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ถึงแม้ว่ากรณีศึกษาทั้ง 4 ราย ได้รับคำแนะนำ และการฝึกทักษะขณะที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับคำแนะนำและการฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่ผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษามีปัญหาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย มีความรู้สึกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยให้เหตุผลว่าไม่รู้วิธีขอความช่วยเหลือ ทำอะไรไม่ถูกเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความเครียด รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย มีความรู้สึกลัวและไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ และกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีปัญหาในด้านการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการได้ เนื่องจากพยาธิสภาพที่มีผลต่อการควบคุมการพูด ทำให้เกิดการสื่อสารลำบาก ไม่เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า ผู้ดูแลเกิดความเครียด จากการขาดความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย รวมทั้งวิธีการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง และการที่ผู้ดูแลไม่มีความรู้และทักษะที่ดีพอ ผู้ดูแลจะเกิดความไม่มั่นใจ กลัว ไม่กล้าดูแลผู้ป่วย

**3.2 รายได้ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษา 3 ราย มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากเดิมมีฐานะค่อนข้างยากจนอยู่แล้ว ประกอบกับต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถทำงานหารายได้ จึงทำให้รายได้ขาดหายไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ จันทนา ชาญประโคน (2550) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะไม่สมดุลของภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว มีหนี้สินหลังจากมีสมาชิกในครอบครัวป่วย จากการที่มีรายได้ลดลงและมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (สุศิริ หิรัญชนะ, 2541) อีกทั้งความต้องการด้านการเงินและวัสดุสิ่งของในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลมีความต้องการอยู่เสมอ เพราะต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา トラบเท่าที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541)

**3.3 เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยญาติพี่น้อง** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย 1 ราย เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยในช่วงระยะแรกในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมเชื่อฟัง เป็นเหตุให้ผู้ดูแลทำร้ายผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรศิลป์ ชื่นกุล (2542) ซึ่งศึกษาการปรับตัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล พบว่าในบางครั้งผู้ป่วยคือไม่ให้ความร่วมมือ เป็นเหตุให้ผู้ดูแลรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากมาดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นบุตรทั้ง 2 ราย เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษา 1 ราย ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้และเหนื่อย ไม่สนใจต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง กรณีศึกษาอีก 1 ราย มีความขัดแย้งกับพี่ชายเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากในบางเดือนนั้นเงินที่ได้รับจากพี่ชายไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนิ่ม (2545) พบว่าผู้ดูแลเกิดความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้องด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ความคิดเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแลรักษาอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยคนเดียวซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวและรู้สึกว่าพี่น้องไม่ให้ความสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าการขัดแย้งเรื่องทรัพย์สิน เงินทอง หรือการแบ่งปันมรดกก่อให้เกิดความแตกแยกซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

**3.4 มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล** ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส ทั้ง 2 ราย มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยกรณีศึกษา 1 ราย ผู้ดูแลใช้รถเข็นไม้ ต่อพ่วงกับรถจักรยานยนต์ และให้ผู้ป่วยนอนบนรถเข็นไม้เพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีศึกษาอีก 1 ราย มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบและแฉะเวลาฝนตก รถยนต์ไม่สามารถเข้าไปได้ ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลต้องไปรับยาแทนผู้ป่วยโดยไม่ได้พาผู้ป่วยไปด้วย นอกจากกรณีผู้ป่วยเกิด

ภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุฉุกเฉิน จะโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร กรณีศึกษา 1 ราย มีความยากลำบากในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมีรถยนต์ส่วนตัวก็ตาม ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย ถึงแม้บ้านผู้ดูแลจะอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลมากนัก แต่เนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบ ผู้ดูแลต้องใช้วิธีพาผู้ป่วยนั่งรถเข็นไปโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความยากลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่าผู้ดูแลประสบปัญหาในการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด เนื่องจากมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจซึ่งไม่มีรถยนต์ส่วนตัว ต้องยอมจ่ายค่ารถรับจ้าง เพื่อรับส่งผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเห็นว่าการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัดก่อให้เกิดความเครียดและเป็นภาระต่อผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริชชา จิราจุรภัทร (2551) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เนื่องจากสภาพความพิการของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ น้ำหนักตัวมาก สภาพบ้านอยู่ห่างไกลจากถนนใหญ่ตั้งอยู่ในซอยลึกที่รถไม่สามารถเข้าไป จอดได้ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถพาผู้ป่วยไปตรวจรักษาได้ทันทีที่พบอาการผิดปกติ ทำให้ต้องเสียเวลาในการรอคอยผู้อื่นมาช่วยเหลือจึงจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้

#### 4. ผลกระทบจากการดูแล

**4.1 ผลกระทบด้านบวก** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษามีการรับรู้ผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแลในเชิงบวก โดยผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ควรกระทำต่อกัน เมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย อีกทั้งยังได้รับกำลังใจจากบุตรอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทิรา ลิมเขย (2550) ซึ่งทำการศึกษา ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการดูแลผู้ป่วยเกิดจากรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงเป็นหน้าที่ของคู่สมรสที่ต้องดูแล รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร รับรู้การเป็นผู้ดูแล เพื่อเป็นการตอบแทนบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรของตนเองเรื่องการกตัญญู สอดคล้องกับการศึกษาของ อธิฐาน ชินสุวรรณ (2549) ซึ่งทำการศึกษา ประสพการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลที่เป็นบุตรรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วย เป็นหน้าที่ของบุตร ที่ต้องแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา

##### 4.2 ผลกระทบด้านลบ

**4.2.1 ด้านร่างกาย** ผลการศึกษาพบว่า สภาพร่างกายของผู้ดูแลทรุดโทรม และมีโรคประจำตัว ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง อีกทั้งต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือโดย

กรณีศึกษา 1 ราย ป่วยเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และต่อกระຈก ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีอาการชาที่มือข้างขวาซึ่งมีสาเหตุมาจากการยกตัวผู้ป่วย น้ำหนักลด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา สุขภาพร่างกายทรุดโทรม สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว ที่ต้องไปพบแพทย์เป็นประจำ ผู้ดูแลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (ปราณี สุทธิสุคนธ์ และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ อนันตโท (2548) ที่พบว่า ผู้ดูแลวัยสูงอายุซึ่งเป็นผู้สมรสป่วยเป็นโรคเรื้อรัง แต่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยด้วยความยากลำบาก ถึงแม้จะมีเวลาดูแลผู้ป่วยเต็มที่แต่ก็ไม่ดีพอเพราะสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร พบว่า กรณีศึกษา 1 ราย มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง แต่ไปรับการรักษาไม่ต่อเนื่องโดยให้เหตุผลว่าไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไปได้ เนื่องจากไม่มีใครดูแลแทน และต้องเสียเวลาทั้งวันในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย มีอาการปวดหลังและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ แสงรัสมิ (2547) ที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาว มีปัญหาสุขภาพระหว่างดูแล ร้อยละ 49.1% ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลใช้เวลาในแต่ละวันไปกับกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแล ล้มสนใจดูแลตนเอง แบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัย แสนดี (2549) พบว่า ผู้ดูแลต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ไม่มีเวลาสนใจสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลต้องใช้เวลาาน ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องการคำแนะนำในการดูแลสุขภาพร่างกาย ต้องการเวลาเพื่อไปตรวจสุขภาพประจำปี และการได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

4.2.2 ด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นภรรยา เกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก อีกทั้งไม่ได้ออกไปร่วมกิจกรรมกับสังคมภายนอก สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทิรา ลิ้มเชย (2550) พบว่า ภรรยาซึ่งรับหน้าที่ในการดูแลสามีซึ่งป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันทั้งคืน เกิดความรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ ในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น มีความพยายามในการดูแลน้อยลง ปฏิบัติการดูแลอย่างไร้จุดหมาย อีกทั้งผลการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เกิดความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวภา พริ้วตะคุ (2549) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล ที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสมี

ความเครียดสูงสุด ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า กลุ่มสมรสต้องเข้ารับบทบาทผู้ดูแล โดยไม่สามารถออกไปทำงานหารายได้ ประกอบกับสถานภาพครอบครัวค่อนข้างยากจน เมื่อรายได้ต้องขาดหายไปจึงส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นผลให้เกิดความเครียด รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร ผลการศึกษาพบกรณีศึกษาทั้ง 2 รายเกิดความเครียดจากความเหนื่อยล้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ไม่มีใครช่วยดูแล อีกทั้งกรณีศึกษา 1 ราย ต้องดูแลผู้ป่วยและทำงานไปด้วย จากการศึกษาของ ฤทัย แสนสี (2549) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ซึ่งการได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ เป็นความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าได้รับความหวังไว้

## 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จะมากหรือน้อยนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**5.1 ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 3 รายผู้ป่วยมีระดับคะแนน Barthel Index 0 คะแนน และ ผู้ป่วยอีก 1 ราย มีระดับคะแนน 25 คะแนน ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 4 ซึ่งมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index 0 คะแนน มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากรณีศึกษารายอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอ ใส่ Tracheostomy tube ต้องดูแลเสมหะบ่อย และมีความต้องการออกซิเจนเป็นบางครั้ง นอกจากการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลต้องดูแลอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ รวมถึงการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล ดังนั้นระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรภัทร อัมโธฐ (2550) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของญาติผู้ดูแล ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน Barthel Index สูง จะมีระดับความรุนแรงที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลน้อย ผู้ดูแลจึงปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน Barthel Index ต่ำ มีระดับความรุนแรงที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก ผู้ดูแลจึงต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

**5.2 บทบาทในครอบครัวของผู้ดูแล** ผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้ว กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย มีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามบริบท

ของแต่ละครอบครัว โดย ทัศนศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 2 ราย มีบทบาทของภรรยา และมารดา ที่ต้องดูแลบุตร และสามีของตนเอง อีกทั้งการดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และทัศนศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย ต้องหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวด้วย โดยรับจ้างขายของที่ร้านค้าภายในหมู่บ้าน และต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงเวลากลางวันเนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน ผู้ดูแลจะดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยในช่วงเช้ามืดก่อนไปทำงาน ผู้ดูแลกลับมาให้อาหารปันผสมทางสายยางแก่ผู้ป่วยในช่วงพักกลางวัน และกลับมาดูแลผู้ป่วยอีกครั้งในช่วงเย็นหลังกลับจากทำงาน สอดคล้องกับการศึกษา ของ ภรภัทร อิมโธฐ (2550) ซึ่งพบว่า อาชีพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแตกต่างกัน ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลที่ต้องประกอบอาชีพนั้น มีข้อจำกัดในเรื่องเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ต่างจากญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ดูแลจะมีเวลาเพียงพอในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า ส่วนทัศนศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส 2 ราย มีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย มีบทบาทในการดูแลหลานสาว วัย 10 เดือน และพี่สาวสูงอายุนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักและแตกต่างจากทัศนศึกษารายอื่น ดังนั้น บทบาทในครอบครัวจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบบทบาทอื่นๆ ไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของ ปราณี สุทธิสุคนธ์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีบทบาทนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย คือ การดูแลสมาชิกในครอบครัว การดูแลความเรียบร้อยของบ้านเรือน และการหารายได้เลี้ยงครอบครัว

**5.3 ผู้ช่วยเหลือในการดูแล** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 รูปแบบ มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวและเพียงช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า ทัศนศึกษาผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย และ ผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นบุตร 1 ราย ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วย โดย ผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรสต้องจ้างบุตรสาวตนเองมาดูแลผู้ป่วยแทน ผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นบุตรต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วยแทนตนเอง และผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นบุตรอีก 1 ราย ต้องปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จากผลการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญขุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพังหรือได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวน้อย ครอบครัวและญาติ พี่น้อง ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในระยะแรก เมื่อผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ครอบครัว ญาติพี่น้องกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ จึงเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลเพียง

ลำพัง สอดคล้องกับการศึกษา ของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนัก สร้างความเหนื่อยล้าแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือในการลดภาระจากการดูแลผู้ป่วยในยามที่ผู้ดูแลเจ็บป่วย หรือการช่วยดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน และมีความรู้สึกที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

**5.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 2 ราย และผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นบุตร 1 ราย มีฐานะค่อนข้างยากจนมีภาระหนี้สิน จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ลดลง และต้องมียาใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น ภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร ศรีนัม (2545) พบว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ขัดขวางการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยมีผลให้การรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการแสวงหาทางเลือกในการรักษาต้องหยุดชะงัก เนื่องจากมีปัญหาด้านการเงินและบางรายไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ดูแลให้เหตุผลว่าการอยู่รอดของสมาชิกในครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญกว่าจากการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2541) พบว่า รายได้ครอบครัวที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง เนื่องจากผู้ดูแลไม่ต้องกังวลกับภาระค่าใช้จ่าย ตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำ จะมีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่าย ต้องใช้เวลาไปกับการทำงานเพื่อหารายได้ ส่งผลกระทบถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

## บทที่ 6

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นแบบกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน 2) ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ผลการศึกษามีข้อสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### 1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 4 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงกลุ่มละ 2 ราย อายุตั้งแต่ 59-87 ปี แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 3 ราย โรคหลอดเลือดสมองแตกจำนวน 1 ราย ปัจจุบันมีแผลกดทับที่ก้นกบ 1 ราย ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 3-9 ปี ผู้ป่วย 3 ราย มีคะแนน Barthel index เท่ากับ 0 คะแนน และอีก 1 ราย คะแนน Barthel index เท่ากับ 25 คะแนน ผู้ป่วย 2 ราย ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก อีก 1 ราย ใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและเจาะคอใส่ Tracheostomy tube ผู้ป่วยทุกรายต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดย 2 ราย ติดเชื้อทางเดินหายใจ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน และ 20 วัน ผู้ป่วย 1 ราย ติดเชื้อทางเดินอาหารและแผลกดทับ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน และผู้ป่วยอีก 1 ราย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน จำนวน 4 ราย เป็นเพศหญิง 3 ราย เพศชาย 1 ราย มีอายุตั้งแต่ 44-65 ปี ผู้ดูแลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ และสถานภาพสมรสคู่ ก่อนมาเป็นผู้ดูแลมีอาชีพรับจ้าง 2 ราย ค้าขาย 1 ราย และสวนส้ม 1 ราย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 3 ราย มีอาชีพรับจ้าง 1 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 4,500-40,000 บาท/เดือน มีรายได้ไม่เพียงพอค่าใช้จ่ายและมีหนี้สิน สวัสดิการด้านการรักษา ใช้บัตรประกันสุขภาพจำนวน 2 ราย เบิกหน่วยงานต้นสังกัด 1 ราย ชำระเงินเอง 1 ราย ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย ไม่มีผู้ช่วยในการดูแลที่อยู่ช่วยประจำ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 3-9 ปี ผู้ดูแล 3 ราย ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมง/วัน และ 1 ราย ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 14 ชั่วโมง/วัน มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นคู่สมรส 2 ราย เป็นบุตร 2 ราย ผู้ดูแล 3 ราย มีโรคประจำตัว โดยมี

อาการชาที่มือ 1 ราย เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและต่อกระຈ 1 ราย และโรคความดันโลหิตสูง 1 ราย

## 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 แบบ คือ

**2.1 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส** ผลการศึกษพบว่าผู้ดูแลเป็นสามีของผู้ป่วย 1 ราย และเป็นภรรยาของผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งทั้ง 2 ราย บุตรต้องออกไปทำงาน ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดยภรรยาที่ผู้ดูแลหลักเป็นสามีของผู้ป่วย อยู่ในวัยผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และต่อกระຈ ส่วนภรรยาที่ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยาของผู้ป่วย ปัจจุบันมีอาการชาที่มือข้างขวาและน้ำหนักลดลง ผู้ดูแลทั้ง 2 ราย อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย มีภาระในครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย โดยเลี้ยงหลานและดูแลพี่สาว 1 ราย ทำงานบ้านด้วย 1 ราย

**2.2 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร** ผลการศึกษพบว่า ทั้ง 2 ราย ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย โดยมีบุตรคนอื่นๆ ให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดย 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากครอบครัวค่อนข้างมีฐานะ บุตรคนอื่นๆ ของผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลและเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และอีก 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและต้องทำงานไปด้วย เนื่องจากฐานะยากจน โดยมีบุตรคนอื่นๆ ของผู้ป่วยช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลและเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้เวลากลางวันออกไปทำงานหารายได้ โดยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพัง โดยกลับมาดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวันและหลังกลับจากทำงาน ภรรยาทั้ง 2 ราย มีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว มีภาระในครอบครัวนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย โดยดูแลบุตรและทำงานนอกบ้าน 1 ราย ต้องดูแลบุตรและทำงานบ้าน 1 ราย

## 3. การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

**3.1 การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติพี่น้อง** ผลการศึกษพบว่า ภรรยาที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นหลักโดยลำพัง เนื่องจากบุตรต่างแยกไปมีครอบครัวของตนเอง ส่วนบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ดูแลและผู้ป่วย ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น หรือช่วยเหลือเรื่องงานบ้านบ้างเล็กน้อย ส่วนรูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร ได้รับการช่วยเหลือจากพี่น้อง ด้านค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 2 รูปแบบ ญาติพี่น้องที่ห่างออกไป ช่วยเหลือในด้านการพูดคุยให้กำลังใจ ถามอาการผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

**3.2 การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทุกราย ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยการมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเยี่ยมทั่วไป เช่น สอบถามข้อมูล หรือวัดความดันโลหิตผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ในด้านการมาเยี่ยม ถามอาการผู้ป่วย การแนะนำทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านยานพาหนะในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล โดยผู้ดูแลได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ และผู้ป่วยได้รับเงินผู้พิการ แต่อีก 1 ราย ผู้ป่วยยังไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ รูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นบุตร 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอีก 1 ราย เป็นครอบครัวที่มีฐานะจึงไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ

**3.3 การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทุกราย ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องสวัสดิการผู้พิการ ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้านทางโทรศัพท์ ได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชน ด้านอุปกรณ์การแพทย์และการรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว มาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง

## 4. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**4.1 ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน** ผลการศึกษาพบว่า ทั้งรูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสและบุตร มีปัญหาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย รู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยให้เหตุผลว่าไม่รู้วิธีขอความช่วยเหลือ ทำอะไรไม่ถูกเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความเครียด รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย รู้สึกกลัวและไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ และอีก 1 ราย มีปัญหาในด้านการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการได้

**4.2 รายได้ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเดิมมีฐานะค่อนข้างยากจนอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ไม่สามารถทำงานหารายได้ จึงทำให้รายได้ขาดหายไป อีกทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและการแสวงหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยด้วย รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร ผลการศึกษาพบว่า 2 ราย มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษา 1 ราย มีฐานะค่อนข้างดี จึงไม่มีปัญหาด้าน

เศรษฐกิจ สามารถจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ส่วนอีก 1 ราย มีฐานะค่อนข้างยากจน ผู้ดูแลต้องออกไปรับจ้างขายของเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน

**4.3 เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยญาติพี่น้อง** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย 1 ราย เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยในช่วงระยะแรกในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมเชื่อฟัง กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นบุตร เกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วยในด้านความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแล

**4.4 มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและพาผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากทางเข้าบ้านแคบ ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว

## 5. ผลกระทบจากการดูแล

**5.1 ผลกระทบด้านบวก** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ควรกระทำต่อกัน เมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย อีกทั้งยังได้รับกำลังใจจากบุตรอยู่เสมอ รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร รับรู้การเป็นผู้ดูแล เพื่อเป็นการตอบแทนพระคุณบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรของตนเองเรื่องการกตัญญู

### 5.2 ผลกระทบด้านลบ

**5.2.1 ด้านร่างกาย** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย สภาพร่างกายทรุดโทรมและมีโรคประจำตัว เป็นผลมาจากการรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และในรายที่มีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**5.2.2 ด้านจิตใจ** ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลทั้ง 4 ราย เกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก และเครียดจากภาวะเศรษฐกิจ

## 6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จะมากหรือน้อยนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

**6.1 ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงจะมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเพิ่มขึ้น

**6.2 บทบาทในครอบครัวของผู้ดูแล** ผลการศึกษาพบว่า นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้ว กรณีศึกษาทั้ง 4 ราย มีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละครอบครัว เช่น บทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน การประกอบอาชีพ

**6.3 ผู้ช่วยเหลือในการดูแล** ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 4 ราย มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวและเพียงช่วงเวลาสั้นๆเท่านั้น

**6.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ** ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นกลุ่มสมรส 2 ราย และบุตร 1 ราย มีฐานะค่อนข้างยากจนมีภาระหนี้สิน จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ลดลง และต้องมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

## 7. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

7.1 การศึกษานี้ใช้วิธีสัมภาษณ์กรณีศึกษาเพียงวิธีเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน จึงควรมีการสัมภาษณ์ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

7.2 ผลการศึกษารูปแบบกรณีศึกษาในการศึกษานี้ ไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้

7.3 ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในตำบลที่ทำการศึกษา อาจทำให้กรณีศึกษาไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลบางประการกับผู้สัมภาษณ์

## 8. ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

8.1 พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยวางแผนการดูแลตั้งแต่วันแรกรับจนวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และวางแผนการดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้านโดยจัดระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน โดยแผนการเยี่ยมบ้านควรเป็นไปตามสถานะและระดับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล

8.2 วางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

8.3 ประสานความร่วมมือกับเทศบาลตำบล ผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระผู้ดูแล เช่น จัดสวัสดิการยานพาหนะเพื่อช่วยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น



รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชนที่เลือกสรร : กรณีศึกษา

STROKE CAREGIVING MODELS IN A SELECTED COMMUNITY : A CASE STUDY

อุษา นิ่มอนงค์ 5036199 RACN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : สุปาณี เสนาคิสัย, M.S., วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc.,  
(PRIMARY CARE)

## บทสรุปแบบสมบูรณ์

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดของโรคทางระบบประสาทและเป็นสาเหตุให้เกิดความพิการ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) ในประเทศไทยมีความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.1 และพบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นจาก 75 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2540 เป็น 206.34 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2550 อัตราเสียชีวิต 10.1 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2540 เป็น 20.6 ต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ.2550 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจุบันการแพทย์และการรักษาพยาบาลมีความก้าวหน้าขึ้น จึงช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีชีวิตรอดมากขึ้น (จันทร์รัมย์ ไตรย์ปักษ์ และ สมจิตร์ ตุลาทอง, 2551) ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และในจำนวนผู้พิการร้อยละ 50 จะมีความพิการอย่างรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างน้อยในระยะ 1 เดือนแรกภายหลังเกิดอาการ (วิจิตรา เข้าวพานนท์ และ สุวรรณวิภาคสงเคราะห์, 2550) และร้อยละ 40 มีความพิการมากต้องมีผู้ดูแลต่อที่บ้าน (จันทร์รัมย์ ไตรย์ปักษ์ และ สมจิตร์ ตุลาทอง, 2551) ผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องมีผู้ดูแลเพื่อทำกิจกรรมต่างๆแทนในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติเองได้ ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และในขณะเดียวกันก็พยายามเรียนรู้พร้อมทั้งปรับแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวให้เหมาะสม (รุจา

ภูโพนธ์, 2541) ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่ให้การช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541)

ดังนั้นหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จึงเป็นของญาติพี่น้องและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร และญาติอื่นๆ (สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541) ที่เรียกว่า ผู้ดูแล หรือ ญาติผู้ดูแล การเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของผู้ดูแลมากมาย ผู้ดูแลจึงต้องการความช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลรอบด้านทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ซึ่งรวมถึงเพื่อนบ้าน และบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสามารถเสริมสร้างให้ผู้ดูแลเกิดขวัญและกำลังใจที่เข้มแข็งมากขึ้น มีความมุ่งมั่นที่จะยืนหยัดต่อสู้ เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ (ศศิธร ช่วงสุวรรณ, 2548) การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของผู้ดูแล ในทางตรงกันข้ามการขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยมีสภาพแย่ลง (นันทพร ศรีนัม, 2545; ศิริวรรณ อนันตโท, 2548) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันไปตามบริบทและเงื่อนไขของแต่ละครอบครัว จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลแบบผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ไม่มีเครือข่ายในการช่วยดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดกับอาการของผู้ป่วยและต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง (จันทนา ชาญประโคน, 2550)

จากรายงานจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ.2550 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 2 ในเขต 4 รองจากจังหวัดนครปฐม (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี, 2550) จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน พบว่าในปีพ.ศ.2551 ผู้ป่วยร้อยละ 71.4 มีการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และมีแผลกดทับ (เวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน, 2551) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เนื่องจากผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน จึงต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจำนวนวันนอนสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรกระบบทางเดินหายใจ (รายงานจำนวนวันนอนแบ่งตามกลุ่มโรค โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน, 2551)

### วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในแต่ละรูปแบบ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้ดูแล

## วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเจ็ดเสมียน จำนวน 7 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 70 คะแนน และเคยเข้ามารักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง กันยายน 2552 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน สามารถฟังพูดภาษาไทยได้ยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติ จำนวน 4 ราย

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้ศึกษาทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ็ดเสมียนและประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว เพื่อทำการศึกษาจากเวชระเบียนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและแผนที่บ้านของผู้ป่วยจากผู้รับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน หลังจากนั้นผู้ศึกษาดูตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครั้ง ตามแนวคำถามที่ตั้งไว้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ประมาณ 60 นาที ผู้ศึกษาแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการศึกษา ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามความสมัครใจ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นใบยินยอม ขออนุญาตบันทึกเทปก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ และสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาขออนุญาตผู้ดูแลในการสัมภาษณ์อีกครั้ง ในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่ชัดเจน โดยจะนัดหมายก่อนล่วงหน้าตามความสะดวกของผู้ดูแล หลังจากรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง นำเทปจากการสัมภาษณ์มาถอดเทป นำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดเรียง

ข้อมูลให้เป็นระเบียบ อ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป ค้นหาข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนและตั้งคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป จนกระทั่งผู้ศึกษาไม่สามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมได้อีก

## ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลของผู้ดูแล ผลการศึกษามีดังนี้

### 1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี 2 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรสและรูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร

**1.1 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส** พบว่ากรณีศึกษา 2 ราย มีรูปแบบการดูแลโดยผู้ดูแลหลักเป็นสามี 1 ราย และเป็นภรรยา 1 ราย ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย โดยกรณีศึกษาซึ่งเป็นสามี อยู่ในวัยผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักเพียงคนเดียวและบุตรสาวจะช่วยดูแลผู้ป่วยเล็กน้อยตอนกลางคืน เนื่องจากบุตรสาวต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ ซึ่งเป็นรายได้เพียงทางเดียวของครอบครัว กรณีศึกษาที่ผู้ดูแลหลักเป็นภรรยา มีอาการขาที่มือข้างขวาและน้ำหนักลดลงในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว และยังคงดูแลพี่สาวที่ตามองไม่ค่อยเห็น และหลานอายุ 10 เดือน บุตรสาวและบุตรเขยต้องออกไปทำงานนอกบ้าน 2-3 เดือนที่ผ่านมาบุตรเขยไม่ได้ทำงานจึงช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ครอบครัวมีรายได้จากเงินบำนาญของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ อนันตโท (2548) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ผู้ดูแลป่วยเป็นโรคเรื้อรังเช่นกันและต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว บุตรต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยเนื่องจากฐานะยากจน นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย ให้เหตุผลว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่คู่สมรสควรกระทำต่อกันเมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความห่วงใย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรา ลิ้มเชย (2550) ซึ่งทำการศึกษาความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการดูแลผู้ป่วยเกิดจากความรัก ความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงเป็นหน้าที่ของคู่สมรสที่ต้องดูแลกัน และผู้ดูแลเชื่อว่าการทำหน้าที่ดูแลถือเป็นการร่วมทุกข์ร่วมสุขกับคนที่ตนรัก ในทางตรงกันข้ามการเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ความรับผิดชอบจะถูกสังคมตำหนิได้

**1.2 รูปแบบที่ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร** พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ดูแลหลักเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย โดยมีบุตรคนอื่นๆให้ความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย โดย

กรณีศึกษา 1 ราย ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ทำงานเนื่องจากครอบครัวค่อนข้างมีฐานะ บุตรคนอื่นๆของผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนกรณีศึกษาอีก 1 ราย ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและต้องทำงานไปด้วยเนื่องจากฐานะยากจน โดยมีพี่ชายของผู้ดูแลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องใช้เวลาช่วงกลางวันออกไปทำงานหารายได้ โดยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังและกลับมาบ้านในตอนกลางวันเพื่อดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเป็นครั้งคราว กรณีศึกษา 1 ราย สามียของผู้ดูแลช่วยเตรียมอาหารของผู้ป่วยในตอนเช้า อีก 1 ราย สามีและบุตรของผู้ดูแลช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลต้องออกไปทำธุระนอกบ้าน ผู้ดูแลที่เป็นบุตรรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ซึ่งทำให้ตนเองได้บุญ อีกทั้งลักษณะของความสัมพันธ์ของครอบครัวในสังคมไทย คือ บุตรจะให้ความเคารพ รักใคร่และอุปการะเมื่อบิดามารดาอยู่ในวัยชราและยึดมั่นในค่านิยม หรือจริยธรรมเกี่ยวกับการกตัญญูทดแทนบิดามารดา ผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้มีพระคุณ (รุ่งทิพย์ แสงใจ, 2542) โดยทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคมยังอธิบายว่า บุคคลมิใช่เพียงแค่ปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทที่คาดหวังไว้ในสังคม หรือตามแบบที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่บนพื้นฐานการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ที่มีความสัมพันธ์กัน (เกษม นครเขตต์, 2552) ทั้งในด้านวัตถุและไม่ใช่วัตถุ เช่น ความช่วยเหลือ ความผูกพันทางใจ หนี้บุญคุณ ดังนั้นการที่บุคคลหนึ่งมีความสัมพันธ์กับอีกบุคคลหนึ่ง ย่อมหมายถึงการได้รับประโยชน์ตอบแทน เช่น การตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ (ชนิสรา ปัญญาเรง, 2550)

## 2. การได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

2.1 การได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและญาติพี่น้อง พบว่า กรณีศึกษารูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยลำพัง เนื่องจากบุตรต่างแยกไปมีครอบครัวของตนเอง ส่วนบุตรที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ จึงช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเพียงบางช่วงเวลาเท่านั้น หรือช่วยเหลือเรื่องงานบ้านบ้างเล็กน้อย ส่วนรูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตรได้รับการช่วยเหลือจากพี่น้อง ด้านค่าใช้จ่ายและอุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 2 รูปแบบ ญาติพี่น้องที่ห่างออกไป ช่วยเหลือในด้านการพูดคุยให้กำลังใจ ถามอาการผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง

2.2 การได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านและชุมชน พบว่า กรณีศึกษาทุกรายได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมาเยี่ยมบ้านเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการเยี่ยมทั่วไป เช่น สอบถามข้อมูล หรือวัดความดันโลหิตผู้ป่วย และได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ในด้านการมาเยี่ยม ถามอาการผู้ป่วย แนะนำทางเลือกในการรักษาผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านยานพาหนะในการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ และพบว่า

รูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรส 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล โดยผู้ดูแลได้รับเงินสวัสดิการผู้สูงอายุและผู้ป่วยได้รับเงินผู้พิการ แต่อีก 1 รายผู้ป่วยยังไม่ได้เงินสวัสดิการผู้พิการ รูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นบุตร 1 ราย ได้รับการช่วยเหลือจากเทศบาลตำบล เรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ อีก 1 รายเป็นครอบครัวที่มีฐานะจึงไม่ได้ขอรับสวัสดิการด้านการเงิน จากการศึกษาของ ศศิธรณ์ ช่างสุวรรณ (2548) พบว่าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ ด้านการมาเยี่ยมเยียน ได้ตามทุกข์สุข มีการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าการได้รับความช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีกำลังใจ ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

**2.3 การได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข** พบว่า ทัศนศึกษาทุกรายได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข ในด้านการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำเรื่องสวัสดิการผู้พิการ ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้านทางโทรศัพท์ ได้รับการช่วยเหลือจากโรงพยาบาลชุมชน ด้านอุปกรณ์การแพทย์และการรับผู้ป่วยมาโรงพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นครั้งคราว โดยไม่ได้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน และยังไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและผู้ป่วยอย่างแท้จริง

### 3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**3.1 ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน** พบว่าทัศนศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ถึงแม้ว่าทัศนศึกษาทุกรายได้รับคำแนะนำ และฝึกทักษะขณะที่อยู่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่ยังพบว่าผู้ดูแลทุกราย มีปัญหาด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน ผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย รู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยให้เหตุผลว่าไม่รู้วิธีขอความช่วยเหลือ ทำอะไรไม่ถูกเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ทำให้เกิดความเครียด รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย รู้สึกกลัวและไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ และอีก 1 ราย มีปัญหาในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกอาการได้

**3.2 รายได้ไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สิน** พบว่า ทัศนศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเดิมมีฐานะค่อนข้างยากจนอยู่แล้ว อีกทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถทำงานหารายได้ จึงทำให้รายได้ขาดหายไป และยังคงเสียค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและการแสวงหาทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยด้วย รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร พบว่า 2 ราย มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน โดยทัศนศึกษา 1 รายมีฐานะค่อนข้างดี จึงไม่มีปัญหาเศรษฐกิจสามารถจัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยได้ตามความต้องการ ส่วนอีก 1

รายมีฐานะค่อนข้างยากจน ผู้ดูแลต้องออกไปรับจ้างขายของเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว ซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ชาญประโคน (2550) ที่พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เกิดภาวะไม่สมดุลของภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว มีหนี้สินหลังจากมีสมาชิกในครอบครัวป่วย จากการที่มีรายได้ลดลงและมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

**3.3 เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วย ญาติพี่น้อง** พบว่า กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย เกิดความขัดแย้งกับผู้ป่วยในช่วงระยะแรกในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมเชื่อฟัง กรณีศึกษารูปแบบที่เป็นบุตรทั้ง 2 รายเกิดความขัดแย้งกับญาติพี่น้องในการดูแลผู้ป่วยในด้านความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการดูแล โดยกรณีศึกษา 1 รายผู้ดูแลรู้สึกว่ามีพี่ชายเพิกเฉย ไม่สนใจต่อการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง อีก 1 รายมีความขัดแย้งกับพี่ชายเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากในบางเดือน เงินที่ได้รับจากพี่ชายไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ซึ่งการเกิดความขัดแย้งกับบุคคลภายในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (นันทพร ศรีนัม, 2545)

**3.4 มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล** พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย ใช้รถเข็นไม่ต่อพ่วงกับรถจักรยานยนต์ และให้ผู้ป่วยนอนบนรถเข็นไม่เพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล อีก 1 ราย มีความยากลำบากในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบและแฉะเวลาฝนตก รถยนต์ไม่สามารถเข้าไปได้ ไม่มีรถยนต์ส่วนตัว กรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเหตุฉุกเฉิน จะโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย มีความยากลำบากในเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมีรถยนต์ส่วนตัวก็ตาม ส่วนอีก 1 ราย ถึงแม้บ้านผู้ดูแลจะอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลมากนัก แต่เนื่องจากทางเข้าบ้านค่อนข้างแคบ ผู้ดูแลต้องใช้วิธีพาผู้ป่วยนั่งรถเข็นไปโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นความยากลำบาก

#### 4. ผลกระทบจากการดูแล

**4.1 ผลกระทบด้านบวก** พบว่า กรณีศึกษาทุกรายรับรู้ผลกระทบต่อการเป็นผู้ดูแลในเชิงบวก ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่ควรกระทำต่อกันเมื่อยามเจ็บป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความห่วงใย อีกทั้งยังได้รับกำลังใจจากบุตรอยู่เสมอ รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตรรับรู้การเป็นผู้ดูแลเพื่อเป็นการตอบแทนบิดา มารดา อีกทั้งยังส่งผลให้ได้รับบุญ และความชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นโอกาสที่จะได้สอนบุตรของตนเองเรื่องการกตัญญู

## 4.2 ผลกระทบด้านลบ

4.2.1 ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 4 ราย มีสภาพร่างกายทรุดโทรมและมีโรคประจำตัว เป็นผลมาจากการรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และในรายที่มีโรคประจำตัว ไม่มีเวลาไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง อีกทั้งต้องดูแลผู้ป่วยตลอดทั้งวันโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ โดยกรณีศึกษา 1 ราย ป่วยเป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และคอกระຈก อีก 1 รายมีอาการชาที่มือข้างขวาซึ่งมีสาเหตุมาจากการยกตัวผู้ป่วย น้ำหนักลด รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา รูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร 1 ราย มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงแต่ไปรับการรักษาไม่ต่อเนื่องโดยให้เหตุผลว่าไม่สามารถทิ้งผู้ป่วยไปได้เนื่องจากไม่มีใครดูแลแทน และต้องเสียเวลาทั้งวันในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล อีก 1 รายมีอาการปวดหลังและเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของฤทัย แสนลี (2549) ที่พบว่าผู้ดูแลต้องการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ไม่มีเวลาสนใจสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลต้องใช้เวลานาน

4.2.2 ด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลทั้ง 4 รายเกิดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนัก และ 3 ราย เครียดจากภาวะเศรษฐกิจ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องใช้ระยะเวลาการดูแลที่ยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (ฤทัย แสนลี, 2549)

## 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแล

พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย จะมากหรือน้อย ขึ้นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

5.1 ระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 3 รายผู้ป่วยมีระดับคะแนน Barthel Index 0 คะแนน และ อีก 1 ราย มีระดับคะแนน 25 คะแนน ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 4 ซึ่งมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยมีคะแนน Barthel Index 0 คะแนน มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากรณีศึกษารายอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยเจาะคอ ใส่ Tracheostomy tube ต้องดูแลเสมหะบ่อย และมีความต้องการออกซิเจนเป็นบางครั้ง นอกจากการดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลต้องดูแลอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ รวมถึงการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อ ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแล ดังนั้นระดับความรุนแรงความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย โดย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสูงจะมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเพิ่มขึ้น

**5.2 บทบาทในครอบครัวของผู้ดูแล** พบว่า นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้ว ทัศนศึกษาทุกรายมีบทบาทอื่นๆที่ต้องรับผิดชอบแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละครอบครัว โดยรูปแบบที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสที่เป็นภรรยา มีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน ส่วนรูปแบบผู้ดูแลที่เป็นบุตร มีบทบาทของภรรยาและมารดาที่ต้องดูแลบุตรและสามีของตนเอง อีกทั้งการดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และ 1 รายต้องหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวด้วย โดยรับจ้างขายของที่ร้านค้าภายในหมู่บ้าน และต้องดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงเวลากลางวัน ดังนั้นบทบาทในครอบครัวจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบบทบาทอื่นๆไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย

**5.3 ผู้ช่วยเหลือในการดูแล** พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 รูปแบบ มีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวและเพียงช่วงเวลาสั้นๆเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า ทัศนศึกษาผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรส 1 ราย และที่เป็นบุตร 1 ราย ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยแทนเมื่อผู้ดูแลเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรสต้องจ้างบุตรสาวตนเอง และที่เป็นบุตรต้องจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้ป่วย และผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นบุตรอีก 1 รายต้องให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเพียงลำพังเมื่อตนต้องออกไปทำงาน จำนวนผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย

**5.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ** พบว่า ทัศนศึกษาผู้ดูแลรูปแบบที่เป็นคู่สมรสทั้ง 2 ราย และที่เป็นบุตร 1 ราย มีฐานะค่อนข้างยากจนมีภาระหนี้สินจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพ ทำให้มีรายได้ลดลง และต้องมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ภาวะเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและการแสวงหาทางเลือกในการรักษาต้องหยุดชะงัก เนื่องจากมีปัญหากการเงินและบางรายไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (นันทพร ศรีนิม, 2545)

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้พบข้อจำกัดในการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษานี้ใช้วิธีสัมภาษณ์ทัศนศึกษาเพียงวิธีเดียว ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน จึงควรมีการสัมภาษณ์ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

2. ผลการศึกษาแบบกรณีศึกษาในการศึกษาค้างนี้ ไม่สามารถนำไปอ้างอิงกลุ่มประชากรอื่นได้

3. ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในตำบลที่ทำการการศึกษา อาจทำให้กรณีศึกษาไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลบางประการกับผู้สัมภาษณ์

### ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนวางแผนการดูแลต่อเนื่องถึงที่บ้าน จัดระบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านให้มีแบบแผนการเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน ตามสถานะและระดับพยาธิสภาพของผู้ป่วยและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล

2. วางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

3. ประสานความร่วมมือกับเทศบาลตำบล ผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาระผู้ดูแล เช่น จัดสวัสดิการยานพาหนะเพื่อช่วยพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล หรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ เป็นต้น

**STROKE CAREGIVING MODELS IN A SELECTED COMMUNITY: A CASE STUDY**

USA NIMANONG 5036199 RACN/M

M.N.S. (COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTITIONER)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SUPANEE SENADISAI, M.S.,  
WANTANA MANEESRIWONGUL, D.N.Sc., (PRIMARY CARE)**EXTENDED SUMMARY****Background and Significance of the Problem**

Stroke is the most frequently encountered disorder of the nervous system and a major cause of disability (Prasat Neurological Institute, 2007). In Thailand, the prevalence of stroke is 1.1% whereby the overall national rate of hospitalization from stroke increased from 75 per one hundred thousand people in 1997 to 206.34 per one hundred thousand people in 2007. The mortality rate increased from 10.1 per one hundred thousand people in 1997 to 20.6 per one hundred thousand people in 2007 (Bureau of Non-Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2007).

Current advances in medicine and medical treatment have increased survival rates for stroke patients (Chantararat Traipak and Somchit Tulatong, 2008). Surviving patients usually have disabilities and 50% of disabled patients have severe disabilities preventing them from practicing self-care for a minimum one month following the occurrence of symptoms (Wichitra Chaopanon and Suwanna Wipaksongkro, 2007). Moreover, 40% of disabled patients require home-based caregivers (Chantararat Traipak and Somchit Tulatong, 2008) to perform various activities the patients are unable to perform. Families of patients participate in providing care while attempting to learn and adjusting family lifestyle plans as fitting (Rutja Phuphaibul, 1998), so families

become a significant source of benefits in providing support in response to patients' needs for essential care (Chom Suwanna, 1998).

Therefore, the duties and responsibilities of providing home-based care for patients falls to relatives, such as spouses, fathers, mothers, children and other relatives (Surirat Chuangsawatsak, 1998) who are called caregivers. Accepting the role of a caregiver for a stroke patient causes many changes in the lifestyles of caregivers, so caregivers need help from their family and outside the family. When caregivers receive support from family, society, neighbors or health care personnel, caregivers are encouraged to have better morale and determination in providing quality care for patients (Sasithorn Changsuwan, 2005). Therefore, social support is an important source of benefits for caregivers. In the opposite, lack of support from social networks diminishes the quality of care provided for patients (Nantaporn Srinim, 2002; Siriwan Anantato, 2005). Care-giving models for stroke patients differ depending upon the environments and conditions of each family. According to the research findings, the care-giving model of single primary caregivers with no care support networks caused caregivers to feel stressed by the patients' symptoms and required them to bear the burden of providing care for patients alone (Chantana Chanprakone, 2007).

According to reports on the number of in-patients with stroke in Ratchaburi province in 2007, the province had the second highest number of stroke patients in Sector 4, following the proving of Nakorn Pathom province (Office of Disease Control and Prevention 4<sup>th</sup>, Ratchaburi Province, 2007). According to statistics on in-patients with stroke at Chetsamian Hospital, it was found that 71.4% of the patients have been readmitted with complication within 28 days after discharge from the hospital in 2008. The complications were upper respiratory tract infections, urinal tract infections, and pressure sores (In-Patient Medical Records, Chetsamian Hospital, 2008). Some patients cannot be discharged from hospital because caregivers are not prepared to provide home-based care-giving, so the patients need to be hospitalized for a long periods of time. In addition it was found that stroke patients have the second highest number of days in hospital following respiratory diseases (Report on Length of Hospital Stay Categorized by Disease Group, Chetsamian Hospital, 2008).

## Objectives of the Study

1. To study home-based care-giving models for stroke patients.
2. To study the problems and obstacles in each model of home-based care-giving for stroke patients.

## Expected Outcomes and Benefits

The findings will provide baseline data for nurses and public health personnel to use as guidelines in providing proper services for stroke patients with in the context of caregiver.

## Study Methodology

The Population for this study comprised 7 primary caregivers of stroke patients living in Chetsamian Subdistricte.

The sample group for this study was selected by purposive sampling. The sample group consisted of caregivers of patients with Barthel index scores of less than or equal to 70 points who had received treatment at the In-Patient Department, Chetsamien Hospital, for complications such as respiratory tract infections, urinal tract infections and pressure sores from October of 2008 to September of 2009. The caregivers spent most of their time in providing care for patients and had care-giving experience of at least 1 month. The sample group was able to hear and speak Thai, consented to participation in the research and cooperated in the study. The samples qualified 4 cases.

## Data Collection

Once the researcher had received approval from the Ethical Committee on Human Rights, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, the investigator send a letter to request permission from the Administrator of Chetsamian Hospital and coordinated with the Head of the Department of Family Medicine in order to review medical records to select the sample group and requested maps to patients' homes from home care nurses. Later on, the investigator visited the patients at home and collected data by interviewing the sample group with a set of questions for a period of

approximately 60 minutes. The investigator introduced herself, create trust relationship and explained the study objectives and data collection procedures and asked for permission in collecting data. The study then had the respondents sign informed consent, requested permission to make an audio recording before proceeding with the interview and interviewed by using open-ended questions. After completing interviews, the investigator requested permission to interview caregivers again in cases of unclear data by making appointments as convenient for the caregivers. After collecting data in each time, the investigator transcribed the interview tapes, checked data record forms for accuracy, organized the data, identified the data acquired from the transcriptions, searched for incomplete data and set additional questions for future interviews until the investigator was unable to discover any additional data.

## Study Findings

This study comprised a case study with objectives of exploring home-based care-giving models for stroke patients, along with the problems, and obstacles faced by caregivers in providing care. The findings were as follows:

### 1. Patient Care-giving Models

There were two caregiving models for stroke patients whom primary caregivers were spouses and their children.

**1.1 Models Whom Spouses are Primary Caregivers** – two of the case studies had care models with spouses as primary caregivers, one was husband, another was wife. In both cases, the caregivers' children had to go out for work and had no time to provide care for the patients. The case study who was a husband was a senior adult with heart disease who was the primary caregiver for the patient and had a daughter to provide minor care for the patient at night because the daughter had to work and provide the entire family income. The case study who was a wife had numbness in her right hand and had lost weight over the past year. She had to provide care for the patient alone and also had to take care for her older sister who did not see very well with a 10 months year old grand daughter. Her daughter and son-in-law had to work outside the home. Her son-in-law had not been working for the past 2-3 months thus he can assist provide care for the patient sometimes. The family income was the patients' pension. This finding was consistent with the study by

Siriwan Anantato (2005) who found care-giving models for stroke patients in the Bangkok Metropolitan and surrounding areas where spouses were primary caregivers who also had chronic diseases. They had to perform primary duties in providing care for patients alone. Their children had to go out for work with no time to care for patients because of their poverty-stricken state. Furthermore, according to the study findings, both spouse caregivers offered the reasons that providing care for the patients was a duty spouses to perform for one another during illness and spouses provided care for patients with love and care, which was consistent with the study of Intira Limcheoi (2007), who studied the beliefs of wives concerning the illnesses of husbands who had had strokes and found that the wives cared for patients because of love and attachment to the patients. Therefore, it is the duty for spouses to care for one another and caregivers believe performing the duty of providing care to be considered living with their loved one “for better or worse”. On the contrary, ignorance or negligence in duties and responsibilities invites the criticism of society to.

**1.2 Care-giving Models with Children as Primary Caregivers,** according to the research findings, both of the case studies in this category were daughters of patients while other children of the patients provided support in the area of all expenses for the patient. One case study performed the duty of caring for patients alone. The case study did not work because the family had rather good financial status, so the patient’s other children took responsibility for all expenses incurred in providing care for patients. The other case study provided care for the patient and also worked due to their poor financial status. The caregiver’s brother was responsible for expenses incurred in providing care for the patient. The caregiver had to spend the whole day working to earn income, so the patient was left alone but she can come back home during the day to giving care for patient. Both case studies had periodic support from family members. One case study’s husband helped prepare food for the patient in the morning. The other case study’s husband had children to help take care of the patient sometimes when the caregiver had to run errands away from home. The primary caregivers who were the daughter of the patients perceived that providing care for the patients was the duty of children as a means of showing gratitude to parents and also gave them an opportunity to make merit. Furthermore, the characteristics of family relationships in Thai society designate that children respect,

love and care for elderly parents and uphold values or ethics concerning gratitude to elderly parents who were considered their benefactors (Rungtip Pangchai, 1999). The social exchange theory also explains that people do not only perform activities in line with roles designated by societal expectations or teachings but the relationship between individuals is based on decisions in exchanges between persons who have relationships with one another (Kasem Nakornket, 2009) in terms of material and non-material aspects e.g. support, psychological bonds and debts of gratitude. Therefore, if a person has a relationship with another person, the person will be benefitted e.g. reciprocation benefactors (Chanisara Panyareng, 2007).

## **2. Assistance from Social Networks**

**2.1 Support from Family and Relatives** - According to the study findings on the care-giving models where spouses were primary caregivers, the case studies were found to provide primary care for patients alone because children had moved away to have their own families and the children who lived in the same home as the caregivers and patients had to work to provide income so they were able to help provide care for patients only sometimes or helped only with minor housework. As for care-giving models with daughter as primary caregivers, the caregivers received support from siblings in terms of expenses, equipment and instruments in taking care of patients. Relatives and siblings who lived farther away helped encourage the caregivers and asked questions concerning the patients' symptoms of patients, which was not direct care-giving support.

**2.2 Support Received from Neighbors and Communities** – According to the study findings, all of the case studies received support from public health volunteers in occasional home visits which were routine visits e.g. asking information or measuring patient blood pressure. The case studies received support from neighbors who visited, asked questions concerning patients' symptoms, recommended alternative treatment and supported with transportation for taking patients to hospital or transporting medical equipment. According to the study findings, one case study who was a spouse as the primary care giver received support from the Local government in that caregivers received senior citizen benefits and the patient received disability allowances. In the other case study in this category, however, the patient did not receive financial benefits. In one care-giving model where

the daughter as the primary caregiver, the case study received support from the local government in the area of benefits for senior adults. The other case study was in a good financial status and did not ask for financial benefits. According to the study of Sasithorn Changsuwan (2005), caregivers were found to receive support in the form of visits, questions about the patient's condition and suggestions in providing care for patients. Caregivers perceived support which generated positive feelings and encouraged caregivers that they were not alone.

**2.3 Support from Public Health Personnel** - According to the findings, all of the case studies were found to receive support from public health personnel concerning teaching for providing care to patients while they were in hospital, recommendations regarding disability benefits, recommendations by telephone from nurses with regard to the care of patients when unusual symptoms occurred at home, support from community hospitals in terms of medical equipment and transporting patients to the hospital in case of emergencies. Family nurse practitioners visited the patients with stroke at home periodically with no definite plans thus they can not respond to the real needs of patients and caregivers.

### **3. Problems and Obstacles in Caring for Stroke Patients**

**3.1 Caregivers Lack Knowledge and Skills in Caring for Patients with Complications** – Three case studies were found to lack previous experience in caring for patients with stroke, even though every case study had received advice and practiced their skills while the patients were admitted in the hospital in terms of activities of daily living, preventing complications and rehabilitating the patients. However, every caregiver was found that they lacked knowledge and skills in caring for the patients during emergencies. The caregiver who was the spouse felt frightened when the patient exhibited abnormal symptoms or an emergency occurred, offering the reasons that she did not know how to help and what to do when the patient had abnormal symptoms which made her feel stressed. In case caregivers were daughter, one felt frightened and lacked confidence in caring for the patient when the patient exhibited abnormal symptoms. Another had problems in observing the patients' abnormal symptoms, offering the reason that the patient could not tell her about the symptoms.

**3.2 Insufficient Income and Debts** – In the care-giving models where spouses were caregivers, the case studies were found to have economic problems because their former status was already rather poor. Moreover, both the patient and caregiver were no longer able to make a living, so they suffered income loss and had to pay for expenses associated with the patient's treatment and seek alternative treatment for the patient. In the care-giving model where daughter were caregivers, two of the case studies had different economic status whereby one case study had fairly good financial status and thus had no economic problems and was able to procure equipment and conveniences in order to care for the patient as needed. As for the other case study, her financial status was quite poor, so the caregiver had to work as a salesperson in order to earn income to cover the family's expenses which was the reason the patient was left at home alone during the daytime. These findings concurred with those of a study conducted by Junthana Chanprakhon (2007) who found that families with stroke patients suffered economical imbalance in their families with debts following the illness of family members due to decrease income and additional expenses associated with caring for the patients.

**3.3 Conflicts with Patients, Relatives and Siblings** – According to the study findings, one case study where the spouse was the primary caregiver had conflicts with the patient during the first period of care because the patient resisted and did not obey. Both case studies where daughter were the primary caregivers faced conflicts with relatives about providing care for the patients and expenses incurred in providing care. One case study felt the case study's brother ignored the situation and did not care for the patient. The other case study had to provide care for the patient alone and faced conflicts with the case study's brother concerning expenses in providing care for patient because the money received from the case study's brother was insufficient to cover expenses incurred some months. Conflicts with family members or relatives caused stress for caregivers (Nantaporn Srinim, 2002).

**3.4 Difficulty in transferring Patients to Hospital** – According to the study findings, all of the case studies faced difficulty in moving and taking patients to hospital. One case study who was a spouse as the primary caregiver used a wooden wheelchair connected to a motorcycle and let the patient lie down on the wooden wheelchair in order to take the patient to hospital. The other case study had

difficulty in taking the patient to hospital because the entrance to the house was narrow and wet when there was rain. Therefore cars could not enter and the case study had also no car. When the patient had complications or emergencies, the case study would telephone to request help from the hospital. One case study where the daughter was the primary caregiver had difficulty transporting the patient to hospital, even though the case study had a car. As for another case study, even though the caregiver's home was not very far from the hospital, the caregiver had to take the patient to hospital on a wheelchair because of the narrow entrance to the house which seemed difficult for the caregiver

#### **4. Impacts of Care-giving**

**4.1 Positive Impacts** – Every case study was found to perceive the positive impacts of being a caregiver. The caregivers who were spouses perceived that caring for the patients was a duty that should be carried out whenever either spouse was ill and cared for their spouses with love and concern while also receiving constant encouragement from their children. In the model where caregivers were daughters, the caregivers perceived that caring for the patients was reciprocating the care they had received from their parents that also had the effect of making merit and receiving the admiration of those around them. Care-giving also gave them an opportunity to teach their own children about gratitude.

#### **4.2 Negative Impact**

**4.2.1 Physical Impact** – All 4 of the caregivers were found to suffer physically and had chronic diseases themselves as a result of bearing the burden of caring for the patients at all times. And in cases where the caregiver had chronic diseases, there was no time to go and receive continual treatment. In both care-giving models where spouses were caregivers, the couples were elderly adults who had the problem of weakening bodies but still had to care for the patients all day long as they had no helpers. One case study had heart disease, hypertension and cataracts. In another case, the caregiver had numbness in her right hand from lifting the patient and suffered weight loss because she could not eat meals on time. In the model where daughter were caregivers, one case had hypertension but was not able to and receive treatment on a continual basis, offering the reason that she was unable to leave the patient alone because there was no one to take care of him in

her place. And she had to spend all day in receiving treatment at the hospital. In another case, the caregiver suffered back aches and fatigue from caring for the patient. These findings concurred with a study conducted by Reuthai Saendee (2006) who found that caregivers have to provide the best care possible for patients and that most of their time is spent in care-giving, so they have no time to pay attention to their own health combined with the fact that going to the hospital for an examination requires a great deal of time.

4.2.2 Mental Impact – All four case studies were found to experience stress from having to care for the patients all of the time, which was a rather burdensome task. Furthermore, three caregivers were stressed by economic conditions as caring for cerebrovascular patients requires long periods of time which caused the caregivers to feel stressed (Reuthai Saendee, 2006)

## **5. Factors Related to Problems and Obstacles in Care-giving**

The problems and obstacles encountered in caring for the patients were found to more or less depend upon the following related factors:

**5.1 Patients' Level of Illness Severity** – Three of the patient case studies were found to have Barthel Index scores of 0 points and another had 25 points, which was a level of severity requiring heavy reliance on a caregiver. The research findings also discovered that the fourth case study, who had a daughter as primary caregiver, was a patient with a Barthel Index score of 0 points with greater difficulty and complexity in caring for the patient than the other case studies because the patient had a tracheostomy tube requiring frequent mucous suctioning and sometimes requiring oxygen. In addition to caring for the activity of daily living, prevention of complications and rehabilitation for the patient, the caregiver had to care for medical equipment and instruments, including cleaning and sterilizing which was found to be a problem and obstacle for the caregiver. Therefore, the level of patient illness severity is a factor related to the problems and obstacles of providing care for patients whereby patients with high levels of severity encounter more problems and obstacles in care-giving.

**5.2 Caregiver Familial Roles** – In addition to their roles as primary caregivers, all of the case studies were found to have other roles with differing areas of responsibility in line with the circumstances of each family. The care-giving

model with spouses (wives) as caregivers, the caregivers also had the roles of caring for family members and the orderliness of their homes. As for the model where caregivers were daughters, the caregivers also had the roles of wives and mothers who had to care for their own children and husbands while also seeing to the orderliness of their homes. In one case, the caregiver also had to make a living by working as a salesperson at a shop in her village to cover the expenses of her family in addition to caring for the patient. The patient had to stay home alone during the daytime, so familial roles are another factor related to problems and obstacles in care-giving because caregivers do not have the exclusive role of only caring for patients, but have to take responsibility for other roles in addition to caring for patients.

**5.3 Caregiver Assistants** – Both types of caregivers were found to have only one primary caregiver. Family members would help the caregivers with the patients from time to time and only for short periods of time. The study findings indicated that one of the caregiver case studies who was a spouse and one of the caregiver case studies who was a daughter had no one to care for the patients when the caregivers were sick. The caregiver who was a spouse had to hire her own daughter and the caregiver who was a daughter had to hire a caregiver to take care of the patient. Moreover, another caregiver who was a daughter had to leave the patient alone at home when she had to go out to work. Therefore, the number of helpers in providing care for patients is one factor related to the problems and obstacles encountered in care-giving.

**5.4 Economic Status** – Both of the case study caregivers who were spouses and one who was a daughter were rather poor and had debt burdens due to the fact that the patients and caregivers were unable to earn a living. Consequently, their incomes were decreased and they had to face additional expenses incurred in the patients' care. Hence, economic status is a factor related to the problems and obstacles faced in caring for patients. Caregivers who have economical problems are a factor affecting treatment and recovery while searching alternative treatment comes to a halt due to financial problems and inability to provide proper care for patients in some cases (Nanthaporn Srinim, 2002).

## Study Limitations

This study encountered the following limitations:

1. The present study employed the method of interviewing the case studies only which may not have yielded thorough or complete information. Therefore, families, relatives, neighbors, community leaders and public health personnel involved in the care of the patients should also be interviewed.
2. The findings of this case study cannot be used as a reference for other population groups.
3. The investigator works at a community hospital in the subdistrict where the study was conducted, which may have made the case studies hesitant to disclose certain information to the interviewer.

## Recommendations

The findings yielded the following recommendations:

1. Multidisciplinary teams should develop model for discharging stroke patients plans from the first day of admission to hospital until hospital discharge, including plans for continued home-based care, arranging a system for visiting patients with definite home visiting plans in line with the conditions and pathology level of patients and the assistance needs of caregivers.
2. Planning for the physical, mental, social and spiritual care and health of patients' caregivers.
3. Coordination of cooperation between local government and community leaders providing assistance for the care of patients in order to ease the burdens of caregivers. For example, make arrangements for vehicles to help take patients to the hospital or transport for medical equipment.

## รายการอ้างอิง

- กรรณิกา คงหอม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของการดูแล สัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย ความต้องการการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัตติกา ธาระขว้าง. (2551). กลไกของเครือข่ายทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการสูงวัย อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุไทย ในจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต, สาขาประชากรศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิ่งแก้ว ปาจริย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส จำกัด.
- กิริดา ไกรนุวัตร. (2551). แนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล23(1): 10-21.
- เกษม นครเขตต์. (2552). เอกสารวิชาการ แนวคิดและทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม. กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. Retrieve December 13, 2009 from <http://www.edtechno.com/th/files/social/0004.pdf>.
- กฤษณา พิรเวช. (2552). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ในมณีรัตน์ รัตนไชยานนท์ และธีรพงษ์ ตัณฑวิเชียร (บก). เวชศาสตร์ร่วมสมัย: วิชาการแพทย์ก้าวหน้า ประสานใจพัฒนาคุณภาพชีวิตไทย. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ขวัญสุภา วงศ์บา. (2544). คุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุพิการ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล, 47(3), 147-154.
- จินตนา สมนึก. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จันทนา ชาญประโคน. (2550). *สัมพันธภาพและกระบวนการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จันทร์ธัม ไตรย์ปักษ์ และ สมจิตร ตุลาทอง. (2551). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการ*. *วารสารกองการพยาบาล*, 35(3), 113 -129.
- เจียมจิต โสภณสุขสถิต. (2544). *ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้าและการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนิสรา ปัญญาเริง. (2550). *เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในตำบลเสริมกลาง อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชินลัค สวรรณอจรรย์. (2549). *เครือข่ายทางสังคม*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- คุษฎี รุจจนเวท. (2540). *เครือข่ายทางสังคมของผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ในชุมชนชนบท*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิตยา ทิพย์สำเหนียก. (2544). *ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญาภรณ์ ดาวนพเก้า. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทพร ศรีนิม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2544). *โรคหลอดเลือดสมอง: Stroke*. ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิภา นิยมไทย. (2545). *ระยะเวลาในการดูแล เหตุการณ์ชีวิตครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว และความผาสุกของสมาชิกครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. (2549). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประกอบพร ทิมทอง. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปาริฉัตร กุลยาบาล. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิยะภัทร พัชราวิวัฒน์พงษ์. (2547). ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมในกึ่งแก้วปารีชัย (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: สถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม, รัตนา มินะพันธ์, ประเสริฐพร จันทร, สมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, เสาวลักษณ์ จันทรเกษมจิต และ อำไพ อยู่วัลย์. (2549). ความน่าเชื่อถือของแบบประเมินบาร์เชล ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคอัมพาตหลอดเลือดสมอง, *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร* 16(1): 1-8.
- ปราณี สุทธิสุคนธ์, จิราพร ชมพิกุล, และ เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม. (2552). บทบาทและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 7(3): 59-74.
- ปฤดา พรหมเลิศ. (2549). การประสานเครือข่ายทางสังคมในการป้องกันอุทกภัยในเขตลุ่มน้ำปิงตอนล่าง. *วารสารรามคำแหง*. 23(1), 221-233.
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554. เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม, 2554, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Plan10/Plan10-50.pdf>
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดฉิมชัย. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พระมหาสุทนต์ อาภากรโร. (2548). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพฯ: พิสิษฐ์ไทย ออฟเซต.
- เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2548). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสตรีโรคในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ภรภัทร อิมโธฐ. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มินตกาญจน์ ชะลอรัญ. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชบัณฑิตยสาร, 9(2), 156-164.
- รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ : หจก.วี เจ พรินต์ติ้ง.
- รายงานจำนวนวันนอนแบ่งตามกลุ่มโรค โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน. (2551). กลุ่มโรคที่มีจำนวนวันนอนสูงสุด 10 อันดับ. ราชบุรี.
- รายงานประชากรกลางปี อ.โพธาราม. (2551). จำนวนประชากรตำบลเจ็ดเสมียน. ราชบุรี.
- รังสรรค์ ชัยเสวิกุล. (2547). การรักษาทงอายุรกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจริย์ (บก.). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส จำกัด.
- ลักขณา ลีประเสริฐ. (2549). แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับในชุมชนบ้านนาแก ตำบลห้วยอ้อ อำเภอลอง จังหวัดแพร่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริฐ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล และคณะ. (2547). รายงานการวิจัย สถานการณ์ปัญหา ความต้องการและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วราภรณ์ จิธานนท์. (2547). สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ศรีสัมภูวงศ์. (2547). ความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดพันในระยะเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูง, สาขาจิตเวชศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วิจิตรา เชาวน์พานนท์ และ สุวรรณ วิภาคสงเคราะห์. (2550). รายงานการศึกษาวิจัย การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารกองการพยาบาล*, 34(3), 7-20.
- วิทยา ศรีดามา. (2548). *Evidence – Base Clinical Practice Guideline* ทางอายุรกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิราวรรณ คล้ายหิรัญ. (2544). ผลการสอนแนะต่อความพึงพอใจและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิวรรณ มุ่งเขตกลาง. (2542). *ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินา ลิ้มสกุล. (2545). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลเจ็ดเสมียน. (2551). รายงานการ Re admit ภายใน 28 วัน. ราชบุรี.
- ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2548). *ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว*. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และสถิตพงษ์ ธนะวิริยะกุล (บก). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2552). *ระบบประกันคุณภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถาบันและที่บ้าน*. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และ สถิตพงษ์ ธนะวิริยะ (บก). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวรรณ อนันตโท. (2548). *การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: มติทางสัญลักษณ์นิยม*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์และสาธาณสุขมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2550). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ. (2553). พ.ร.บ.คนพิการกับสิทธิทางการแพทย์. เข้าถึงเมื่อ 31 มกราคม, 2554, จาก <http://www.mohanamai.com/UserFiles/File/mnm19-5/P.40-42.pdf>.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4. กรุงเทพฯ : หจก.วี เจ พรินต์ติ้ง.
- สิริชชา จิราจารุภัทร. (2552). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2551). Stroke comprehensive care: poststroke depression. ใน ชุมน สวนกระต่าย และ กมล แก้วกิตติณรงค์ (บก). *เวชศาสตร์ร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุภาพร ขจรฤทธิ์. (2547). *ลักษณะการกลับมาอยู่รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สุภาณี อ่อนชื่นจิต และ ฤทัย ตรีตรง. (2549). การบริการสุขภาพที่บ้าน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชานเมืองการพิมพ์.
- สุมาลี ว่องเจริญกุล. (2540). *เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยาประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์. (2541). *ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สุวรรณา จงห้วงกลาง. (2549). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลต่อความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- เสาวภา พราวตะคุ. (2549). *การเปรียบเทียบความต้องการความช่วยเหลือและความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลระหว่างญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส บุตร และพี่น้องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. (2550). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองใหญ่. Retrieve July 15, 2009 from <http://dpc4.ddc.moph.go.th/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รายงานประจำปี 2550. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อารีย์ แสงรัสมิ. (2547). ความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อริชฐาน ชินสุวรรณ. (2549). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสโตรคที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อินทรา ลิมเชย. (2550). ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมราภรณ์ ภูระยา. (2551). ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:กรณีศึกษา ชุมชน อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อรศิลป์ ชื่นกุล. (2542). การปรับตัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฤทัย แสนสี. (2549). ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Heart Association. (2009). Heart Disease and Stroke Statistics – 2009 Update. Retrieve August 8, 2009, from <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/12402509467>
- American Heart Association. (2008). Circulation. *Journal of the American Heart Association*. Retrieve September 19, 2009, from <http://circ.ahajournal.org/cgi/reprint/CIRCULATION>.
- Ashida, S. & Heaney, C.A. (2008). Social network and participation in social activities at a New Senior Center: Reaching out to older adults who could benefit the most. *Activities Adaptation & Aging*, 32(1), 40-58.

- Drentea, P., Clay, O.J., Roth, D.L. and Mittelman, M.S. (2006). Predictors of improvement in social support: five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science & Medicine*, 63, 957-967.
- Haley, W.E., Allen, J.Y., Grant, J.S., Clay, O.J., Perkin, M. & Roth, D.L. (2009). Problem and benefit report by stroke family caregiver. Retrieve July 20, 2009 from <http://stroke.ahajournals.org>.
- Hunt, C.K. (2003). Concept in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*. First Quarter, 27-32.
- Thanakwang, K. (2008). *Mechanisms by which social networks influence healthy aging among the Thai elderly in Nan Province*. Ph.D. Thesis in Demography, Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.
- King, R.B., Semik, P.E. (2006). Stroke caregiving difficult time, resource use, and need during the first 2 years. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4), 37-44.
- Li, L.W. (2004). Caregiving network compositions and use of support service by community-dwelling dependent elders. *Journal of Gerontological Social work*, 43(2/3), 147-164.
- Limpanichkul, Y. & Magilvy, K. (2004). Managing caregiving at home: Thai caregiver living in the United States. *Journal of Cultural Diversity*, 11(1), 18-24.
- Lingler, J.H., Sherwood, P.R., Crighton, M.H., Song, M.K., Happ, M.B. (2008). Conceptual challenge in the study of caregiver-care recipient relationship. *Nursing Research*, 57(5), 367-372.
- Nakonezny, P.A. & Denton, W.H. (2008). Marital relationships: A social exchange theory perspective. *The American Journal of Family Therapy*, 36, 402-412.
- Nir, Z., Greenberger, C., & Bachner, Y.G. (2009). Profile Burden and Quality of Life of Israeli Stroke Survivor Caregivers: A Longitudinal Study. *Journal of Neuroscience Nursing*, 41(2), 92-105.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Repenning, K.M. (2001). *Nursing Concept of Practice* (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Mosby.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Norewallo: Appleton-Century Crofts.

- Shin, J.Y. & McDonough, R.G. (2008). Type availability and perception of social support among parent of young children with cognitive delays in Vietnam. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(2), 131-139.
- Swanson, E.A., Jensen, D.P., Specht, J., Johnson, M.L., Maas, M. & Saylor, D. (1997). Caregiving: Concept analysis and outcome. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(1), 65-79.
- Yao, K.W., Cheng, S.P., & Chen, I.J. (2008). Relationships Between Personal Depression and Social Network Factors and Sleep Quality in Community-Dwelling Older adults. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 131-139.



ภาคผนวก ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่เลือกสรร : กรณีศึกษา

ชื่อผู้วิจัย นางสาว อุษา นิ่มอนงค์

รองศาสตราจารย์ สุภาณี เสนาคิสัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

\*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย.....อายุ.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว .....

..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจาก  
ผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้  
ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้  
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัว  
ข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อ  
หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่ .....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่  
ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้  
ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

\*ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

## ภาคผนวก ข

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย/หย่า/แยก
5. อาชีพก่อนเจ็บป่วย ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกร ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย  
☐ พนักงานบริษัท ☐ อื่นๆ ระบุ.....
6. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา  
☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
7. การวินิจฉัยโรค.....
9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง.....ปี.....

เดือน

10. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ☐ เบิกได้ ☐ ขำระเงิน ☐ ประกันสังคม  
☐ บัตรทอง
11. ที่พักอาศัย ☐ บ้านเช่า ☐ บ้านตนเอง ☐ อื่นๆ ระบุ.....
12. จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน
13. จำนวนผู้ดูแล.....คน
14. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย.....บาท/เดือน
15. ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล.....ครั้ง  
ครั้งที่ 1 .....ปัญหา.....ระยะเวลานอนโรงพยาบาล.....  
ครั้งที่ 2 .....ปัญหา.....ระยะเวลานอนโรงพยาบาล.....

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ..... ปี

3. ศาสนา ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม
4. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย/หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา  
( ) อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
- 6.1 ก่อนเป็นผู้ดูแล ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกร ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย  
( ) พนักงานบริษัท ( ) อื่นๆ ระบุ.....
- 6.2 อาชีพปัจจุบัน ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกร ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย  
( ) พนักงานบริษัท ( ) ไม่ได้ทำงาน ( ) อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท  
( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
8. แหล่งที่มาของรายได้ที่ใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย.....  
( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
9. สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ( ) เบิกได้ ( ) ชำระเงิน ( ) ประกันสังคม  
( ) บัตรทอง
10. ผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ( ) มี.....คน ( ) ไม่มี
11. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน  
เวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน.....ชั่วโมง/วัน
12. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ( ) สามิ/ภรรยา ( ) พ่อ/แม่ ( ) บุตร ( ) หลาน ( ) พี่/น้อง ( ) อื่นๆ ระบุ.....
13. โรคประจำตัว ( ) ไม่มี ( ) มี ระบุ.....
14. ท่านพักอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่  
( ) อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย  
( ) ต้องเดินทางมาดูแล ระยะทาง.....กิโลเมตร  
ระยะเวลาการเดินทาง.....ชั่วโมง.....นาที

## ภาคผนวก ก

### แนวคำถามปลายเปิด รูปแบบเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

#### คำถามทั่วไป

1. เหตุใดท่านจึงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้
2. การเข้ามาเป็นผู้ดูแลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตัวท่านและครอบครัวอย่างไร
3. ท่านจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไร

#### คำถามเฉพาะ

1. ผู้ดูแลมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านอย่างไร
  - 1.1 ท่านมีการจัดการอย่างไรในครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีใครเกี่ยวข้องบ้าง แบ่งหน้าที่กันอย่างไร
  - 1.2 ท่านมีกิจกรรมในแต่ละวันในการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง
  - 1.3 ท่านมีการปรับตัวและเตรียมความพร้อมในการมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างไร เรียนรู้วิธีการดูแลจากใคร และที่ไหน
2. สมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลภายนอกครอบครัวช่วยดูแลผู้ป่วยอย่างไร
  - 2.1 มีใครช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยบ้าง ช่วยเหลืออย่างไร
  - 2.2 การที่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยส่งผลอย่างไรบ้างต่อตัวผู้ป่วยและตัวท่าน
  - 2.3 ท่านต้องการการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือไม่ อย่างไร
  - 2.4 นอกจากญาติท่านได้รับการช่วยเหลือจากใครบ้างในชุมชน อย่างไร
  - 2.5 ท่านสนิทสนม และ มีการติดต่อกับบุคคลที่เข้ามาช่วยเหลือ มาก น้อยเพียงใด
3. การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลจากเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างไร
  - 3.1 ท่านรู้สึกอย่างไรที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.2 เหตุผลของผู้ที่เข้ามาช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วย และท่านรู้สึกอย่างไร
4. ท่านมีปัญหาและอุปสรรคหรือความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างไรบ้างท่านแก้ปัญหาเหล่านั้นอย่างไร

## ภาคผนวก ง

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. การรับประทานอาหาร  
( ) ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)  
( ) มีคนช่วยบางส่วน เช่น ตักเนื้อ เตรียมอาหารให้ (5)  
( ) ทำได้เอง (10)
2. การขึ้นลงจากเตียง  
( ) ลุกจากเตียงไม่ได้ (0) ( ) ลุกนั่งได้ต้องมีคนช่วยพยุง 1-2 คน (5)  
( ) ลุกนั่งได้ ต้องการคนช่วยเหลือน้อย (10) ( ) ลุกนั่งเองได้ ยกเท้าวางบนรถเข็นได้เอง (15)
3. ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม  
( ) ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ( ) ทำได้เอง (5)
4. การเข้าห้องน้ำ  
( ) ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ( ) มีคนช่วยทำให้บางส่วน (5)  
( ) ทำได้เอง (10)
5. การอาบน้ำ  
( ) ต้องมีคนช่วยเหลือ (0) ( ) ทำเองได้ (5)
6. การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน  
( ) นั่งบนรถเข็นแต่ไปไหนเองไม่ได้ (0) ( ) นั่งรถเข็นและไปได้ไกล 50 หลา (5)  
( ) เดินได้ไกล 50 หลา โดยมีคนช่วยเหลือเล็กน้อย (10) ( ) เดินได้เอง อาจใช้ไม้เท้าช่วย (15)
7. การขึ้นบันได  
( ) ขึ้นบันไดเองไม่ได้ (0)  
( ) ขึ้นบันไดได้ต้องการคนช่วยเหลือเล็กน้อย (5)  
( ) ขึ้นบันไดเองได้ อาจจะต้องการเฝ้าระวังช่วย (10)

8. การแต่งตัว

- ( ) ต้องมีคนช่วยเหลือ (0)
- ( ) มีคนช่วยบางส่วน (5)
- ( ) ทำเองได้ รวมทั้งติดชิป ติดกระดุม (10)

9. การถ่ายอุจจาระ

- ( ) ถ่ายอุจจาระเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย (0)
- ( ) อุจจาระเองได้เป็นส่วนใหญ่ต้องการคนช่วยสวนหรือเหน็บยาเป็นบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/สัปดาห์ (5)
- ( ) ทำได้เอง สวนหรือเหน็บยาเองได้ (10)

10. การปัสสาวะ

- ( ) ปัสสาวะไม่ได้ คาสายสวน (0)
- ( ) สวนบางครั้ง ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน (5)
- ( ) ปัสสาวะเองได้ (10)

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0-100)

- 0 – 20 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติเองได้
- 25 – 45 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย
- 50 – 70 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลาง
- 75 – 90 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่
- 100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

## ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวอุษา นิ่มอนงค์

วัน เดือน ปีเกิด

8 พฤศจิกายน 2517

สถานที่เกิด

ราชบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, พ.ศ. 2545 - 2546

ราชบุรี

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2550 - 2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

ที่อยู่ปัจจุบัน

267/35 หมู่ 3 ตำบลคอนตะโก

อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

โทรศัพท์ 032 – 314525

E-mail: giantpla@hotmail.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าเจ็ดเสมียน

โทรศัพท์ 086 – 6606020

E-mail: giantpla@hotmail.com