

แรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะยาว ของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ Motives Inspiring Long-Term Care Management of Caregivers Caring for Stroke Survivors in One District of a Southern Border Province

จิตตินันท์ พงสุวรรณ^{1*}, พิชญ์ชญาณิชฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ¹, และ กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์²
Chittinan Pongsuwan^{1*}, Pichayanit Ruangroengkulrit¹, and Karnsunaphat Balthip²
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา^{1*}, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Boromarajonani College of Nursing, Yala^{1*}, Prince of Songkla University²

(Received: December 27, 2019; Revised: April 22, 2020; Accepted: May 13, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิพากษ์การสร้างความทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian Grounded Theory Approach) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ จากกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการกำหนดรหัส (Coding Analysis) ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญ ในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดการเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษา เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 คือ หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามดูแลผู้ป่วยที่ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นฟู/มีอาการดีขึ้น ระยะที่ 2 คือ กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน ผูกพัน ทิ้งไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล และเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน จูงใจให้ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยที่ อาการทรง ๆ ทรุด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด และระยะที่ 3 คือ ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพยายามดูแลรักษาผู้ป่วยที่ หมดหวัง หมดหนทางรักษา ตามสภาพอาการ ให้เกิดความสุขสบายเท่าที่ตนจะทำได้

ผลการศึกษาสามารถให้แนวทางแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และครอบครัว ที่สอดคล้องกับแรงจูงใจพื้นฐานและแรงจูงใจในการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, ผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง, การบริหารจัดการดูแลระยะยาว, การวิจัยแบบวิธีวิพากษ์การสร้างความทฤษฎีฐานราก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chittinan@bcnyala.ac.th โทรศัพท์ 095-0710417)

Abstract

This study applied the Straussian Grounded Theory Method to explore the perspectives of caregivers on what motives inspire their long-term care management while caring for their stroke survivor patients. Fifteen participants were recruited from the caregivers who had spent at least four hours per day on caring for their stroke patients for six months or more in a sub-district or municipality of one district of a southern border province. Data were gathered by using in-depth audio taped interviews, as well as observations and field notes that enabled concurrent data validation with methodological triangulation. Results seem to suggest the following.

The motives for caregivers' long-term care management while caring for their stroke survivor patients could be divided in two categories. The first category of motives is marked by integrity: it consists in fundamental drive, a full-care engagement from caregivers toward their patients over the long period of care.

The second category follows to the patient's condition, which usually has three stages. In the first stage, the caring practices are anticipating that the patient might make a full recovery or could be able to do some daily living activities. In the second stage, the most powerful influences reinforcing the caregivers' attitude and behaviors where being concerned about developing complications, and the belief that good patient caring could lead them to gain benefits. Caregivers tend to assist the survivors with fluctuating symptoms, in order to maintain some degree of recovery. In the final stage, the caregivers tend to sustain their care for their patients although their cure is hopeless. They try to make their patients as comfortable as possible, until the last minute.

Findings could be applied to guide nursing administrators and nursing practitioners about how to manage the provision of corresponding long-term care for stroke survivors, caregivers, and their families when their caregivers' motives develop and change over time throughout the stroke patients' trajectory.

Keywords: Motive, Caregiver, Stroke, Long-Term Care Management, Grounded Theory

บทนำ

การศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวของที่มีสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสนับสนุน การสอน การปรึกษา และการฝึกอบรม ให้เกิดการปรับตัวและการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผ่านทางโปรแกรมการให้ความรู้ แนวปฏิบัติที่ดี และรูปแบบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Hongsoi, 2012; Kulsawet, 2014; Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas, & Waters, 2017) ที่มีจะเป็นโปรแกรมระยะสั้น จึงยังไม่สามารถยืนยันได้ถึงการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการมองว่าหน่วยงานยังมีข้อจำกัดในการให้บริการหลายเรื่อง เช่น กระบวนการวางแผนจำหน่ายขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว (Nikomrack, 2013) มีเครือข่ายการเยี่ยมบ้าน ดูแล และติดตามประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และมีระบบเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแลในระยะที่ระบบการเยี่ยมบ้านสิ้นสุดลง (Social Medicine Department, 2015) ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการการดูแล (Nikomrack, 2013) และขาด

การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Nikomrack, 2013) ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะดูแลไม่ทราบวิธีการดูแล (Kaewpralad, 2009) ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในระยะยาวที่ความต้องการความช่วยเหลืออาจเปลี่ยนแปลงไป

แม้ว่าผู้ดูแลตระหนักในความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยพยายามส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาของการดูแล พยายามดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และด้วยวิธีการต่าง ๆ ปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และพยายามคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (Hesamzadeh, Dalvandi, Maddah, Khoshknab, & Ahmadi, 2016) ซึ่งจากการสังเกตและสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ของคณะผู้วิจัยในขณะที่ออกไปบริการวิชาการในพื้นที่แหล่งข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้มาร่วมโครงการ เนื่องจาก ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบตลอดเวลาทั้งวัน อย่างไรก็ตาม ความพยายามและความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อาจไม่สามารถช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะเมื่อการมีชีวิตอยู่หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวอย่างมาก ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่การงาน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013; Moeller & Carpenter, 2013) กระทบต่อเศรษฐกิจ Lutz, Young, Creasy, Martz, Eisenbrandt, Brunny, & Cook, 2017; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) และคุณภาพชีวิตในที่สุด (Lutz, & Camicia, 2016)

ภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ในสภาวะที่กดดันจากผลกระทบต่าง ๆ และบริบทการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวย ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตนเอง และครอบครัว อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน ได้อย่างไร จึงยังคงเป็นปรากฏการณ์ที่ต้องการการอธิบายที่ชัดเจนในเชิงลึก ประกอบกับบริบทของพื้นที่แหล่งข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้มาอย่างต่อเนื่อง และประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม (Wikipedia Free Encyclopedia, 2015) ผู้ดูแลจึงอาจมีกระบวนการจัดการเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างวัฒนธรรมที่ผ่านมา อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาประเด็นข้างต้นในบริบทดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในพื้นที่แหล่งข้อมูล โดยใช้การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสตราสส์ (Straussian Grounded Theory Approach) เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการดูแลระยะยาว ที่อธิบายเหตุผลที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะเฉพาะนั้น ๆ (Conditions) ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของยุทธวิธีที่ผู้ดูแลใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ในระยะยาว (Actions/Interactions or Strategies) และผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) อย่างไรก็ตาม บทความวิจัยฉบับนี้ เน้นการนำเสนอ แรงจูงใจของผู้ดูแลในการบริหารจัดการเพื่อเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะอธิบายเหตุผลที่ผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในแต่ละระยะการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเผชิญในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian Grounded Theory Approach)

ผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรก เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับจากวันเริ่มการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล และ 6) อาศัยอยู่ในเขตตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 5 คน จากนั้น คณะผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน (Hypotheses) ด้วยการเปรียบเทียบแนวคิด (Concepts) กับลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลหมวด (Category) นั้น ๆ เพื่อจำแนกความเหมือนและความแตกต่าง ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาว่าแนวคิดนั้น ๆ มีความหลากหลายอย่างไรภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) ในระยะนี้ คณะผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มเดิมร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเป้าหมายเดิมเพิ่มจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องต่าง ๆ เช่น งานประจำ/หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ฐานะทางการเงิน/การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีความพยายามในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ต่างกัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่จะช่วยให้คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลายที่จะทำให้แนวคิด และขอบเขตของทฤษฎีชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัย ได้พยายามมองหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลที่เกี่ยวโยงไปถึง โดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมและการดูแลของผู้ช่วยดูแล และสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพร่วมด้วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบทการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 31-84 ปี (เฉลี่ย 53.2 ปี) จำนวน 5 คน นับถือศาสนาอิสลาม เป็นผู้ดูแลหญิง จำนวน 13 คน โดย 8 คน เป็นบุตรของผู้ป่วย ในขณะที่อีก 5 คน เป็นสามี/ภรรยา ทุกคนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 6 เดือน-15 ปี (เฉลี่ย 4 ปี 10 เดือน) และจำนวน 12 คน มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย ในจำนวนดังกล่าว 4 คน มีปัญหาสุขภาพค่อนข้างรุนแรง นอกจากนี้ 10 คน ยังต้องทำงานควบคู่กับการบริหารจัดการภารกิจการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม 9 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท และมีเพียง 3 คน เท่านั้นที่มีผู้ช่วยดูแลหลัก (ผู้ช่วยดูแลที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป/วัน) สำหรับผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 47-86 ปี (เฉลี่ย 70.2 ปี) โดย 9 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มี Barthel ADLs=0-4 คะแนน ในขณะที่ 5 คน มีความผิดปกติในการรับรู้ และ 6 คน มีบทบาทในครอบครัวลดลง/ไม่มีบทบาทในสังคมอีกต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้รับการพัฒนาทักษะให้สามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย โดยผู้วิจัยหัวหน้าโครงการได้นำความรู้ความสามารถ ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากมาพัฒนาทักษะผู้ร่วมวิจัยที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกัน ให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันได้ สำหรับผู้วิจัยที่อยู่นอกหน่วยงาน (ไม่ได้ลงพื้นที่ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล) เป็นผู้ร่วมทีมที่มีความรู้ความสามารถในการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากที่สามารถช่วยในเรื่อง การจัดทำโครงการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือประกอบที่สร้างขึ้นเอง ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) แนวคำถามการ

สัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วย 2 คำถามหลัก คือ 1) ลักษณะการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของท่านเป็นอย่างไร 2) ระหว่างการดูแล ท่านจัดการเพื่อการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ ทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย จากนั้น นำแนวคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา และปรับภาษาให้สามารถสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจโดยง่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2560 โดยไปพบกับบุคคลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ (Prospective Participant) ที่บ้าน แนะนำตัวเอง และให้ข้อมูลบุคคลดังกล่าวเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ซึ่งรวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลจะมีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้เอกสารที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลของโครงการดังกล่าวกับทุกคนก่อนเชิญชวนบุคคลเหล่านั้นเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ เมื่อบุคคลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยเริ่มสร้างและพัฒนาสัมพันธภาพจนบุคคลเกิดความไว้วางใจ ก่อนขอให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากนั้น คณะผู้วิจัยนัดเวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคำถามการสัมภาษณ์จะกระทำเมื่อผู้วิจัยสามารถสร้างความไว้วางใจได้อย่างเต็มที่และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสะดวกใจ (Feeling Comfortable) ที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยภาษาไทยพร้อมบันทึกเทป (In-depth Audio-Taped Interviews) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Observations) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนาม อย่างย่อ ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตเห็นในขณะสัมภาษณ์ก่อนนำมาอธิบายไว้ในบทสัมภาษณ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง (Theoretical Field Notes) ตลอดจนใช้เทคนิคร่วม ประกอบด้วย การถามคำถาม (Asking Questions) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) การเปรียบเทียบเชิงทฤษฎี (Making Comparisons) การสร้างความไวเชิงทฤษฎีและสมมติฐาน (Generating Theoretical Sensitivity and Hypotheses) การทำบันทึกช่วยจำเชิงทฤษฎีและการสร้างแผนภูมิ (Making Theoretical Memos and Diagrams) กลับไป-กลับมาจนเกิดความอิ่มตัวทางทฤษฎี (Theoretical Saturation) คือ ไม่พบข้อมูลใหม่หรือข้อมูลสำคัญ และกลุ่มข้อมูลทั้งหมด ได้ถูกพัฒนาตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเป็นอย่างดี (Corbin, & Strauss, 2008) ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้รับการสัมภาษณ์อย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทปซ้ำ เทปละ 2 ครั้ง เพื่อจับประเด็นสำคัญพร้อมอธิบายบทสัมภาษณ์ด้วยบันทึกภาคสนาม โดยเฉพาะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลและสิ่งที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถบันทึกเทปได้ ก่อนส่งเทปให้ผู้รับจ้าง ถอดออกมาเป็นข้อความเชิงบรรยาย จากนั้น คณะผู้วิจัยได้อ่านบทสัมภาษณ์นั้นอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย โดยสรุปแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อนให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ก่อนการสัมภาษณ์ที่เจาะจงเพื่อค้นหาความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดที่คณะผู้วิจัยยังได้คำตอบไม่ชัดเจนในครั้งต่อไปจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับข้อสรุปว่าเป็นความจริง ตรง และครอบคลุมตามประสบการณ์การดูแลของตน โดยไม่ขอแก้ไขข้อความใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มขึ้นทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยอาศัยเทคนิคการกำหนดรหัส (Coding Analysis) ประกอบด้วย การกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหน่วยย่อย (Open Coding) โดยการนำข้อมูลจากบทสัมภาษณ์มาตรวจสอบเพื่อค้นหาและขีดเส้นใต้ คำ วลี หรือประโยค จากนั้นพิจารณาจำแนก (Codes) แล้วนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาจัดกลุ่มรวมกันตามลักษณะและคุณสมบัติของข้อมูล เรียกว่า แนวคิด (Concepts) แนวคิดทั้งหมดจะถูกนำมาจำแนกหมวดภายใต้ชื่อที่เป็นนามธรรมมากขึ้นตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเรียกว่าหมวดข้อมูล (Categories) จากนั้น หาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ให้รหัสแล้ว (Axial Coding) ด้วยการเชื่อมโยงแนวคิดที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลประเภทเดียวกันเข้าด้วยกัน ตามแบบจำลองที่เรียกว่า “Paradigm Model” ในขั้นตอนนี้ ลักษณะหรือคุณสมบัติของแต่ละหมวดข้อมูล (Properties and Dimensions of the Categories) จะถูกนำมาพิจารณาเพื่อจำแนกความหลากหลายของสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) พฤติกรรมหรือยุทธวิธีที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ (Actions/Interactions or Strategies Applied) และ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) เพื่อค้นหาว่าแนวคิดและหมวดข้อมูลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างไร จากนั้น หมวดข้อมูลจะถูกบูรณาการโดยการเชื่อมโยงเข้ากับความคิดหลัก (a Central Idea) และปรับปรุงทฤษฎีเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาได้อย่างชัดเจน (Selective Coding) ด้วยเทคนิคช่วยในกระบวนการบูรณาการหมวดข้อมูล ในขั้นตอนนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์หมวดข้อมูล แต่งเติมในหมวดข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ตัดข้อมูลในส่วนที่เกินหรือไม่เกี่ยวข้องออก และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของทฤษฎีที่สร้างขึ้นหรือข้อค้นพบเบื้องต้น (Validating the Theoretical Scheme) กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน โดยคณะผู้วิจัยกระทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไป-กลับมาจนได้ทฤษฎีที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลโดยตรง เรียกว่า Core Category หรือ “Substantive Theory”

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เลขที่ BCNY 015/2559 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2559 ทั้งนี้หากข้อคำถามกระตบจิตใจของกลุ่มตัวอย่างคณะผู้วิจัยจะปลอบใจ ให้กำลังใจ และให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจหยุดการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น (หากต้องการ) และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติทั้งในขั้นตอนการสัมภาษณ์และในการเขียนบรรยายเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลในรายงานการวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ อีกทั้งบทสัมภาษณ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นอย่างดี ก่อนที่จะถูกคณะผู้วิจัยนำมาทำลายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ มีแรงจูงใจสำคัญ ในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนการเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 คือ หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น ระยะที่ 2 คือ กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน ผูกพัน ทิ้งไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล และเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน จูงใจให้ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาการทรุด ๆ ทรมาน ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด และระยะที่ 3 คือ ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพยายามดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดหวัง หมอดมทางรักษา ตามสภาพอาการ ให้เกิดความสบายเท่าที่ตนจะทำได้ ซึ่งแรงจูงใจในแต่ละระยะมี

ความเกี่ยวเนื่องทับซ้อนกันโดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด โดยผู้ดูแลอธิบายว่าเป็นแรงจูงใจที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งตัวผู้ป่วย และตนเอง (ภาพ 1) ดังนี้

อดทน ตั้งใจดูแลรักษา

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ในระยะเวลาแรกที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มป่วยและเพิ่งกลับมาฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้าน ด้วยสภาพที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีระดับหนึ่งนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุตรของผู้ป่วยทุกราย มีความอดทน ตั้งใจที่จะดูแลบิดา/มารดาที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ด้วยความรักและสำนึกในบุญคุณ แม้ว่าหลายรายจะต้องเผชิญกับคำพูดของพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจ เหนื่อย ท้อ ที่ไม่มีพี่น้องคนอื่น ๆ มาช่วยดูแลให้กำลังใจ หรือช่วยเหลือด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านการเงิน แต่ตนไม่เคยคิดทอดทิ้งผู้ป่วย บุตรสาวของผู้ป่วยรายหนึ่งบรรยายถึงความตั้งใจที่จะดูแลมารดา ว่า

“...บางทีที่พี่สาวอีกคนก็มาพูดแบบไม่ค่อยเข้าหูฉัน ว่าเออจะดูแลแม่เพราะจะเอาสมบัติแม่มั่ง เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่คิดเลยในจุดนี้ ...เหนื่อย แต่ว่าเรายึดอยู่กับแม่นะ...เราเอาแม่ไว้ก่อน ...เราต้องช่วยเหลือแก ...ดูแลแกให้ดีที่สุดเลย... ให้ความรักแกอะไรนั้น แกจะใช้เสียง (โวยวายเสียงดัง) ใช้อะไร เราก็อยาโกรธ... (เดชะพาด, หน้า 6-7, 16)”

และด้วยความรัก ความสงสาร ความต้องการที่จะตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วยที่เป็นคนรักครอบครัว ดูแลผู้ให้ข้อมูล และสมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างดีตลอดมา ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และญาติอื่น ๆ ต่างอดทน ตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ต้องการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ โดยผู้ดูแลอีกรายกล่าวถึงความตั้งใจที่จะดูแลสามีติดเตียง และ Barthel ADLs=0 ว่า

“...ได้ดูแล ได้ปรนนิบัติ เรา (ผู้ให้ข้อมูล) รู้สึกว่าเราได้ตอบแทนบุญคุณเขา (ผู้ป่วย) ที่เขาอยู่กับเรา เขาก็สร้างฐานมาด้วยกัน จากศูนย์ไม่มีอะไรเลย เขาเป็นคนขยันมาก... ในเมื่อเขาเป็นอย่างนี้แล้ว เราก็มองดูดูแล...ช่วยเหลือเขาให้ดีที่สุดนะ ... (ป่าใจ, หน้า 7)”

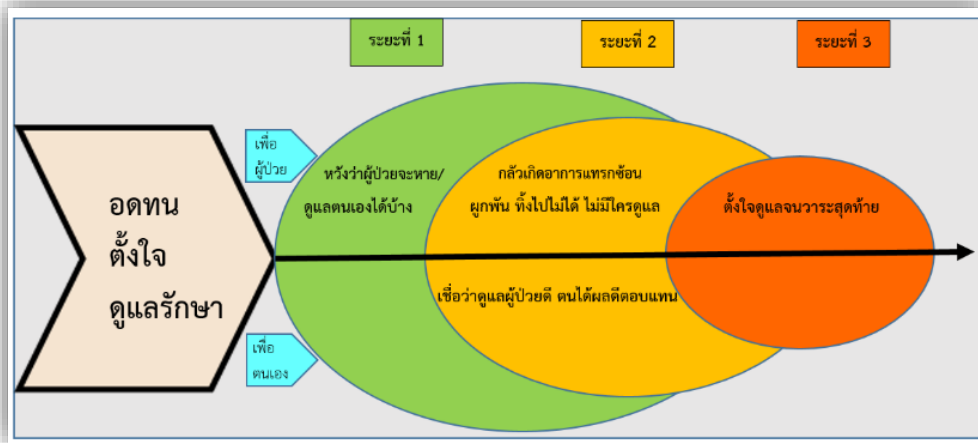
ซึ่งต่อมาพบว่า ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษา ในลักษณะดังกล่าวของทั้งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุตร คู่สมรส และญาติอื่น ๆ กลายเป็นพื้นฐานสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่

สำหรับแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ มี ดังนี้

ระยะที่ 1: หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง

ในระยะแรก ที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มป่วย และเพิ่งกลับมาฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลจะมีแรงจูงใจจากความหวังอย่างมากว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย หรือมีอาการดีขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้บ้าง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว ร่วมกับการรับรู้จากประสบการณ์การรักษาทางเลือก ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบางรายหายจากอาการเจ็บป่วยในครั้งก่อน และหรือการดูแลที่ตนเคยช่วยเหลือแล้วทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตลอดจนการรับรู้ประสิทธิภาพของวิธีการรักษาทางเลือกจากญาติ ผู้ป่วยอื่น หรือเพื่อนบ้าน ความคาดหวังดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามทุ่มเทพลังกำลังและทรัพยากรที่มี/มีค่อนข้างจำกัดเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น เพื่อเร่งจำกัดผลกระทบต่าง ๆ ผู้ดูแลบรรยายรายหนึ่ง เล่าว่า

“...หมอ (หมอนวด) คนนี้ เขามีน้ำมันมีอะไร แล้วเขามานวดเองด้วย ...2-3 วันก็ประคองเดินได้ เพราะมีเพื่อนบ้านอยู่... (ระบุสถานที่) นั้น...เป็นแบบนี้แล้ว (เจ็บป่วยแบบเดียวกับผู้ป่วย) เดินได้แล้ว...ผม (ผู้ให้ข้อมูล) ว่าหาย ผมเชื่อแน่ว่าต้องหาย ...ผมเคยนวดแก (ผู้ป่วย) แล้ว เคยฟื้นมาที่นี้แล้ว... (ลุงโชค, หน้า 8, 13)”



ภาพ 1 แรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

ระยะที่ 2 : กลัว ผูกพัน และเชื่อ

ภายหลังจากพยายามทุ่มเทดูแลรักษาผู้ป่วยมาระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลที่มีพื้นฐานของความ อดทน ตั้งใจ ดูแลรักษา มาตั้งแต่ในระยะแรก จะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นฟูปสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป ท่ามกลางผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมาตั้งแต่ในระยะแรก และการลดลง/ไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทั้งจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด แต่ผู้ป่วยบางรายมักเกิดอาการแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้การดูแลในลักษณะที่เป็น ความกลัวที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ความผูกพัน และความเชื่อ ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึก กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน หลากหลายประการที่จะนำไปสู่สิ่งที่ตนกลัว และวิตกกังวลที่สุด คือ อาการของผู้ป่วยทรุดลงอย่างเฉียบพลัน จนอาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ตนและครอบครัวต้องได้รับผลกระทบ/ประสบ กับความยากลำบากตามมาได้อีก อาการแทรกซ้อนที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัว เช่น ติดเชื้อ แผลกดทับขยายลุกลาม ล้มแล้วเดินไม่ได้ต้องนอนติดเตียงและเกิดแผลกดทับตามมา บุตรสาวรายหนึ่ง เล่าว่า

“ไอ้ตรงไหนที่รู้ว่ามันจะต้องเกิดแผลหรือว่ามันจะทำให้อาการแก็ (ผู้ป่วย) ไม่คงที่ก็คือจะพยายาม... ถ้าผู้ป่วยไม่นิ่ง (อาการไม่คงที่) เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ทำอะไรไม่ได้ (หมายถึงประกอบอาชีพไม่ได้) ...ถ้าเกิดติดเชื้อแล้วก็คืออย่างต่าๆน่าจะต้องนอนโรงพยาบาล หรือไม่ก็ 2 อาทิตย์ขึ้นไปนะคะ ...คะก็เลยพยายามรักษาสภาพแก็ให้สบายตัวที่สุดกับการอยู่บ้าน เพราะว่าเราก็ก็น้อยด้วย...(น้องตอง, หน้า 38)”

ผูกพัน ทั้งไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล

แม้จะต้องดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างยาวนาน รวมทั้งไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุตร หรือญาติคนอื่น ๆ ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ แต่ด้วยความรักและผูกพันทางสายเลือด หรือแม้แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด และเคยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่อยากดูแลผู้ป่วยในบางช่วง แต่ด้วยความผูกพันที่อยู่ร่วมกันมานาน และความสงสารที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ประกอบกับความดีของผู้ป่วยที่เคยช่วยเหลือครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ไม่เคยคิดทอดทิ้งหรือผลักภาระไปให้บุตรหรือญาติคนอื่นของผู้ป่วย บุตรสาวที่ดูแลมารดา รายหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า

“...พอท้อ ภู (ผู้ให้ข้อมูล) เหนื่อยโวย ไม่มีใครมาดูแลเลย อิม ไม่เป็นไร ทำคนเดียวก็ได้ ไม่คิดว่าเดี่ยวจะไปส่งให้มันให้มัน (คนโน้นคนนี้) ไม่ ไม่เลยอาจารย์ (คณะผู้วิจัย) ...เมาะห์ (ผู้ป่วย) นั้น พุดอยู่ บอกเดี่ยวจะ

ไปอยู่บ้านนั้น จะไปอยู่บ้านนี้ แล้วพอไปถามว่า อิม แม่ (ผู้ป่วย) จะไปอยู่ด้วยนี้ จะมาอยู่ตรงไหน บ้านกู (พี่ชาย) ฮา นั่นแล้ว เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็เลยว่า อิม แม่ไม่ต้องไปแล้ว อยู่ที่นี่แหละ...(เดอะโลลา, หน้า 6-7)”

อย่างไรก็ตาม นอกจากความรัก ความผูกพัน และความสงสารที่ผู้ให้ข้อมูลมีให้ผู้ป่วยแล้ว สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย คือ ความกลัวและวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครคอยดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะไม่มีใครที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกับที่ตนดูแล และอาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง จนอาจเสียชีวิตได้โดยเร็ว

เชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นบุตร ภรรยา และบุตรสะใภ้ เชื่อว่า การที่ตนดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีจะทำให้ตนได้รับผลดีตอบแทนเข้ามาในชีวิต โดยอธิบายถึงการได้รับผลดีตอบแทนบนพื้นฐานของศาสนาที่ตนนับถือ กล่าวคือ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามให้ข้อมูลว่า องค์กรอัลลอฮ์สอนให้มุสลิมสู้กับปัญหา และเชื่อว่าทำดีได้ดี โดยให้ยอมรับหรืออดทนกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ตนต้องเผชิญหรือต้องคอยดูแลผู้ป่วยในเวลานี้ไปก่อน และหากดูแลผู้ป่วยดี องค์กรอัลลอฮ์ก็จะตอบแทนให้ตนมีชีวิตที่ดีขึ้น (ผู้ดูแลอธิบายว่า สิ่งที่ต้องอัลลอฮ์ ประทานตอบแทนให้เรียกว่า “ริสกี” (At-Tuayjary, 2015) ซึ่ง “ริสกี” ในที่นี้ คือ ผู้ป่วยหาย/มีอาการดีขึ้น และบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การที่ตนดูแลพ่อแม่ องค์กรอัลลอฮ์จะให้โชคกับตน จะตอบแทนตนในวันหน้ามากกว่าที่ตนดูแลผู้ป่วยเสียอีก ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่า การดูแลพ่อแม่/ผู้ป่วยที่ไม่มีใครดูแล และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จะทำให้ตนได้บุญ ผลดีจะเกิดกับตน ความเชื่อในลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ไม่เครียดแม้จะไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนการดูแลจากบุตรหรือญาติคนอื่น ๆ ของผู้ป่วย มุสลิมรายหนึ่งที่ดูแลมารดาตลอด 5 ปี โดยที่พี่ ๆ น้อง ๆ คนอื่นไม่ค่อยให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย/คอยให้กำลังใจ กล่าวว่า

“ก็ถือว่าเรา (ผู้ให้ข้อมูล) นึกถึงพระเจ้า ว่า เออ ถ้าเราเลี้ยงแม่ (ผู้ป่วย) เราดูแลแม่ก็คือพระเจ้าจะให้ผลดีกับเรา...อัลลอฮ์จะให้ริสกี จะให้โชคกับเรา... ทำต่อไป ไม่เป็นไร อัลลอฮ์มี อัลลอฮ์ตอบแทนเรามาเยอะกว่านี้อีก ... ไม่เครียด สบายใจ (เดอะโลลา, หน้า 6, 15)”

ระยะที่ 3: ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย

เมื่อรับรู้ว่ามีหวัง หยอดหนทางรักษา ผู้ป่วย แต่ด้วยความเข้มแข็ง ความอดทน และความตั้งใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดที่มีมาตั้งแต่ในระยะแรก ตลอดจนความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยของผู้ดูแล ที่ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้ และดูแลกันมาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเหนื่อยล้ากับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะที่ผ่านมา ๆ มาแต่ในเมื่อผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจึงยังตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย ในระยะนี้ ผู้ดูแลจึงคิดแค่เพียงว่า ตนและหรือบุคคลในครอบครัว จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามที่ตนจะสามารถทำได้ต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และมีสภาพร่างกายคงที่เช่นเดิม ไม่เกิดแผลเปื่อยเน่า/มีกลิ่นเหม็น จนเป็นที่น่ารังเกียจ ทั้งนี้เพื่อว่าตนจะได้ไม่เสียใจเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปจริง ๆ ภรรยารายหนึ่งเล่าถึงความตั้งใจที่จะดูแลสามีติดเตียง และ Barthel ADLs=0 ว่า

“...ช่วยเหลือให้เขา (ผู้ป่วย) ให้ดีที่สุด ...ดูแลเต็มที่ เพราะว่าเขาเป็นอะไรไป เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็จะไม่เสียใจ เพราะเราทำเต็มที่...หมอเขาบอกว่าก็ทำอะไรไม่ได้ จะให้ดีกว่านี้ก็ได้ ไม่ได้ ได้แค่นี้ ป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ต้องรักษาไปตามอาการ ...ประคองให้เขามีชีวิตอยู่ จนกว่าเขาจะไม่มีชีวิต (ป้าใจ, หน้า 11, 14)”

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตร คู่สมรส และญาติอื่น ๆ ต่าง อดทน ตั้งใจดูแลรักษาผู้ป่วยที่ตนรักและมีความผูกพันด้วย มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรก แม้ว่าจะต้องเผชิญกับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อตอบแทนบุญคุณบิดามารดา/ความดีของผู้ป่วยที่เคียดดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ความรักความผูกพันที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสงสารที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จึงมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะตนทำได้ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ความตั้งใจในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ ไม่ยกเว้นแม้กระทั่ง ในขณะที่ต้อง

ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างยาวนานในระยะที่ 2 ซึ่งผู้ดูแลบางรายจะมีมุมมองของการดูแลในลักษณะของ ผูกพัน ที่ไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล ร่วมด้วย และในระยะ 3 ที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพ หมอหวัง หมอหนทางรักษา ผู้ดูแลก็ยัง ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย

แรงจูงใจที่เกิดจากความรักความผูกพันในลักษณะดังกล่าว และมีอิทธิพลให้ผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดต่อไปอย่างต่อเนื่อง ถูกสะท้อนในลักษณะของภาระผูกพัน (Gratitude Obligation) ในผลการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายงาน โดย ผู้ดูแลที่เป็นบุตร มองว่า การได้ดูแลบิดามารดาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโอกาสให้ตนได้ตอบแทนบุญคุณของบิดามารดาที่คอยดูแลตนขณะที่พวกเขา ยังมีสุขภาพดี (Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017) คู่สมรส บุตร และบุตรสะใภ้/บุตรเขย ระบุว่าตนต้องดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการตอบแทนความรักและการดูแลที่ตนเคยได้รับจากผู้ป่วย (Qiu, Sit, & Koo, 2018) และโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสตระหนักว่า การดูแลเป็นหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบโดยไม่สามารถถ่วงโอนไปให้ผู้อื่นได้ ผู้ดูแลตั้งใจพัฒนาวิธีการดูแลที่สอดคล้องอย่างดีที่สุดกับความต้องการของผู้ป่วย และจะไม่ส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานที่ที่รับดูแลอื่น ๆ ด้วยเกรงว่าหากตนไม่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายได้ (Lo'pez-Espuela, Gonza'lez-Gil, Amarilla-Donoso, CordovillaGuardia, Portilla-Cuenca, & Casado-Naranjo, 2018) ในขณะที่ Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz (2016) พบว่า ความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านการจำหน่ายจากสถานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน กลับสู่บ้าน และความเต็มใจของผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เกิดจากสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่ก่อนการเจ็บป่วย สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล (การรับรู้ของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดถึงความใกล้ชิดสนิทสนม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ร่วมกันในระหว่างให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแสดงความรักความเห็นอกเห็นใจกัน การมีความเมตตา และเป็นมิตรต่อกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน และการเห็นคุณค่าของกันและกัน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 54 (Charoenwuttimakorn, 2012) ดังนั้น ความรักความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ หรือสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยเฉพาะก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระหว่างให้การดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจ พร้อมที่จะพยายามบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและดีที่สุด

นอกจากนั้น ผลการศึกษายังพบว่า ในระยะที่ 2 ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญจากความเชื่อบนพื้นฐานของศาสนาที่ตนนับถือ โดยเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน ผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม กล่าวว่า องค์อัลลอฮ์สอนให้มุสลิมสู้กับปัญหา และเชื่อว่าทำได้ดี โดยให้ยอมรับหรืออดทนกับสภาพที่ตนต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือต้องคอยดูแลผู้ป่วยในเวลานี้ไปก่อน และหากดูแลผู้ป่วยดี องค์อัลลอฮ์ก็จะตอบแทนให้ตนมีชีวิตที่ดีขึ้นหรือทรงประทาน “ริสกี” ให้ (At-Tuayjary, 2015) ซึ่ง “ริสกี” ในที่นี้ คือ ผู้ป่วยหาย หรือมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยตนเอง และครอบครัว จะไม่ต้องรับ/รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากนัก และบางรายยังเชื่อว่าการที่ตนดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดามารดา องค์อัลลอฮ์จะให้โชคกับตน จะตอบแทนตนในวันหน้ามากกว่าที่ตนดูแลผู้ป่วยเสียอีก ความเชื่อในลักษณะดังกล่าว จึงช่วยให้ผู้ดูแลคลายเครียดลงได้ และมีความอดทน ตั้งใจดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง

แรงจูงใจที่เกิดจากความเชื่อบนพื้นฐานของศาสนาอิสลาม ที่เชื่อว่าความอดทน จะเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความศรัทธา ผู้มีศรัทธามั่นว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปโดยการกำหนดขององค์อัลลอฮ์ทั้งสิ้น จะเกิดความอดทนในทุกสภาพการณ์ ความอดทนจึงเป็นปัจจัยแรกที่จะทำให้บุคคลมีพลังมหาศาลที่จะปฏิบัติภารกิจทุกอย่างได้บรรลุเป้าหมาย (Prayadsup, 2013) อย่างไรก็ตาม ในบางครั้ง องค์อัลลอฮ์จะทรงกำหนดสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาให้มาประสบกับบุคคล ด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการทดสอบบุคคลให้เกิดความอดทน ผู้อดทนจะได้รับการตอบแทนบุญอย่างไม่คณานับ ผู้พอใจและพยายามอดทนอย่างสุดความสามารถในการเผชิญบททดสอบต่าง ๆ องค์อัลลอฮ์จะเพิ่มพูนความเข้มแข็งในการอดทนให้ บุคคลจะได้รับความโปรดปรานจากพระองค์ โดยมุสลิมจะรู้ว่า การ

ทดสอบนั้น ย่อมนำมาซึ่งการตอบแทนที่ดีกว่า (Abdullah, 2015; Department of Religious Affairs, 2014; Japakiya, 2012; Prayadsup, 2013) สิ่งที่คุณจะต้องใช้ความอดทนมีหลายประการ และความเจ็บป่วยเป็นความอดทนต่อความทุกข์ที่เกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นลิขิตขององค์อัลลอฮ์ที่คุณต้องอดทนเพื่อจะได้รับผลตอบแทนจากองค์อัลลอฮ์ที่จะทรงประทานให้ (Japakiya, 2012; Prayadsup, 2013) ซึ่งหมายถึง ริสกี หรือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำให้ประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของคุณ ไม่เฉพาะริสกีทางวัตถุ แต่เป็นริสกีทางอารมณ์ คือ เป็นความรู้สึกที่ทำให้คุณมีความสุขเมื่อได้รับสิ่งที่ตนปรารถนา (Islamic Economics, 2018) โดยเหตุที่องค์อัลลอฮ์จะประทานริสกีให้คุณคุณนั้นมีหลายประการ และการกระทำความดีต่อผู้มีพระคุณ เป็นเหตุผลหนึ่งที่คุณจะได้รับริสกีและเพิ่มพูนริสกีได้ (At-Tuayjary, 2015; Islamic Economics, 2018)

ในขณะที่ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่า การดูแลบิดามารดา หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จะทำให้ตนได้บุญ ได้รับผลดีตอบแทน ผู้ดูแลจึงมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปได้ว่า การดูแลบิดามารดาหรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดภาวะน่าบูชา ผู้ดูแลก็จะเป็นผู้ที่มีบุญ เพราะเป็นบุคคลที่มีคุณธรรม มีความดี การทำบุญด้วยการช่วยเหลือผู้อื่น เรียกว่า ไวยาวัจจมัย ถือเป็นการทำบุญ และเมื่อทำบุญแล้ว จิตใจก็สุขเอิบอิ่ม ก็จะทำให้เกิดความสุข หรือที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า บุญอีกความหมายหนึ่ง คือ บุญเป็นชื่อของความสุข และเป็นความสุขที่ประณีตลึกซึ้งเข้าถึงเนื้อตัวของจิตใจ เป็นความสุขที่เต็มอิ่ม และยั่งยืน (Siriratruangasuk & Phadung, 2012)

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า ในระยะแรก ผู้ดูแลที่หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง จะมีแรงจูงใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ความคาดหวังดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องการเร่งจำกัดผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ (Zhang, & Lee, 2017) ที่พบว่า ความหวังจากอาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถก้าวผ่านการดูแลในระยะวิกฤต และเข้มแข็งพอที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปอย่างต่อเนื่องในระยะยาว แต่จะแตกต่างกันในกรณีที่ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยนานขึ้น ความคาดหวังของผู้ดูแลจะลดลงไปเรื่อย ๆ และหมดหวัง หมอดอนทางจะรักษาให้ผู้ป่วยฟื้นหาย/ดีขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3

นอกจากนั้น ในระยะที่ 2 ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกกลัวอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลากหลายประการ จนนำไปสู่สิ่งที่ตนกลัวและวิตกกังวลที่สุด คือ อาการของผู้ป่วยทรุดลงอย่างเฉียบพลันจนอาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจะทำให้ตนและครอบครัวต้องได้รับผลกระทบ/ประสบกับความยากลำบากตามมาได้อีก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายรายงาน ทั้งที่เป็นการศึกษาในประเทศไทย และในต่างประเทศ ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับความเชื่อมโยงของความกลัวหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการเพื่อการป้องกันอันตรายหรืออาการ/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด จะพบเฉพาะผลการศึกษาที่เป็น ความกลัว วิตกกังวล และกดดันกับความไม่แน่นอนของโรคในลักษณะที่ทำให้ผู้ดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีชีวิตอยู่อย่างคลุมเครือและไม่แน่นอน ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ใหม่และทำนายอนาคตได้ (Aekuwetchakul, 2013; Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013; Krishnan, Pappadis, Weller, Stearnes, Kumar, Ottenbacher, & Reistetter, 2017; Lee & Mok, 2011) ส่งผลให้ผู้ดูแลพยายามปรับตัวในลักษณะของการยอมรับ และพยายามแสวงหาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Lee, & Mok, 2011) การต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งน่ากลัว ผู้ดูแลจึงต้องการรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการแก้ไขอาการ (De Palva, Valadares, & Pontes, 2012)

ความวิตกกังวล/ความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในลักษณะดังกล่าว จึงน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแล/ครอบครัวพยายามจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ด้วยแม้ว่าความวิตกกังวลอย่างมากจะมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางด้านลบ หรือแม้กระทั่งทำให้มีปัญหาสุขภาพ แต่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่า ความวิตกกังวลช่วยสร้างแรงจูงใจ โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้คุณคนมีพฤติกรรมป้องกันและพยายามบรรเทาผลลัพธ์

อันไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ ตลอดจนเสริมประสิทธิภาพให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งผลลัพธ์ที่ต้องการ (Sweeny, & Dooley, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินความเข้มแข็ง ความอดทน ความตั้งใจในการดูแล มุมมองต่อการดูแล ผู้ป่วยในระยะยาว ความรักและความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ตลอดจนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเฉพาะก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยและสภาพผู้ดูแลในแต่ละระยะ

2. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลยึดมั่นใน ความรัก ความผูกพันที่ตนมีต่อผู้ป่วย ความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วย ความเชื่อตามหลักศาสนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการกระทำความดีต่อผู้มีพระคุณ และความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น และมีความหวังที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยที่อาจจะดีขึ้น/ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หากได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เพียงพอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้โดยไม่เครียด เป็นทุกข์ หรือวิตกกังวลมากเกินไป

3. ควรส่งเสริมผู้ดูแล และครอบครัว ที่มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมและผลลัพธ์ที่จะได้รับ โดยจัดบริการที่สามารถส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาทางเลือกร่วมกับผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างเปิดเผย และควรดำเนินการจัดตั้งแผนการแพทย์ทางเลือกที่สามารถผสมผสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในโรงพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้ครอบคลุม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว มีการจัดการดูแลตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นที่ทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว สิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น

4. ในการจัดระบบการดูแลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นระดับหนึ่ง ควรให้ความสำคัญกับการรับรู้และตระหนักในอิทธิพลของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว หากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือ/การสนับสนุนในการป้องกัน การสังเกตอาการผิดปกติและวิธีการแก้ไข ที่เพียงพอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทรงสภาพอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด

5. ควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจสำคัญที่เป็นพื้นฐานการดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและในแต่ละระยะการเจ็บป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาวิธีการดูแลของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อการทำ ความเข้าใจวิธีการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อการเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ได้อย่างสอดคล้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากแรงจูงใจของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงควร

1. มีการศึกษาเพื่อการสร้างและพัฒนาเครื่องมือการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตนเอง และครอบครัว ของผู้ดูแล อย่างเป็นระบบ

2. มีการศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจของผู้ดูแลในแต่ละระยะตลอดช่วงเวลา ที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 60-013



References

- Abdullah, T. (2015). *The Effect of Endurance*. Retrieved November 3, 2019 from <http://www.islammore.com/main/content.php?page=sub&category=6&id=903>
- Aekuwetchakul, S. (2013). *Development of the Community Participatory Palliative Care for Stroke Survivors in Primary Care Network, Khon Kean Hospital*. (Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner thesis), Khon Kean University, Khon Kean, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- At-Tuayjary, M. B. I. (2015). *Key to Rissiski*. Retrieved November 3, 2019 from <http://www.islammore.com/view/1083>
- Cecil, R., Thompson, K., Parahoo, K., & McCaughan, E. (2013). Towards an Understanding of the Lives of Families Affected by Stroke: A Qualitative Study of Home Carers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1761-1770.
- Charoenwuttimakorn, P. (2012). *Factors Related to Preparedness for Caregiving among Caregivers of Patients with Ischemic Stroke*. (Master of Nursing Science in Adult Nursing Thesis), Burapha University, Chon Buri, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- De Palva, R. S., Valadares, G. V., & Pontes, J. S. (2012). The Need to Become Family Caregivers: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(3), 607-620.
- Department of Religious Affairs, M. o. C. (2014). *Basic Religion Facts* (Vol. 2). Bangkok, BKK: Agricultural Cooperative Printing of Thailand co., Ltd.
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Maddah, S. B., Khoshknab, M. F., & Ahmadi, F. (2016). Family Caregivers' Experiences of Stroke Recovery among Older Adults Living in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, (In Press), e27686. Retrieved November 3, 2019 from http://ircmj.portal.tools/?page=article&article_id=27686
- Hongsoi, S. (2012). *Effects of Program for Promoting Caregiver's Ability in Continuing Care on Caregiver's Ability, Functional Ability, and Complications in Ischemic Stroke Patients*. (Master of Nursing Science in Adult Nursing Thesis), Burapha University, Chon Buri, Thailand. Retrieved from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Islamic Economics. (2018). Does Riske Mean Money Only? Retrieved November 3, 2019 from <http://islamhouse.muslimthaiipost.com/main/index.php?page=sub&category=7&id=21603>
- Japakiya, I. L. (2012). *Patient Handbook and Management According to Islamic Principles*. In Author (Ed.). Retrieved November 3, 2019 from <https://www.icenter.or.th/book/detail/65>
- Kaewpralad, O. (2009). *The Study of Family-Centered Continuing Care in First Stroke Patients*. (Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Thesis), Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php



- Krishnan, S., Pappadis, M. R., Weller, S. C., Stearnes, M., Kumar, A., Ottenbacher, K. J., & Reistetter, T. A. (2017). Needs of Stroke Survivors As Perceived by Their Caregivers: A Scoping Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 96*(7), 487-505.
- Kulsawet, S. (2014). *Effectiveness of Implementing Home-Based Exercise Nursing Practice Guidelines for Stroke Patient Rehabilitation in Community, Namjo Sub-District, Mae Tha District, Lampang Province*. (Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Thesis), Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Lee, R. L. T., & Mok, E. S. B. (2011). Seeking Harmony in the Provision of Care to the Stroke-Impaired: Views of Chinese family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 20*(9/10), 1436-1444. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03500.x
- Lo'Pez-Espuela, F., Gonza'Lez-Gil, T., Amarilla-Donoso, J., CordovillaGuardia, S., Portilla-Cuenca, J. C., & Casado-Naranjo, I. (2018). Critical Points in the Experience of Spouse Caregivers of Patients Who Have Suffered a Stroke: A Phenomenological Interpretive Study. *PLoS ONE, 13*(4), e0195190. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195190>
- Lutz, B. J., & Camicia, M. (2016). Supporting the Needs of Stroke Caregivers Across the Care Continuum. *JCOM, 23*(12), 557-566.
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition from Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist, 57*(5), 880-889. doi:10.1093/geront/gnw135
- Moeller, D., & Carpenter, C. (2013). Factors Affecting Quality of Life for People Who Have Experienced a Stroke. *International Journal of Therapy & Rehabilitation, 20*(4), 207-216.
- Nikomrack, W. (2013). *Development of Continuing Care Service System for Families with Stroke Patient*. (Master of Nursing Science in Family Nursing Thesis), Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Pesantes, M. A., Brandt, L. R., Ipince, A., Miranda, J. J., & Diez-Canseco, F. (2017). An Exploration Into Caring for a Stroke-Survivor in Lima, Peru: Emotional impact, Stress Factors, Coping Mechanisms and Unmet Needs of Informal Caregivers. *eNeurologicalSci, 6*, 33-50. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.ensci.2016.11.004>
- Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S., & Waters, C. M. (2017). A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nursing Research, 11*, 150-157. doi:org/10.1016/j.anr.2017.05.009
- Prayadsup, P. (2013). *Endurance Path to Heaven*. Retrieved from <http://www.islammore.com/view/3147>
- Qiu, X., Sit, J. W. H., & Koo, F. K. (2018). The Influence of Chinese Culture on Family Caregivers of Stroke Survivors: A Qualitative Study. *J Clin Nurs, 27*, e309-e319. Retrieved November 3, 2019 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13947>
- Siriratruangsuk, R., & Phadung, N. (2012). *Dhrama Book: Miracle of Merit*. Songkhla: Blue Image Co., Ltd.



- Social Medicine Department. (2015). *Process for Practices of Home Health Care Center*. Yala Regional Hospital.
- Sweeny, K., & Dooley, M. D. (2017). The Surprising Upsides of Worry. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(4). doi:org/10.1111/spc3.12311
- Wikipedia Free Encyclopedia. (2015). *Yala Province*. Retrieved November 3, 2019 from <https://th.wikipedia.org/wiki/>
- Young, M. E., Lutz, B. J., Creasy, K. R., Cox, K. J., & Martz, C. (2016). A Comprehensive Assessment of Family Caregivers of Stroke Survivors During Inpatient Rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 36(22), 1892–1902. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4959419/>
- Zhang, J., & Lee, D. T. F. (2017). Meaning in Stroke Family Caregiving: A Literature Review. *Geriatric Nursing*, 38(1), 48-56. doi:org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.005