

การดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน Mental Health of Caregivers Caring for Patients with Cerebrovascular Disease in the Community

วริยา จันทร์ขำ

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
kanyayon3@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตำบลโพรงมะเดื่อ จากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ รวม 52 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สรุประเด็น การวิเคราะห์และการเปรียบเทียบเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นการดูแลใน 4 ลักษณะคือ 1) “ดูแลตนเอง ทาวิธิตดเครียด” ด้วยวิธีการที่ง่ายและสามารถดูแลสุขภาพจิตใจได้ด้วยตนเอง 2) “รพ.สต หนุนเสริมลดความเครียดของผู้ดูแล” มีระบบบริการให้คำปรึกษาเบื้องต้นทางโทรศัพท์ มีระบบการประสานงาน ส่งต่อการรักษา ประเมินความสามารถการดูแลผู้ป่วยและสอนให้ดูแลตามสภาพปัญหาต่างๆเพื่อลดภาวะความเครียดในการดูแล 3) “อสม.เพื่อนพึ่งพา อาสาใจ” อาสาสมัครสาธารณสุขและอาสาสมัคร เป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง อสม. คือที่พึ่งทางใจ โดยจัดทีมเยี่ยมบ้านภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความภูมิใจที่สามารถให้การดูแลที่ซับซ้อนและยังเป็นที่ยังพาดในการประสานงานนำรถมารับผู้ป่วยไปรับ - ส่งผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล 4) “กิจกรรมคลายเครียด” องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการและจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทัศนศึกษานอกสถานที่ การทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด รวมถึงการจัดหาให้มีรถกู้ชีพเพื่อรับ - ส่งผู้ป่วยซึ่งทำให้ผ่อนคลายเรื่องภาวะเศรษฐกิจได้ ดังนั้น รูปแบบการจัดการและการดูแลสุขภาพจิตใจตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดการสนับสนุนจากการทำงานแบบความร่วมมือกัน 3 ภาคฝ่าย คือ ภาครัฐโดยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ภาคประชาชนโดยอาสาสมัครและอาสาสมัครสาธารณสุข และภาคท้องถิ่นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมดูแลคือ ต้นแบบของการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลที่ดี

คำสำคัญ การดูแลสุขภาพจิตใจ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชุมชน

Abstract

The purpose of this qualitative research design was to study a care system for caregivers caring for patients with cerebrovascular disease in community. The sample included 26 caregivers of patients with cerebrovascular disease, 4 public health officers, 15 village health volunteers, 5 volunteers and 2

heads of sub district administration organization. The data were collected by interview questionnaire, in-depth interviews, focus group and workshops. Data were analyzed by frequency distribution and content analysis. The results show mental health of caregivers caring for patients with cerebrovascular disease in 4 parts, 1) "self-care and find ways to relieve stress" by relaxation technique, meditation or deep breathing; 2) "Public health officers provide resources and support equipment" by teaching and training about caring and rehabilitation to caregivers, designing home visit program, home health care, psychological and emotional support and providing telephone consultation services 3) "Village health volunteers and volunteers are social support" they bring patients to the hospital, home visit in 1 week after discharge, and encourage caregivers to take care of complicated cases continuously, that increase self-esteem, caring network building and contracting primary care unit. 4) "Sub district administration organization supported budget for stress relieving activities" these include relaxation activities, excursions and referral to hospital. The study showed that the mental health care system management of caregivers by social support coordinated in 3 parts by health care organization, village health volunteers and volunteers and sub district organization was a sustainable model.

Keywords: mental health of caring, care caregiver's, cerebrovascular disease, community

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุสถิติการเสียชีวิตทั่วโลกกว่า 15 ล้านคน พบว่าสาเหตุ 1 ใน 3 เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยความชุกของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ เช่น ความพิการ คุณภาพชีวิต (ยงชัย นิละนนท์, 2557) ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองมีการประมาณการว่า มีผู้ป่วยจำนวน 150,000 รายต่อปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มประชาชนไทย และยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ (นิตยา พันธุเวทย์ และลินดา จำปาแก้ว, 2558) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด การไม่ออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน และอีกปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุส่งเสริมคือ ภาวะความเครียดซึ่งอาจเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตที่เคร่งเครียด จากสภาพสังคมในปัจจุบัน จึงส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานภาวะไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง ที่ส่งผลต่อความเสื่อมของร่างกายโดยเฉพาะหลอดเลือดแล้วก่อให้เกิดการสูญเสียหลายประการ โดยผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะหลงเหลือความพิการซึ่งต้องประสบกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการใช้ชีวิตในสังคมเพราะมีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว จะมีความยากลำบากต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต และยังส่งผลต่อเนื่องทางด้านจิตใจและอารมณ์ เพราะต้องพึ่งพาครอบครัวและผู้ดูแลในการดำเนินชีวิตและฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายทั้งในระดับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวชุมชน และระดับประเทศ สำหรับการรักษาในปัจจุบันส่วนใหญ่คือ การรับประทานยา รองลงมาคือ การทำกายภาพบำบัด ส่วนใหญ่ทำกายภาพบำบัดทุกวัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้ทำกายภาพบำบัดทุกวันเพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ยอมทำกายภาพบำบัด (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554)

และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อบุคคลในครอบครัวประสบปัญหาเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลคือคนในครอบครัว โดยจะทำหน้าที่ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้รับประทานยา การปฏิบัติตัวตามแพทย์สั่ง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลสภาพจิตใจและต้องปลอบโยนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่พร้อมรับสภาพของตนเอง จึงมีการระบายอารมณ์ของตนเองทำให้ผู้ดูแลเองต้องรองรับอารมณ์ที่เกิดจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมรับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554) ส่งผลให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมทั้งแบบแผนการนอนหลับ

การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา การเผชิญหน้ากับความเครียด ส่งผลให้การดำเนินชีวิต และการบริหารจัดการเวลาและความเป็นอิสระของผู้ดูแลหายไป ความยากลำบากที่เกิดขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ตามมา ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากการแก้ไขปัญหาในการดูแลไม่ได้ หรือการจัดการอารมณ์ของตนเองไม่ได้ที่ต้อง รองรับอารมณ์ของผู้ป่วย (ภาวณี พรหมบุตร, นพวรรณ เปียชื่อและสมนึก สุกุลหงส์โสภณ. (2557).

จากปัญหาดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยเห็นว่า จากระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) เป็นการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้อง ระวังรักษา ระยะเฉียบพลัน (acute stroke treatment) โดยบริหารจัดการระบบการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงหอผู้ป่วย และ ระยะฟื้นฟูสภาพ (early rehabilitation) เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด (จิตลัดดา ประสานวงศ์, 2555) ทุกระยะที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่จะมีอาการหนักขึ้นในทุกๆ การเจ็บป่วยและหากผู้ดูแล ไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดในการดูแลได้ อีกทั้งจากนโยบายการดูแลและ รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะใช้ระยะเวลาสั้นลงเพื่อลดระยะเวลาในการรักษา และค่าใช้จ่ายรวมถึงโรคหลอดเลือดสมองด้วย โดยผู้ป่วยจะกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่บ้านในช่วงแรก ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่มี ประสบการณ์ในการดูแล มักจะเกิดปัญหาและความยุ่งยากในการให้การดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงต้องการ ความช่วยเหลือจาก พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุขในการมาช่วยให้เกิดความสมดุลในการดำเนินชีวิต

ตำบลโพรงมะเดื่อเป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ที่มีวิถีชีวิตแบบกึ่งเมือง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองจากพฤติกรรมกรรมกรบริโภคนิยม มีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้จาก การเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคความดัน โลหิตสูงและโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2556 พบอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่จังหวัดนครปฐม 33.4 ต่อแสน ประชากร โดยอัตราการเสียชีวิตในปี พ.ศ. 2555 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 688 รายต่อปี อัตรา 79.05 ต่อแสน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556) ผู้ดูแลส่วนใหญ่คือ สามี ภรรยา ลูก หลาน และทุกคนไม่เคยมี ประสบการณ์ในการดูแล และมีภาวะเครียดมากจากปัญหาที่เผชิญทุกด้านไม่ว่าจะด้านสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยและของผู้ดูแล ที่ไม่มีความรู้มากพอในการดูแล ด้านเศรษฐกิจที่ไม่มีรายได้ หรือขาดรายได้จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ด้านบทบาททางสังคมที่ เปลี่ยนแปลงไปจากการเป็นผู้ตามกลายเป็นผู้นำครอบครัว จากความสำคัญดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ เห็นความสำคัญของ การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้บุคลากรทีมสุขภาพระดับชุมชน ทบทวนการจัดการดูแล และ พัฒนาแนวทางในการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลได้ตรงความต้องการ ภายใต้ความเชื่อ ค่านิยม และประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองได้ จึงทำการศึกษาเรื่อง การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งเป็น โครงการวิจัยย่อยในโครงการพัฒนาระบบเข้าถึงการรักษาทันเวลาและการดูแลรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการวางรากฐานการพัฒนาองค์ความรู้ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน รวมถึงความเข้าใจในการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่องในชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ จะไม่สามารถดูแล ตนเองได้ทั้งหมด การที่ญาติผู้ดูแล ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยย่อมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และกิจกรรมที่สัมพันธ์กับบทบาท อื่นๆ ในชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่ญาติผู้ดูแลทั้งด้าน สุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และ เศรษฐกิจสังคม ดังต่อไปนี้ 1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุทำให้ญาติผู้ดูแลเกิด ปัญหา สุขภาพร่างกายถึงร้อยละ 25 (McLean et al., 1991) เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแล

ผู้ป่วยมาก โดยพบว่าผู้ดูแลจะมีร่างกายที่ทรุดโทรม มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อยแขน ขา ไหล่ คอ และกล้ามเนื้อ (Schulz & Beach, 1995) บางส่วนเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากความเครียดที่เกิดจากการดูแล และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา (Dennis, O'Rourke, Sharpe, & Warlow, 1998) ซึ่งอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น สืบเนื่องมาจากการดูแลตนเองลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายตามมา 2. ผลกระทบด้านจิตใจ มักพบปัญหาซึ่งอาจเกิดจากญาติผู้ดูแลต้องปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ดังงานวิจัยของ Chumbler, Rittman, Puymbroek, Vogel, & Qnin (2004) ที่รายงานว่า การปรับตัวของญาติผู้ดูแลให้เข้ากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการซึมเศร้าจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้น ในระยะ 3-4 เดือน หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การตอบสนองทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแล จะเป็นในลักษณะหงุดหงิด สับสน นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลเหล่านี้ยังมีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความวิตกกังวล มีความเครียดสูงกว่าคนปกติในวัยเดียวกัน ซึ่งความเครียดนั้น ยังอาจเกิดจากความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากการขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล หรืออาจไม่สามารถจัดการต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น บ่อยครั้งได้ ญาติผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม เกิดอารมณ์ เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า ไม่มีใคร เข้าใจตนเอง อ้างว้างโดดเดี่ยว ทำให้ญาติผู้ดูแลบางคน ต้องการออกจากบ้านเพื่อพักผ่อนบ้าง หรืออาจเกิด อาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557) ดังนั้น ปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลเหล่านี้ ควรได้รับความสนใจและหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกัน ไม่ให้กลายเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เรื้อรังตามมา 3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นผลจากการที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัว หรือผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในการรักษา (กรรณิกา รักยิ่งเจริญ, 2557) อีกทั้งการเจ็บป่วย ยังทำให้รายได้ของครอบครัวลดลงในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวต้องหยุดพักรักษาตัว นอกจากนี้ การดูแลมีผลต่อรูปแบบการทำงาน และมีญาติผู้ดูแล หลายรายที่ต้องปรับเปลี่ยนการทำงานของตนเอง ให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาจเปลี่ยนจาก การทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางราย อาจต้องเสียสละลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลาญาติผู้ดูแลบางรายอาจเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (Bainbridge, Cregan, & Kulik, 2006) การดูแลผู้ป่วย ที่บ้านหากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้วจะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลัดภาระ การดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ญาติผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้ว อาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546)

4. วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research design) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริเมนิวติกซ์ (hermeneutic phenomenology) โดยใช้กรอบแนวคิดความเครียดของเซลเย่ (Selye, 1976) วิธีคิดความเชื่อเกี่ยวกับการศึกษา การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ซึ่งเป็นโครงการย่อยในโครงการพัฒนาระบบเข้าถึงการรักษาทันเวลาและการดูแลรักษาต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 3 เดือน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 15 คน อาสาสมัครกู้ชีพ จำนวน 5 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจำนวน 2 คน มีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัย และเข้าใจภาษาไทย รวมทั้งสิ้น 52 คน

ผู้วิจัยทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยทำการศึกษา ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2558 ถึง เมษายน 2559

เครื่องมือในการทำวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึกการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนโดยแบ่งเป็น เครื่องมือสำหรับสัมภาษณ์ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่และอส. 2) แบบสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยเครื่องมือผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงด้วยคูเดอร์ริชาร์ทสัน 0.87 ในตำบลที่ใกล้เคียงในจังหวัดนครปฐม และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลชุมชน การวิจัย และโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 3 ท่าน ได้มีการแนะนำให้ปรับแก้ไขภาษาและจำนวนข้อความ

การเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว คณะแนวความเครียด (family folder) การสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์แบบเมทริกซ์ (matrix analysis) (ชาย โพธิ์สิตา, 2550)

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลหลายทางและหลายวิธี ทั้งจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม (methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากหลายบุคคล หลายวิธีการ และเวลาที่แตกต่างกัน ทั้งจากผู้ดูแล ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข (อส.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครกู้ชีพ ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข

5. ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า

1) ผู้ดูแลหรือญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 26 คน ที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยระหว่างอายุ 31 -70 ปีขึ้นไป พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 57.69) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 46.15) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 65.38) โดยดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ชายส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.62) มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มสุรา (ร้อยละ 50.00) พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 46.15) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (96.15) ซึ่งผู้ดูแล (ร้อยละ 100) มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือเป็นภรรยาหรือสามี ขณะสัมภาษณ์มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 100)

2) อาสาสมัครสาธารณสุข (อส.) จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 จบชั้นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60 ทั้งหมด มีประสบการณ์ในการเป็นอาสาสมัคร 10 ปีขึ้นไป และเคยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงร้อยละ 20 ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมาชิกในครอบครัวของ อส. อาสาสมัครกู้ชีพ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีประสบการณ์นำส่งผู้ป่วยแต่ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 100.0

3) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 4 คน เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและหัวหน้ากองงานสาธารณสุข ทั้งหมดเป็นเพศหญิง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ผู้บริหาร จำนวน 1 คน เป็นผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาพรวม ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นผู้กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากร และ ระดับปฏิบัติการจำนวน 5 คน เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานสาธารณสุขตามนโยบาย

4) ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขจำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เป็นผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาด้านการสาธารณสุขในพื้นที่ภาพรวม และเป็นผู้กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากรและเพศหญิง 1 คน เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบงานสาธารณสุขตามนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 การดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลสามารถสรุปการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 2 ส่วนคือ

2.1 สถานการณ์สภาพจิตใจของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นญาติเป็นคนในครอบครัว จึงส่งผลให้สภาพจิตใจไม่มั่นคง ระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ระดับความเครียดขึ้นอยู่กับสภาพของครอบครัว สภาพจิตใจของผู้ดูแลเป็นไปตามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลทุกคน มีความกลัว วิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาในระยะแรกของการดูแล ไม่มีความรู้ ไม่ทราบว่าดูแลอย่างไร ใช้วิธีการสังเกตการณ์ดูแลจากคนอื่นหรือเวลาที่ อสม.มาเยี่ยมบ้านหลังจากที่กลับบ้าน ตอนที่อยู่โรงพยาบาลจำไม่ได้ว่าพยาบาลสอนอะไรบ้าง ไม่เข้าใจสภาพจิตใจไม่พร้อมในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพราะคิดว่าตนเองไม่ใช่พยาบาลและไม่สามารถทำได้ จากสภาพครอบครัวของผู้ดูแลส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างหาเช้ากินค่ำ จะดูแลตามสภาพไม่สามารถดูแลได้ดีเพราะต้องหาเงินมาเพื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ในครั้งต่อไป สภาพจิตใจของผู้ดูแลจะมีความเครียดสูงมากมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม หน้าตาไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่อยากพูดคุยกับคนอื่น บางครอบครัวอยู่กับลำพังสามภรรยา ไม่มีลูกหลานมาคอยดูแลแต่ได้รับเงินจากลูกหลานมาช่วยเหลือก็จะดูแลผู้ป่วยตามกำลังที่สามารถทำได้ แต่มีเพื่อนบ้านที่คอยแวะเวียนมาเยี่ยมให้กำลังใจก็พอทำให้รู้สึกอุ่นใจเพราะมีเพื่อนคอยช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไร ได้รับคำแนะนำเป็นระยะ ๆ ก็สามารถดูแลอาการผู้ป่วยไปได้ตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน หากไม่เข้าใจก็จะโทรหา รพ.สต. หรือ อสม. เพื่อให้เขามาช่วยดูแลและสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างก็จะสามารถกลับมาทำได้เอง บางครอบครัวมีลูกหลานหลายคนหมั่นเวียนปลัดกันดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีระดับความเครียดปานกลาง เพราะมีคนช่วยกันในการตัดสินใจแต่บางครั้งก็ไม่สามารถตัดสินใจได้ เนื่องจากมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันจึงต้องการข้อมูลทางด้านสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพหรือบางครั้งให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ช่วยให้คำแนะนำทำให้การดูแลดีขึ้น ส่งผลให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลไม่เครียดมากนัก ซึ่งในมุมมองของผู้ให้บริการอย่างเจ้าหน้าที่รพ.สต.หรือ เจ้าหน้าที่อาสาฯ เห็นเช่นเดียวกันว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความกลัว ทำอะไรไม่ถูก จำคำแนะนำไม่ได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล การไปเยี่ยมบ้าน หลังกลับจากโรงพยาบาลในช่วงสัปดาห์แรกจะช่วยให้สภาพจิตใจของผู้ดูแลดีขึ้น หรือการทักทายสอบถามอาการพร้อมเสนอทางออกและให้ความช่วยเหลือส่งผลให้ผู้ดูแลมีสภาพจิตใจและอารมณ์ดีขึ้น เวลามีปัญหาสามารถแก้ไขได้เอง แต่ถ้าปัญหาที่แก้ไขไม่ได้เองจะทราบดีว่าควรโทรศัพท์หาใคร หรือใครที่จะช่วยเหลือได้ ดังคำพูดดังนี้

“...ไม่รู้หรือว่าต้องทำอะไร รู้อย่างเดียวกลัว กลัวทำไม่ถูก ไม่รู้จะทำอย่างไร เราก็ตัวเล็กนิดเดียวจะยกไปไหว แล้วจะให้กินยังไม่ ตอนพยาบาลเขาสอนจำไม่ได้หรอก กลับมาเจอปัญหาเราก็กังเครียด ไม่มีลูกหลานด้วย เราก็ไม่รู้ทำไงก็โทรหา ป้า ก (นามสมมุติ) แกเป็นอสม. บอกเราที ว่าต้องทำไง ดินะที่มีเบอร์ป้า ก ทำให้เราทำได้ไม่มันไม่รู้ตาแกจะตายเปล่า...” (ID 003 A)

“...พอกลับมาบ้านทำอะไรไม่ถูกก็ได้น้องๆหลานๆช่วยกันเราก็ไม่ค่อยเหนื่อยมาก แต่เราเหนื่อยนะแต่ก็ไม่บ่น พอทำได้ทำไป เวลาไป รพ.ทีเราก็อธิบายให้หมอบรับหน่อยเขาก็ดีมารับ เราก็ทุนเรื่องเงินไปอีก ...ก็ทำให้เราอยู่ได้ ...แต่มีคราวหนึ่งต้องให้อาหารทางสายยาง ให้มันไม่ลงคราวนี้ทำอะไรไม่ถูกเลย ต้องโทรหาหมอ .น. (นามสมมุติ) ให้มาดู หมอ.น. แกก็ศิริบมาเลย เราก็งงใจ.....” (ID 023 B)

“...เราไม่ใช่พยาบาล ให้เราทำทำไม่ได้หรอก ไหนจะต้องไปขายของ ไหนจะต้องไปหาข้าวให้กิน วัน ๆ ก็เหนื่อยมากไม่มีเงินเราก็ดูตามสภาพนะ บอกตรงๆกลางคืนนอนไม่ได้เลยมันแน่นจุกออกไปหมด บางทีมือเท้าเย็นไปหมด เราหาเช้ากินค่ำเราจะมาฆ่าแต่ดูแลไม่ได้หรอก เราก็ดูตามสภาพไป ใจเราก็กังเครียด คิดแต่จะไปหาหมอครั้งต่อไปจะทำไป เราตัวคนเดียวลูกก็ไม่กลับมา กลัวไปสารพัด ดินะที่ เทศบาลเขาเข้ามาช่วยมาเยี่ยมมาให้เรารู้จัก ใจนะที่ดี แต่ก็ไม่มีเงินเหมือนเดิม ...” (ID 012 C)

“...บางทีเราก็มองน้ำใจสอบถามอาการของผู้ป่วยและให้คำแนะนำเขาก็ดีใจกลับไปทำแล้วทำ
ได้ก็เอามาบอก บางทีเขาให้อาหารทางสายยางไม่ได้เขาก็กังวลเขาก็จะโทรหาเราให้เราไปดู ช่วยแก้ไขปัญหา
หากเราไม่ว่างเราก็กส่ง อสม.ที่เก่งๆ ไปทำให้เขาดูก็ช่วยกันได้ เขาก็ยิ้มได้ ..แรกๆ ใหม่ก้กลัวกันทุกคนเครียด
หน้าตาไม่ยิ้มแย้มเลย บางคนค่าหอคนป่วยอีก เราก้ต้องค่อยๆบอกให้ใจเย็นๆยกตัวอย่างคนอื่นให้ฟังจะได้
สบายใจก็สงบไปพักเวลามีปัญหาที่เครียดขึ้นมาอีก....” (ID 002 P)

2.2 วิธีการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นการดูแลใน 4 ลักษณะคือ

1) “**ดูแลตนเอง ทาวิธีลดเครียด**” ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีวิธีการที่ง่ายและสามารถดูแลสภาพจิตใจได้ด้วยตนเอง จาก
การบอกเล่าของผู้ดูแลและพบว่า วิธีการจัดการด้วยตนเองที่สุดเพราะรู้สภาพจิตใจของตนเองดี วิธีการลดความเครียดสามารถทำ
ได้หลายวิธีเช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การนวดกดจุด การเดินหนีออกจากสถานการณ์หรือปัญหา การใจเย็นอธิบายเหตุผล
การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การสอบถามเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หรือ อสม. ช่วยทำให้คลายเครียดได้ โดย
ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า การเลือกดูแลสภาพจิตใจของตนเองต้องเป็นไปตามที่ชอบหากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.มาสอนบางทีไม่ทำ
เพราะไม่ชอบหรือไม่ตรงกับความคิดของตนเอง ซึ่งในมุมมองของผู้ให้บริการอย่างเจ้าหน้าที่รพ.สต.หรือ อสม. หรือเจ้าหน้าที่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ที่คุ้นชินเห็นเช่นเดียวกันว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการความเครียดแตกต่างกันตาม
ประสบการณ์ของการดูแล การแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปีสามารถเป็น
แบบอย่างในการหาวิธีการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลได้ด้วยตนเอง ดังคำพูดดังนี้

“...เราต้องจัดการอารมณ์ตัวเอง ใครช่วยไม่ได้หรอก วิธีการไหนก็ไม่เท่ารู้ใจตัวเรา แน่นนอน
มันเครียดเราก้เบื่อนะบางทีทำให้ทุกอย่าง แต่ก็มาค่าหอเราไม่ได้ตั้งใจ เราก้ไม่สนใจเดินหนีเอา เขาใจเย็น
เมื่อไหร่เราก้กลับมาทำให้แต่บ่อยๆก็ไม่ไหว บางทีต้องเปิดธรรมะให้ฟังจะได้ฟังไปพร้อมๆกัน...” (ID 004 A)

“...ผู้ดูแลเขารู้ตัวนะเท่าที่ถาม เราก้จะพยายามเล่าเรื่องของบ้านอื่นให้ฟังว่าเขาทำไง บางคนก็
เข้าใจแล้วบอกว่าดีจะเอาไปทำ บางคนบอกฉันทำไม่ได้หรอก ไม่ใช่พระนะจะทนได้ เราก้ได้แต่บอกว่าผลเสียคือ
อะไร พอเขาคิดได้วันหลังเขาก้มาบอกเองว่า ทำได้แล้วไปหาหมอนวดดีกว่า หายเครียดดี...” (FG 5 P)

2) “**รพ.สต. หนุนเสริมลดความเครียดของผู้ดูแล**” ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมีระบบบริการให้
คำปรึกษาเบื้องต้นทางโทรศัพท์ มีระบบการประสานงาน ส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ พร้อมประเมิน
ความสามารถการดูแลผู้ป่วยและสอนให้ผู้ดูแลตามสภาพปัญหาต่าง ๆ เพื่อลดภาวะความเครียดในการดูแลเมื่อกลับมาอยู่บ้าน
หรือระหว่างการดูแล โดยทั่วไป ผู้ดูแลจะใกล้ชิดกับ อสม. แล้วจะให้ อสม.ช่วยบอกปัญหาแก่ รพ.สต.ในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งผู้ดูแล
ส่วนใหญ่ต่างยอมรับว่า รพ.สต.สามารถช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้ ลดความเครียดและวิตกกังวลลงได้มาก เพราะเชื่อว่าคำแนะนำหรือ
การดูแลที่เอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ทำให้ภาวะเครียดลดลง ดังคำพูดดังนี้

“...ป้าจะบอก ยาย พ (นามสมมติ) อสม. ช้างบ้านให้ไปบอกหมอว่า ป้านะอยากได้คนมาช่วย
พลิกตะแคงตัว ทำไม่เป็นหรือคิ้วลึงแกก็ใหญ่ พอไปบอกหมอ หมอเขาจะมาสอนให้ช่วยตัวเอง บอกวิธีการให้
ป้าตะแคง พอป้าทำตามเออ มันทำได้เนอะ เราก้ไม่เครียดแถมยังสอนลูกหลานให้ทำเราก้สบายขึ้นอีก...” (ID
024 A)

“...ผู้ดูแลฝากมาถามแสดงว่าทำไม่ได้เราต้องรีบลงไปสอนให้เขาทำ เราก้สอน อสม.เราด้วย
เพื่อให้ช่วยๆ กันทำให้ผู้ดูแลเขาเชื่อใจและมั่นใจว่าเราทำให้เขาหายเครียดได้ จากนั้นเราก้ตามว่าทำได้หรือไม่
บางรายทำได้เราก้ให้กำลังใจชื่นชม บางรายทำไม่ได้เราจะให้ อสม. ลงไปทำและดูว่าทำไมไม่ได้เพราะอะไร เอา
ปัญหานั้นกลับมาแก้ไขอีกแล้วให้เขาทำเองบางรายเราก้ต้องให้เบอร์โทรเขา เขาจะโทรมาถามเอง ก็สามารถทำ
ได้ดูแลญาติเขาได้ดีทีเดียว ...” (FG 1 P)

3) “อสม.เพื่อนพึ่งพา อาสาใจ” อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่กู้ชีพ เป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ อสม.คือที่พึ่งทางใจ จากการลงพื้นที่และจัดทีมเยี่ยมบ้าน ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาในชุมชน การให้อสม.ช่วยดูแลในระยะแรกและระยะที่ฟื้นฟูสภาพต้องอาศัยการให้คำแนะนำและลงมือปฏิบัติจริง เพราะวิธีการให้ลงมือปฏิบัติจริงสามารถทำให้ผู้ดูแลทำได้ด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดความภูมิใจที่สามารถให้การดูแลที่ซับซ้อน และยังเป็นที่พึ่งพาในการประสานงานนำรถมารับ-ส่งผู้ป่วย ในการเดินทางไปโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสบายใจและรู้สึกอุ่นใจทุกครั้ง ดังคำพูดดังนี้

“...ยาย ม (นามสมมุติ) นี่แหละช่วยฉันได้มาก เวลาที่ฉันทำอะไรไม่ได้บอกให้ยามาดู เขาสอนให้ฉันทำฉันทำได้ เออเราก็ทำได้นะไม่ได้เรียนหมอกะเขาก็ทำได้ ตอนช่วงที่แฟนฉันกลับมาบ้านใหม่ๆทำอะไรถูก กลัวไปหมดไม่กล้าจับ ไม่เอาหมอกทำไม่ได้ แต่พอมีทีม อสม.เขามาสอน เออไม่ยาก ทำได้ บางทีเขามีหมอมมาด้วยบอกให้เราช่วยทำกายภาพ เราก็ลองทำดู ก็ทำได้สินะ ...” (ID 013 B)

“...หมอ น (นามสมมุติ) เขาให้พวกฉันลงไปเยี่ยม เราก็รู้ปัญหาเขา เราก็ช่วยเขาได้ พอเขาทำได้ เขามี อ๊ะ แสดงว่าสบายใจ ทำให้ได้ก็โทรหา เป็นแบบนี้เราก็ช่วยกันไป เวลาเขาจะไปหาหมอเขาก็บอกเรา เราก็บอกกู้ชีพเอารถไปรับ-ส่งกลับมา ก็เห็นเจายิ้มได้ เราก็ดีใจ หลายคนบอกว่า เราเหมือนเพื่อนพึ่งพายามยาก แบบในทีวีเลย ...” (FG 3 P)

4) “กิจกรรมคลายเครียด” ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีโครงการและจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในการให้การดูแลโดยสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการและจัดกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับประชาชนในพื้นที่ โดยผู้ดูแลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เช่น การทัศนศึกษาออกสถานที่ การทำกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ฯลฯ รวมถึงการจัดหาให้มีรถกู้ชีพเพื่อรับ-ส่งผู้ป่วยซึ่งทำให้ลดภาระทางเศรษฐกิจได้ เนื่องจากนโยบายของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน การจัดรถรับ-ส่งไปโรงพยาบาลคือหนึ่งในบริการที่จะช่วยทำแทนให้ครอบครัวและลดค่าใช้จ่ายของเขา เป็นบริการที่เข้าถึงทุกครอบครัว ดังคำพูดดังนี้

“...เทศบาลเราให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของประชาชน ความเดือดร้อนของเราเราต้องช่วยได้อย่างกรณีรับ-ส่งไปโรงพยาบาลเราไปส่งแล้วเรารับกลับด้วยเพราะเห็นว่า ทุกคนลูกหลายเขามีภาระต้องหาเข้ากินค่า บางคนต้องหยุดงานไปหาหมอทั้งวันเราช่วยได้ขอให้โทรบอกเรามา แต่ละคนที่ใช้บริการเราไม่ได้เรียกร้องอะไรแต่ทุกคนมีน้ำใจให้กับตามที่มี เราดูแลหมดไม่ว่าจะโรคอะไร โทรมาเราก็จัดการให้ ...” (ID 015 B)

“...เรามีกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มีการสอนวิธีการคลายเครียด บางทีเราก็เอาไปสอนเวลาเราลงทำเทศบาลสัญจรหรือบางทีเราลงไปเยี่ยมบ้าน ก็ได้ผลดี ทุกคนได้วิธีการผ่อนคลายความเครียด บางทีเราก็พาไปทัศนศึกษาออกสถานที่ ผู้ดูแลบางคนก็ได้ไปเท่ากับเราทำให้เขาได้มีเวลาเป็นของตัวเอง ได้พักผ่อนและร่วมสนุกในกิจกรรมก็ช่วยบรรเทาความเครียดได้ระยะหนึ่ง ...” (FG 1 P)

ส่วนที่ 3 แนวทางการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชน

จากสถานการณ์สภาพจิตใจของผู้ดูแลและวิธีการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทำให้ผู้วิจัยวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนดังนี้

1. **แนวทางการคัดกรองและการป้องกันภาวะเครียดของผู้ดูแล** เป็นระบบบริการที่ชุมชนสามารถจัดการได้ด้วยตนเองโดยเริ่มต้นจากการคัดภาวะเครียดของผู้ดูแลด้วยตนเอง และรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการดูแลสุขภาพจิตใจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรในชุมชน

2. แนวทางการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะฉุกเฉิน สำหรับในพื้นที่เทศบาล มีระบบรถฉุกเฉินกู้ชีพที่ได้รับการสนับสนุนจาก เทศบาลโพรงมะเดื่อ ครอบคลุมในเฉพาะในเขตเทศบาล เพื่อส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงมะเดื่อ มีระบบการประสานงานส่งข้อมูลการเจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทางพร้อมสามารถดูแลเบื้องต้นระหว่างนำส่งได้ ซึ่งมีการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบตามแก่ อสม. เป็นหมู่บ้านในพื้นที่ละแวกบ้านของอสม.เอง ซึ่งจะทำให้การเข้าถึงบริการสามารถทำได้รวดเร็วและถูกต้องเนื่องจาก อสม.เป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยกับพื้นที่เป็นอย่างดี โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจให้กับผู้ดูแลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันที

3. แนวทางการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลโดยชุมชน เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำหน่ายกลับบ้านอยู่ในชุมชน พบปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาเรื่องการปรับตัว ไม่สามารถยอมรับกับภาวะพิการที่ยังหลงเหลือ ขาดองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง ญาติไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ชุมชนโพรงมะเดื่อ มีการจัดการ เพื่อให้บริการและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง จนครอบครัวสามารถจัดการดูแลผู้ป่วยได้ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่ทำงานร่วมกัน คือ ภาครัฐโดยโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ภาคประชาชน โดยอาสาสมัคร และอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จัดทีมเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลด้านทวิชาการ เฉพาะกรณีผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ แนะนำให้มีการเปลี่ยนคนดูแล พร้อมให้เกิดกิจกรรมการระบายความรู้สึกและเทคนิคการผ่อนคลาย และให้คำปรึกษาเบื้องต้นทางโทรศัพท์ เพื่อให้ช่วยผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจและวิชาการ

2) อาสาสมัครสาธารณสุข และอาสาสมัคร จัดบริการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยรายใหม่ จัดบริการนัดหมายไทย ช่วยดูแลความสะอาดร่างกายในรายที่ไม่มีญาติและสอนการทำกายภาพอย่างง่าย มีการประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการกรณีที่ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและประสานงานนำรถมารับผู้ป่วยไปรับ - ส่งผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นมิตรและได้รับการสนับสนุนทางสังคม

3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในเรื่องสุขภาพ โดยจัดให้มีรถกู้ชีพรับ-ส่งผู้ป่วยเพื่อไปโรงพยาบาลทุกกรณี เพื่อให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสุขใจที่ได้รับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ

6. อภิปรายผล

ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพจิตใจของผู้ดูแลและวิธีการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน พบว่า ความเครียด ส่งผลกระทบต่อร่างกายทางสรีรวิทยา ชีววิทยาและชีวเคมี ทำให้ผู้ดูแล มีแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป อากาศเหนื่อยง่าย หายใจไม่เต็มอิ่ม หน้าตาไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่อยากพูดคุยกับคนอื่น บางครอบครัวอยู่กับลำพัง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของเซลเย่ อ่างในอังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) และวิธีการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลได้มาจากการสนับสนุนทางด้านจิตใจและวิชาการ ทางด้านสังคมจากองค์กรในชุมชน ทางด้านเศรษฐกิจจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนว่า จากปรากฏการณ์ภาวะเครียดของผู้ดูแลและสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับประสบการณ์การดูแล การสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ ภาวณี พรหมบุตร นพวรรณ เปียชื่อ สมนึก สกุลหงส์ โสภณ (2557) และ ปิยนุช ภิญโยและคณะ(2558) ผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดต่ำจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงและมีสมรรถนะของผู้ดูแลสูง แต่จากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการวิเคราะห์สมรรถนะของผู้ดูแลก่อนจึงทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่า สมรรถนะของผู้ดูแลมีผลต่อสภาพจิตใจแต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์สภาพจิตใจของผู้ดูแลบนพื้นฐานครอบครัวหรือมีสมาชิกในครอบครัวดูแลที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อสภาพจิตใจแตกต่างกันเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม (House , 1981 อ่างในฤติมา รักษารักษ์ และ งามลมัย ผิวเหลือง, 2558)

อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแล ได้รับมากที่สุดมาจากครอบครัว สอดคล้องกับผลการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดมาจากบุคคลใน ครอบครัว/ญาติรองลงมา คือ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตามลำดับ (ธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว, 2547) ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลที่มีแรงสนับสนุน ทางสังคมจากครอบครัวมาก มีความเครียดน้อยเนื่องจาก แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยตรงจาก สมาชิกในครอบครัว ทั้งในเรื่องการช่วยเหลือด้านข้อมูลคำแนะนำ ให้กำลังใจ ด้านการเงินและความช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวันเป็นแรงผลักดันให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ กำลังใจแสดงออกถึง ความห่วงใย พึงพาซึ่งกันและกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลมี ความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ สามารถแก้ไขปัญหาและมี กำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้นและลดความเครียด ที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้านได้ (กรรณิกา คงหอม และคณะ, 2548) สอดคล้องกับผลการศึกษา ครั้งนี้ที่พบว่า บางครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยไม่มีลูกหลานแต่ ได้รับเงินจากลูกหลานมาเลี้ยงก็จะดูตามที่สามารถทำได้แต่มีเพื่อนบ้านที่คอยแวะเวียนมาเยี่ยมให้กำลังใจก็พอทำให้รู้สึกอุ่นใจ เพราะมีเพื่อนคอยช่วยกันคิดว่าจะทำอย่างไร ได้รับคำแนะนำเป็นระยะๆก็สามารถดูแลไปได้ตามคำแนะนำ

7. ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรทำการวิเคราะห์สมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อทำให้สามารถเปรียบเทียบสภาพจิตใจได้ชัดเจนขึ้น
2. ควรมีการนำแนวทางการดูแลสภาพจิตใจของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนไปทดลองใช้เพื่อให้เกิดการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้ทุนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. เอกสารอ้างอิง

1. กรรณิกา คงหอม, สุรพร ธนศิลป์, และศิริพันธ์ สาสตร์. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 17(3), 61-74.
2. กรรณิกา รักษ์ใจเจริญ, (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25 (1), 90-97.
3. ชาย โพธิสิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่3. [ม.ป.ท.]: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
4. ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ. (2554). ทศนคติและผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 1(1) มกราคม-เมษายน 2554.
5. ธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว. (2547). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. นิตยา พันธุวาทย์ และลินดา จำปาแก้ว. (2558). ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาทโลก ปีพ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
7. นงนุช เพ็ชรร่วง, ปนัดดา ปริญญา และวิโรจน์ ทองเกลี้ยง. (2556). การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(1), 25-34.
8. ปิยนุช ภิญโยและคณะ. (2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35 (2), 93 -111.
9. ภาวณี พรหมบุตร, นพวรรณ เป็ยชื่อและสมนึก สกฤษสงส์โสภณ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร, 20(1), 82-96.

10. ศิริพันธ์ สาส์ตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 15(3), 1-9.
11. ยงชัย นิละนนท์. (2557). *สรุปภาพรวมของการดูแลผู้ป่วยและแผนพัฒนาโรคหลอดเลือดสมองการประชุมวิชาการคุณภาพ (Quality Conference) เรื่อง “Speeding towards the World Class Stroke Care”* ณ ห้องประชุมอภิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). แสดงอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2556 [ออนไลน์]. ค้นเมื่อ เมษายน 21, 2557, จาก <http://www.hiso.or.th>
13. อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*
14. ฤติมา รักษารักษ์ และงามลมัย ผิวเหลือง. (2558). อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง และการควบคุมตนเองที่มีต่อความหย่นตัวของนิสิตรอปินิจ. *วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2),147-172.
15. Bainbridge, H. T. J., Cregan, C., & Kulik, C. T. (2006). The effect of multiple roles on caregiver stress Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 490-497.
16. Chumblor, N. R., Rittman, M., Puymbroeck, M.V., Vogel, W. B., & Qnin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 944-953.
17. Dennis, M., O Rourke, S., Sharpe, M., & Warlow, C. (1998). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke*, 29, 1867-1872.
18. McLean, J., Roper- Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers: A pilot study. *Journal of Advance Nursing*, 16, 559-564.
19. Schulz, R., Beach, S. R. (1995). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*, 282, 2215-2219.