

สายใยครอบครัวที่ตัดไม่ขาด: การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในบริบทสังคมอีสาน ด้วยวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง

อรรพรรณ ดวงมังกร พย.ม.* ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**
ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด.*** ประมวล พิมพ์เสน ศศ.ม.****

บทคัดย่อ

เป็นที่ตระหนักรู้ว่าทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังทุพพลภาพและติดเตียงเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์นี้มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้ต้องอุทิศตนแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แม้มีความพยายามสนับสนุนจากหน่วยงานระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลมาระดับหนึ่ง แต่ยังคงปรับข้อมูลนำเข้าเป็นระยะและให้มีความเฉพาะกลุ่ม รวมถึงสังคมยังขาดข้อมูลเชิงลึกถึงการรับรู้ คุณค่าการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของผู้ดูแล ในบริบทความเชื่อในสังคมอีสานซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญสู่การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคิด ความเชื่อ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามบริบท สังคมอีสาน เพื่อเติมเต็มช่องว่างของความรู้ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง โดยศึกษาบริบทและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 7 คน ผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน และผู้นำชุมชน 8 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์แก่นความคิด ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566

ผลการวิจัย พบแก่นความคิด 3 ประเด็น คือ การให้ความหมายของการดูแล การรับมือต่อปัญหาในการดูแล และการหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ ได้แก่ ประเด็นที่ (1) การให้ความหมายของการดูแล แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1.1) เป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.2) เป็นสายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ ตัดไม่ขาด 1.3) เป็นความสงสาร (เหลือโตน) และ 1.4) เป็นการทำบุญ ส่วนประเด็นที่ (2) การรับมือต่อปัญหาในฐานะผู้ดูแล ผู้ดูแลรับมือต่อปัญหาในการดูแล 3 วิธี คือ 2.1) “ทำใจ” คือ การยอมรับสถานการณ์ของตนเองและไม่คิดมากเกินไป 2.2) “คงความหวัง” และ 2.3) “สร้างความสมดุล” และประเด็นที่ (3) การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 3.1) พึ่งตนเอง 3.2) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในบริบทสังคมอีสานที่เป็นการรับรู้และให้คุณค่าเชิงบวก รวมถึงมีความเหนียวแน่นกลมเกลียวของความสัมพันธ์ในครอบครัวอีสาน ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การออกแบบปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการดูแลด้วยการรับรู้เชิงบวกของผู้ดูแลในบริบทสังคมอื่น ๆ ให้เกิดความสมดุลและความผาสุกทางจิตใจ แก่ผู้ดูแลในครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง ครอบครัวอีสาน ความคิดความเชื่อ ความผูกพันในครอบครัว
ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลในครอบครัว

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 ตุลาคม 2567

*นักศึกษาลัทธิสุตรปรัชญาคุณูปบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล ladpan@kku.ac.th

****ประธานศูนย์วัฒนธรรมเฉลิมราชจังหวัดขอนแก่น

An unbreakable family bond: A focused ethnographical study of perceptions of bedridden patient caregivers in Isan context

Aurawan Doungmungkorn M.N.S.* Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Ladawan Panpanit Ph.D.*** Pramuan Phimsen M.A.****

Abstract

It is recognized that the world, including Thailand, has entered the aging society, which brings with it an increasing number of chronically disabled and bedridden patients. This situation significantly impacts the families responsible for caring for these patients, placing on them the burden of providing dedicated, unpaid care. Despite the efforts of health service organizations to develop the capabilities of caregivers to some extent, the input data still needs to be adjusted periodically and be specific to each group. Additionally, society still lacks in-depth information on caregivers' perception and value of caring for patients in the family within the context of beliefs in Isan society, which is crucial input data for developing policy proposals and designing care strategies that align with the service recipients.

This research aimed to explain the thoughts and beliefs in caring for bedridden patients within the context of Isan society to fill the knowledge gap, using a focused ethnographic research method. The study examined the contexts and experiences of 39 informants related to patients in a community in Khon Kaen Province, including 7 stroke survivors, 10 family caregivers, 14 sub-district health service personnel, and 8 community leaders. Data were collected through participant observation, field notes, in-depth interviews, and analysis of emergent themes. Data trustworthiness had been ensured through triangulation technique. The data collection took place between July and December 2023.

The research findings identified three main themes: defining the meaning of care, coping with caregiving challenges, and finding resources to address the challenges. As follows:

1. Defining the meaning of care: Care was understood in four ways: 1.1) As a role and duty of the family, 1.2) As an unbreakable relationship or unbreakable bond within the family that cannot be abandoned, 1.3) As compassion (Luea Ton), and 1.4) As a form of making merit. 2. Coping with caregiving challenges: Caregivers addressed challenges in three ways by: 2.1) "Tam Jai", which was accepting their situation and not overthinking it, 2.2) "maintaining hope", and 2.3) "creating balance". 3. Finding resources to address the challenges, which relied on two aspects: 3.1) Self-reliance, and 3.2) Seeking resources for help.

The research results indicated that the caregivers' perception in the Isan social context is positive and valuing. The findings also highlighted the strong and harmonious relationship of Isan families. These insights can inform the design of practices to promote care with positive perception of caregivers in other social contexts, contributing to create balance and psychological well-being for family caregivers.

keywords: focused ethnographic research; Isan family; beliefs; family bonding; bedridden patients; family caregivers

Received 26 June 2024 Revised 9 October 2024 Accepted 13 October 2024

*A student of the Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

****President of Chalerm Raj Cultural Center, Khon Kaen Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุหลักของความพิการและการเสียชีวิต พบว่า โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) และทำให้เกิดความพิการที่รุนแรง จากการสำรวจประชากรขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World stroke organization: WSO)¹ พบว่า ในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 101 ล้านคน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6.5 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 12.2 ล้านรายต่อปี และ 1 ใน 4 ของผู้ที่อายุ 25 ปีขึ้นไป จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตประชากรกลุ่มนี้¹

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ health data center (HDC) รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 163,823 คน เสียชีวิต 15,698 คน และในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-เมษายน 2567) รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 123,997 คน เสียชีวิต 9,771 คน² ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึง พบว่า ภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่มีความชุกมากในผู้สูงอายุ นั้น มีความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี³

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านร่างกายโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีความบกพร่อง ข้อจำกัดในการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกาย มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย เกิดภาวะความพิการ มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไป มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ทั้งที่พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัว บางรายที่ไม่สามารถขับเคลื่อนด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ^{4,7} ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีมุมมองต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ รู้สึกเป็นภาระ สูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกอาย ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มีอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมักพบในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปีภายหลังเกิดโรค โดยผู้ป่วยมัก หงุดหงิด เหนื่อย อ่อนเพลีย และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามาก ๆ จะทำให้หมดหวัง พบถึงร้อยละ 30-50 ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือที่เรียกว่า “อัมพาต” ทำให้เกิดปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว⁷ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ พบว่า ความพิการที่หลงเหลือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ไม่สามารถทำบทบาทบิดามารดาสามี หรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ผู้ดูแลต้องแบกรับความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ คือ ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ ทำงานหารายได้ไม่เต็มที่ ไม่ได้ทำงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพต่าง ๆ เช่น เตียงนอน ที่นอนลม ผ้าอ้อมอนามัย เครื่องดูดเสมหะ ค่าอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น^{5,9} อีกทั้ง

ยังส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณหลายประการ เช่น ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) การเติบโตส่วนบุคคล (personal growth) และความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy) ความหมายสูงสุด และจุดประสงค์ของชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมอง และปฏิสัมพันธ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual interaction) เช่น ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่มีความเชื่อเดียวกัน¹⁰

จากสถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงรับภาระในการดูแล และครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่รับผิดชอบในการดูแลที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องอุทิศตนดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง แม้มีความพยายามสนับสนุนจากหน่วยงานระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลมาระดับหนึ่ง แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคและความท้าทายในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำรงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากโรคอื่น ๆ แต่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองติดบ้านติดเตียงในบริบทอีสานยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ความเข้าใจส่วนนี้ อันจะสามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญสู่การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการต่อไป

การวิจัยนี้ ทำในบริบทสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย หรือเรียกชื่อเฉพาะว่า “อีสาน” ซึ่งมีความคิดความเชื่อเฉพาะ สำหรับครอบครัวอีสาน การที่จะอยู่กันอย่างเหนียวแน่นหรือว่าเปราะบางขึ้นอยู่กับความคิดความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การทำหน้าที่ และบทบาทในครอบครัว¹¹ มีวิถีปฏิบัติที่สืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น และมีประเพณีวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกับประชาชนที่อาศัยในเขตลุ่มแม่น้ำโขงอื่น ๆ อาทิ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) นับถืออำนาจเหนือธรรมชาติร่วมกับศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญแก่การทำบุญเพื่อการได้รับสิ่งดี ๆ ตอบแทนในอนาคต ดังเห็นได้จากประเพณี “ฮีต 12 คอง 14” ซึ่งฮีต 12 คือ จารีตที่กำหนดพิธีทำบุญรายเดือน 1-12 บุญใน 12 เดือน ส่วนคอง 14 เป็นธรรมเนียมปฏิบัติในครอบครัวในสังคม โดยเฉพาะให้ความสำคัญกับความเป็นครอบครัวเดียวกัน ให้ความสำคัญเคารพผู้ใหญ่ ความกตัญญูต่อบิดามารดา บุพการี และสมาชิกผู้สูงอายุในครอบครัว นับถือว่าท่านเหล่านั้น เป็นผู้มีพระคุณ เนื่องจากเป็นผู้ให้ชีวิตและเลี้ยงดูมาจนเติบโตใหญ่ มีบุคลิกเป็นคนง่าย ๆ ใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติในการ “หาอยู่ หากิน” อ่อนน้อมถ่อมตนกับผู้ใหญ่ และ “เกรงใจ” กับคนแปลกหน้า¹²⁻¹³ ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความเกรงใจต่อบุคลากรสุขภาพ ไม่กล้าถาม ไม่กล้าซัก ไม่กล้าเรียกร้องใด ๆ เมื่อกลับบ้านการเรียนรู้ในการดูแลจากโรงพยาบาลจึงมีจำกัด และเมื่ออยู่ที่บ้านการเรียกร้องให้คนแปลกหน้ามาให้บริการ เพื่อพัฒนาศักยภาพยังมีความจำกัด

ทั้งนี้ ได้ศึกษาในวัฒนธรรมอีสานซึ่งจะมองเห็นจุดแข็งบางประการที่คิดว่าเป็นสาระสำคัญที่จะนำมาสู่การออกแบบในการสร้างข้อเสนอแนะทางการพยาบาลของการดูแลที่จะส่งผลถึงศักยภาพและความคิดความเชื่อทางบวกให้กับครอบครัวเหล่านั้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความคิด ความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามบริบทสังคมอีสาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความคิดความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของครอบครัวตามบริบทสังคมอีสาน ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง (focused ethnography) ศึกษาบริบทและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลผ่านบุคลากรสุขภาพและแกนนำสุขภาพชุมชนในพื้นที่ (gate keeper) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน ผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน และผู้นำชุมชน 8 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้ด้านแนวคิด ทฤษฎีและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แบบบันทึกการสังเกตและ 4) แนวทางการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยนอนติดบ้านติดเตียง แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมถึงข้อจำกัดในการดูแล โดยแนวคำถามได้ผ่านการเห็นชอบจากทีมวิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมแล้ว และมีการปรับแนวคำถามที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจมีความสำคัญเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา¹⁴ หลังการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ 3) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชนขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อ คำนึงถึงประโยชน์และความเท่าเทียมในการเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เช่น กิจกรรม Big cleaning day โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 45-60 นาที อย่างน้อย 2 ครั้งต่อรายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล จนได้ข้อมูลอิ่มตัว คือ ได้ข้อมูลซ้ำ ๆ เดิม ไม่พบข้อมูลที่ผิดขึ้นใหม่ และมีความเพียงพอของข้อมูล สามารถสรุปประเด็นที่น่าสนใจของการศึกษา นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3-6 คน

กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 คน จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 4 คน เพื่อเป็นการเพิ่มเติมและยืนยันข้อมูล รวมถึงศึกษาข้อมูลจากเอกสารของพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามรายงาน Belmont และ GCP in Social and Behavioral Research เลขที่ HE662142 รับรองวันที่ 26 กรกฎาคม 2566-25 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขณะสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูล แสดงสีหน้าหรือความรู้สึกไม่สบายใจ สะเทือนใจ ร้องไห้ ผู้วิจัยจะหยุดถามคำถาม และให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึงความคิด ความรู้สึก หากผู้ให้ข้อมูลต้องการ แหล่งช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อและยินดีต่อการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผู้ให้ข้อมูลแสดงออก ถึงความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ ขณะให้ข้อมูล มีเพียงน้ำเสียงเครือ น้ำตาคลอจากความรู้สึกซาบซึ้งใจของผู้ป่วย ที่มีต่อผู้ดูแล หรือความสงสารเห็นใจผู้ป่วยของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อแยกให้เห็นองค์ประกอบทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูล จำแนกประเภทของปรากฏการณ์ วิเคราะห์ ตีความ จำแนกประเด็นที่โดดเด่น ประเด็นย่อย¹⁵ เกี่ยวกับความคิดความเชื่อต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามวัฒนธรรมอีสาน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของงานวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เริ่มตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนถึงขั้นของการวิเคราะห์ข้อมูล¹⁶ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันตามช่วงเวลา (time) สถานที่ (space) และบุคคล (person)¹⁷ หลังจากเข้าศึกษาข้อมูลในพื้นที่ เป็นเวลา 6 เดือน (prolonged engagement) ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยมีการสร้างความน่าเชื่อถือได้ให้กับงานวิจัย ด้วยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัย มีการถอดเทป แบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ ร่วมอภิปรายกับอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing) ทุกสัปดาห์ และผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) จากการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยแต่ละครั้งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกและประสบการณ์เดิมมาเกี่ยวข้อง ส่วนการยืนยันผล (confirmability) ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวน ตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติเกี่ยวกับเรื่องความคิดความเชื่อต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามวัฒนธรรมอีสาน และพยายามไม่นำความคิดเห็นมาตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว ดำเนินการทำตามขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กำหนดไว้¹⁸

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ในจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 7 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 5 คน สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด เพศชาย 2 คน มีสถานภาพสมรสคู่ 1 คน หย่าร้าง 1 คน มีอายุน้อยสุด 55 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี อายุโดยเฉลี่ย 67 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivor: SS)

ข้อมูล	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพสมรส	ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	โรคประจำตัว	รายได้หลัก	รายได้ครอบครัว (บาท/ปี)	สุขภาพปัจจุบัน (ADL)
SS01	หญิง	55	ป.4	คู่	4	DM, HT	ลูกชาย	50,000	แข็งแรง (20)
SS02	หญิง	75	ป.4	คู่	3	HT	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง (20)
SS03	หญิง	62	ป.4	คู่	2	DM, HT	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง (20)
SS04	ชาย	59	ม.3	หม้าย	2	ไม่เคยตรวจ	พิการ	50,000	พิการ ข้อมือ ขา (17)
SS05	ชาย	62	ป.4	คู่	3	HT ไขมันสูง	เกษตรกรรม รับจ้าง สูงอายุ	50,000	แข็งแรง (20)
SS06	หญิง	83	ป.4	คู่	10	DM, HT	สูงอายุ พิการ ลูก	20,000	ติดเตียง (0)
SS07	หญิง	75	ป.4	คู่	2	ไม่มี	สูงอายุ ลูกหลาน	50,000	แข็งแรง (20)

สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 7 คน สถานภาพสมรสคู่ 6 คน เป็นหม้าย 1 คน เพศชาย 3 คน มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้ง 3 คน มีอายุตั้งแต่ 50 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบทบาท ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดา 2 คน 2) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภรรยาดูแลสามี 3 คน 3) ผู้ดูแลที่เป็นสามีดูแลภรรยา 1 คน 4) ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวดูแลมารดา 2 คน และ 5) ผู้ดูแลที่เป็นพี่หรือน้อง 2 คน ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารขององค์กรบริหารส่วนตำบล 4 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregivers: CG) 10 คน รวมเป็น 39 คน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver: FCG)

ข้อมูล	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพสมรส	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	โรคประจำตัว	รายได้หลัก	รายได้ครอบครัว (บาท/ปี)	สุขภาพปัจจุบัน
FCG01	หญิง	64	ป.4	คู่	ภรรยา	4	DM, HT ไขมันสูง	เกษตรกร สูงอายุ	50,000	แข็งแรง
FCG02	หญิง	60	ป.4	คู่	ภรรยา	2	ไม่มี	ไม่ได้ทำงาน ได้จากลูก	50,000	แข็งแรง
FCG03	ชาย	83	ป.4	คู่	บิดา	2	ไม่มี	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง
FCG04	หญิง	58	ม.3	คู่	น้องสาว	0.6	HT	เกษตรกรรม น้องสาว	50,000	แข็งแรง
FCG05	ชาย	48	ป.6	คู่	สามี	3	DM, HT ไขมันสูง	เกษตรกรรม รับจ้าง	50,000	แข็งแรง
FCG06	หญิง	82	ป.4	หม้าย	มารดา	3	DM, HT	สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง
FCG07	หญิง	57	ป.6	คู่	บุตรสาว	10	HT	เกษตรกรรม น้อง	50,000	แข็งแรง
FCG08	ชาย	61	ป.4	คู่	พี่ชาย	6	ไม่มี	เกษตรกรรม รับจ้าง	50,000	แข็งแรง
FCG09	หญิง	50	ม.6	คู่	บุตรสาว	12	ไม่มี	เกษตรกรรม รับจ้าง	70,000	แข็งแรง
FCG10	หญิง	65	ป.4	คู่	ภรรยา	3	ไม่มี	เกษตรกรรม	20,000	แข็งแรง

ผลการวิจัยสรุปประเด็นได้ ดังนี้ (1) ความคิดความเชื่อในการให้ความหมาย ได้แก่ 1.1) คือบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.2) คือสายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ตัดไม่ขาด 1.3) เป็นความสงสาร (เหลือใจ) และ 1.4) คือการทำบุญ ส่วนประเด็นที่ (2) การรับมือต่อปัญหาในฐานะผู้ดูแล พบ 3 ด้าน คือ 2.1) ทำใจ 2.2) มีความหวัง และ 2.3) สร้างความสมดุล และประเด็นที่ (3) การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 3.1) พึ่งตนเอง 3.2) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ รายละเอียดดังนี้

1. ความคิดความเชื่อ การให้ความหมาย ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จัดเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม รายละเอียด ดังนี้

1.1 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว การทำตามบทบาทหน้าที่ที่ดีของการเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความรับผิดชอบ เสียสละ ท่วงเท กตัญญู เป็นความรับผิดชอบ เป็นการทำบุญ ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา ที่ต้องดูแลลูกชาย แม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวของตัวเองแล้ว แต่เมื่อเลิกกันและไม่ได้ผูกพันกันมาก ภรรยาและลูกไม่ดูแล ก็ต้องมาอยู่กับบิดา หรือ มารดา เป็นผู้ดูแลจนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะเสียชีวิตก่อน หรือตายจาก นอกจากนี้ ยังมีบุตรสาวที่ต้องดูแลมารดา ป่วยเรื้อรังนอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดบ้านติดเตียง เป็นเวลา 10 ปี ด้วยความเชื่อในเรื่องบทบาทหน้าที่ของลูกที่ดี การตอบแทนพระคุณ ความรักความสงสารเห็นอกเห็นใจ ให้ความสำคัญมาก ไม่อยากให้มารดาได้รับความทุกข์ทรมาน หรือความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำพูด “พ่อแม่นี้สิจึงได้ขึ้นบ่เลี้ยงหม่นบ่สิ้นนะ กะสิเลี้ยงลูกสิ้นตัว เป็นพ่อ พ่อกะเฒ่า ๆ แม่กะเฒ่า ๆ จึงซี้ละเนาะลูกเนาะ จักว่าสิเฮ็ดจังได้..พอนั้นละเป็นผู้โงมเป็นผู้เฮ็ดอยู่เนี่ย แม่กะเป็นผู้ทำอาหารให้กิน.....สิเฮ็ดจัง กะสิได้เลี้ยงสิ้นตัวลูกเนาะ เลี้ยงกะจังได้คนมันตายเป็นกะจังฮอดมือพุ่นแหล่ว หม่นบ่สิ้น กะสิเฮ็ดจังสิ้นตัวจังสิได้ มันไปไสบ่รอด” (ผู้ดูแลเป็นบิดา อายุ 83 ปี ดูแลลูกชาย อายุ 50 ปีหลังผ่าตัดสมองพูดสื่อสารไม่ได้ ส่งเสียงอ้อ ๆ อ้า ๆ เอ้อ ๆ อยู่ติดเตียง ลูกนั่งได้ เดินเองไม่ได้เคลื่อนย้ายต้องอุ้มและใส่รถเข็น)

“ไอ้วเก็บบ่ป็นะกว่าจะกินเองได้กว่าเขาจะนั่งได้พิงเก้าอี้ก็เลยนั่งป้อนมาได้เรื่อย ๆ ที่นี้บอกลองกินเองเขาก็ค่อยสู้ของเขาเก็บบ่หรือปกว่านี้แหละถึงกินเองได้” (ภรรยาที่ดูแลสามีติดบ้านติดเตียง)

1.2 สายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ตัดไม่ขาด โดยส่วนมากจะสื่อถึงความรัก ความผูกพัน การเป็นคู่ครอง คู่ชีวิตกันมา มีวาสนาต่อกันตั้งแต่ชาติก่อน มีสายใยความผูกพันต่อเนื่องกันมาความห่วงใยเอาใจใส่ เป็นสายเลือดเดียวกัน ที่มีความเชื่อมโยงกันในครอบครัวตามความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาให้มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นความผูกพันในครอบครัวที่มีความเกี่ยวโยงกันระหว่าง สามิ ภรรยา บิดา มาดา บุตร พี่น้อง หรือเครือญาติกัน ล้วนถูกกำหนดมาแล้วทั้งสิ้น ในบริบทของผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือมารดาดูแลบุตร ด้วยความรู้สึถึงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยเอาใจใส่ ปลอ่ยทิ้งไม่ได้ (ถื้มบ่ได้) สงสาร ดูแลกันจนตายจาก เพราะมีความเชื่อว่า เป็นบุญเป็นกรรมที่ได้อยู่ร่วมกันมานานหลายปี จึงดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ หุ่เมเท เสียสละ ความเป็นพี่น้องกัน สายเลือดเดียวกัน ตัดไม่ขาดทิ้งไม่ได้ ถ้าไม่ดูแลกันก็ไม่มีใครดูแล

ตัวอย่างคำพูด “มันอยู่น่ากันแต่ได้แล้วจังได้...ปาด...(เสียงสูง ลากเสียงยาว) เบ็งคักเบ็งแหน อีหลี เบ็งแล้วกะบ่มีคนไปเปลี่ยน..บ่แม่นว่าโพดเค้ คั่นบ่แม่นว่าสองเดือน มื้อเว้นมื้อมื่อเว้นมื่อ บาดนี้กะมาเว้นเป็นอาทิตย์ ออกจากมื่อเว้นมื่อเป็นเดือน หลังจากนั้นกะมาห่างเป็นอาทิตย์” (สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาทเป็นภรรยาดูแลสามี ภรรยาสูงอายุ ดูแลสามีสูงอายุ ป่วยเป็นหลอดเลือดสมองมา 4 ปี สภาพเริ่มป่วยนอนติดเตียงอ่อนแรงครึ่งซีกทรงตัวไม่ได้ พูดสื่อสารไม่ได้ ส่งเสียงอ้อ ออ กินอาหารเองไม่ได้ ใส่สายให้อาหารทางจมูก ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งหมด ดูแลความสะอาดร่างกาย ทำกายภาพบำบัด ดูแลให้ได้รับประทานยา พาไปพบแพทย์แผนปัจจุบันตามนัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับใช้แพทย์ทางเลือก การนวด การขอขมาผีบรรพบุรุษ อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันพยายามช่วยตัวเอง ลูกเดินจับราวรอบเตียง รับประทานอาหารเองที่ถูกจัดเตรียมไว้ให้ แสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมอารมณ์ดี)

“ในใจนี้ คือ อ้อเราก้เป็นมาด้วยกันตอนที่เขาดี ๆ เขาก็ทำงานเราอยู่บ้านแต่ว่าเขาเป็นเราก้ต้องดูแลเราปลอ่ยทิ้งไม่ได้เราสงสารคิดว่ายังงี้ก็อยู่ด้วยกันมาเราจะทิ้งกันไม่ได้ ทิ้งได้ใจผัวมีแผลผ่าแผลเย็บยาวแผลเย็บแม็ก 46 ตัว พอกลับบ้านก็ดูแลทุกอย่างต้มข้าวต้ม ไม่ได้หลับไม่นอนเวลาพักผ่อน” (ภรรยาที่ดูแลสามีป่วยเป็นหลอดเลือดสมอง 2 ปี หลังผ่าเอาเลือดคั่งออกเริ่มแรกรนอนติดเตียง พูดสื่อสารไม่ได้ ต้องช่วยเหลือกิจกรรมทุกอย่าง อาหารต้องป้อน ภรรยาทำกายภาพบำบัดให้ทุกวัน ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ทั้งฝังเข็ม ฝังยาจีน ฝังยาสมุนไพรนวด ปัจจุบันอาการดีขึ้น เริ่มพุงหัดเดิน ไข้ไม่เท่า แสดงอารมณ์ทางสีหน้าได้เหมาะสมอารมณ์ดี การฟื้นตัวเร็ว)

“กะเป็นน้องนี้ละเนาะ กะว่าเป็นน้องเป็นสายเลือดเดียวกันนี้แหล่ว...มันกะทิ้งกันบ่ได้เนาะ พ่อแม่ตายมาสิเป็นสิบกว่าปีแล้ว ที่แรกกะอยู่พุ่นกะอยู่กับพี่ชายนี้ละ พี่ชายตายกะเลยมาอยู่เนี่ย.... มันยากลำบากยามมาส่งข้าวส่งน้ำ ยามฝนตกไปจั่งสิ้นแหล่ว กะได้เฮ็ดนั่นเฮ็ดนี้ เสื้อผ้ากะได้มาซักให้ เพราะซักเองบ่ทันได้” (พี่ชายที่ดูแลน้องชาย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย พูดคุยพอรู้เรื่อง แต่ช้า ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กินข้าวได้เอง เข้าห้องน้ำเอง แต่การทรงตัวไม่ดี แขนขาอ่อนแรง สวมเสื้อผ้าได้เอง พี่ชายซักเสื้อผ้าให้

ทำอาหารส่งอาหารให้ ผู้ป่วยพักอยู่บ้านสวนพี่ชาย ซึ่งเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง พื้นเป็นดิน เตียนนอนผู้ป่วย อยู่ใต้ถุนบ้านบนดิน เป็นเตียงไม้ไม่มีที่กัน ขนาดประมาณ 3x5 ฟุต เวลานอนจะกางมุ้ง มีห้องน้ำอยู่ใต้ถุนบ้าน โถสุขภัณฑ์เป็นแบบนั่งยอง)

1.3 เป็นความสงสาร (เหลือโตน) สื่อความหมายถึงความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย สงสาร ไม่อยากให้เสียใจไม่อยากเห็นความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (ทนดูไม่ได้) ปล่อยทิ้งไม่ได้ ทั้งกันไม่ได้ (ลืมไปได้) รวมถึงสื่อความคิดความเชื่อในการดูแลว่าเป็นการทำบุญ มีความเต็มใจในการกลายมาเป็นผู้ดูแลด้วยความเชื่อว่าจะได้เป็นการทำบุญ ทำบุญโดยการดูแลบุพการี ดูแลคู่สมรสของตน

“กะคิดว่าเฮากะต้องดูแลกะ มันบ่มีผู้ดูแลน้า...เพราะว่าลาวเป็นแม่เฮาต้องดูแลลาวแหมกะ เฮาอยากให้ลาวเซากะเลยต้องดูแลแหมกะ..เหลือโตน เหลือโตนมันต้องดูแลมันเป็นหน้าที่เนาะ กะบ่อยาก ให้เลาเป็นหยิ่งเนาะ กะต้องดูแลเลาตัว...มันคือหน้าที่แหมกะ มันต้องเฮ็ดแหมกะ มีหน้าที่กะต้องทำให้มันดี มันกะคือหน้าที่แหมกะ มันสิทิ้งได้จั่งได้ละ” (บุตรสาวดูแลมารดาป่วย 12 ปี ก่อนเป็นหลอดเลือดสมองมีภาวะ ต้อหินที่ตา ลูกสาวดูแลมาตลอด มีความรักความผูกพันในครอบครัวดี เมื่อมารดาเจ็บป่วย มีพี่สาวมาช่วยดูแล พี่ที่อยู่ต่างจังหวัดส่งเงินมาช่วย นำอาหารเสริมมาให้บำรุงมารดา ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว)

“ฮักพ่อฮักแม่กะเหลือโตนเพิ่นย่านเพิ่นเสียใจ” (บุตรสาวดูแลมารดาป่วยมา 10 ปี นอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 3 ปี)

1.4 คือการทำบุญ มีความเชื่อว่าการได้ทำหน้าที่บิณฑบาตผู้ดูแลผู้ป่วย ตนเองได้ทำด้วยความเต็มใจเสียสละร่างกาย แรงใจ สละเวลา และเสียโอกาสในการเข้าสังคม เป็นการสร้างคุณงามความดี เป็น การทำบุญ เพื่อให้เกิดสิ่งที่ดี ๆ ในชีวิตจากผลของการทำบุญ

ตัวอย่างคำพูด “กะถือว่าเป็นการทำบุญที่เฮาได้ดูแลพ่อแม่” (บุตรสาว อายุ 57 ปี ดูแลมารดา อายุ 83 ปี ป่วยติดเตียง)

“กะว่าบุญมีกะว่ามีบุญตัว คือจั่งทำบุญไว้ตัว กะคิดว่าจั่งซี ไปสื่อนี้ ยายนี้ไปเฮ็ดบุญนี้ไปตลอด ไปวัดไปหยั่งนี้ไปจำวัดทุกวัด ว่าแต่เพิ่นเป็นงาน ไปอยู่เทื่อละ 7 คืน เทื่อละ 5 คืน 3 คืน ไปวัดบ้านไผ่หลวงปู่... นี้ไปทุกปี กะคิดอยู่ว่าเป็นอย่างบุญ บุญเฮ็ดสร้างมาดีเพิ่นได้ดูแลได้เบิ่ง กะว่าจั่งซีแหลว” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 75 ปีได้รับการดูแลจากสามีและบุตรสาว)

“มันภูมิใจตัวเองที่ดูแลแก่ได้ เพราะไม่มีใครมาช่วยเหลือ แล้วก็คิดว่าทำบุญไปในตัว ถ้าเราทำ บาบมันก็กรรมของเราด้วย” (ภรรยาที่ดูแลสามีหลังผ่าตัดสมอง นอนติดเตียง พุดไม่ได้ ค่อย ๆ ฟื้นตัวดีขึ้นจน ช่วยตัวเองได้บ้าง ใช้เวลานาน 1 ปี)

2. การรับมือกับปัญหาในฐานะผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยก็จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก บางครอบครัวมีสมาชิกหลายคนก็ได้รับการช่วยเหลือในหลายด้าน บางครอบครัวก็ต้องพึ่งตนเอง ประเด็นที่พบในครอบครัวที่ใช้รับมือ เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ได้แก่ การทำใจ การมีความหวัง และการสร้างความสมดุล รายละเอียด ดังนี้

2.1 การทำใจ เมื่อเจอสภาวะวิกฤต ในที่สุดเมื่อคิดถึงคำสอนตามการรับรู้ในหลักธรรมของศาสนา พุทธก็พยายามทำความเข้าใจว่าไม่มีวิกฤตใดที่คงอยู่ตลอดไป และผู้คนส่วนมากก็สามารถเอาชนะวิกฤตได้ วิกฤตเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเป็นโอกาสอันยิ่งใหญ่ในการเรียนรู้และเติบโต ไม่มีความสุข หรือความทุกข์ที่ จีรังยั่งยืน ทุกอย่างมีเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ดังนั้น จึงเกิดการยอมรับกับสภาพที่ต้องเผชิญและพยายามทำ ตามบทบาทหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด

ตัวอย่างคำพูด “หื้อเฉย ๆ นะคล้าย ๆ ว่าเราให้ใจเค้าก็หายใจบางครั้งก็มีด่าเราบ้างนะเรา เลยบอกอย่าบ่บักก็ตายคล้ายก็รอดเราพุดหยอกเค้าอะนะแกก็ข้าแต่ก็เอื้อดูแลกันดี ๆ ไป...คนทุกข์กว่าเราก็

มีอะบางคนที่ไม่มีบ้านจะอยู่ใช้ไหมเราก็พอมืออยู่เราก็อยู่ไปเราก็พอมีกินเก็บผักไปเราก็คิดแบบนี้จะคิดแบบปลงแล้วอะนะ...ปลงเพราะว่ามันรอดตายคนเรามันไม่แน่นอนไม่อนใช้ไหมคุณหมอเลยปลงก็ไม่ว่าจะไปเรียกร้องอะไรเราก็ไม่ว่าจะตายวันไหน” (ภรรยาคุณแลสาม)

“กะคิดว่าเจ้าของ คั้นไปจิ้งจิกกะคานนี้กะเป็นแล้ว ๆ ไป แต่ว่าคั้นไปกินไปทานแล้วกะแล้วสมมุติบุญมีงาน จิ้งจิก ลังเทอมมีคนตาย ทำบุญในบ้าน คั้นบ่แล้วลาวลึงเทือเฮาซักร้านออกไปทางมันไปยากจิ้งจิกกะฝากเพิ่น เฮากะบ่ได้ไป แม่นฉั่นกะบ่ซีเรียส” (เมื่อภรรยาที่คุณแลสามไม่ได้ไปร่วมกิจกรรมสังคม)

2.2 การมีความหวัง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต จะได้รับผลกระทบต้อปัจจัย หรือสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลอ่อนล้า หดพลัง สิ่งที่จะช่วยให้บุคคลฟื้นฟูความมีพลังหรือกำลังใจในการคิดแก้ปัญหาส่วนหนึ่งคือ การมีความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดจุดเปลี่ยน จุดที่สิ่งต่าง ๆ สามารถขึ้นหรือลงได้ ความหวัง ทำให้ผู้คนมีความเข้มแข็งในการหลุดพ้นจากวิกฤตนี้ เพราะความหวังนำไปสู่การลงมือทำ ในทางกลับกัน ความสิ้นหวังมีความหมายเหมือนกันกับการยอมแพ้

“บ่ให้เป็นนียัง มีอันได้กะหากินอันนั้น กะว่าจิ้งนี้ละ ให้น่ากะให้ 7-8 ไฮ พี่เขยอยู่กรุงเทพกะดูแลอยู่ แม่มีอยู่ พี่มีอยู่บ่ต้องไปคิดหยั่ง ลือยากตายเฮ็ดหยั่ง ตายมันสิได้กินนียัง” (มารดา อายุ 82 ปี พุดลอบใจบุตรชาย อายุ 62 ปี ที่มีความคิดอยากตาย)

2.3 การสร้างสมดุล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตในครอบครัวผู้ดูแลหลักต้องทำบทบาทหน้าที่หลายอย่างในขณะเดียวกัน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัว และเยียวยาจิตใจของตนเอง เพื่อให้คงอยู่ในสภาวะที่ไม่เป็นทุกข์ หาวิธีการผ่อนคลายให้กับตนเอง

“ยามเครียดอะติ ยามเครียด ออกมาข้างนอกจิ้งจิกละ ออกมาอยู่กับม้อนกับไหม เบิ่งโทรสับเล่นแห่น กะเข้าไป...ยามลาวเว่วยากๆเว่วย่าเข้าใจ กะฮ้ายแห่นนิดหน่อย กะออกมาเล่น แต่ส่วนมากสิเป็นยามกลางคืน ยามกลางคืนหยั่งจะติลาวสิว่าลาวนั้ง ลาวสิว่าลาวย่าง ทั้ง ๆ ที่ลาวนอนอยู่ ลาวกะสิว่า เนี่ยมาเอาแม่นนอนอะมะะ แม่นอน แม่นั่ง แม่นั่ง แม่นั่ง คือกะเพิ่นสิมเพิ่นหลงเพิ่นเบลอ แม่ฟังซ้อยเด้อ ตั้งสติ ๆ เดี่ยวนี้เจ้านอน เจ้าห่มผ้า บ่แม่น ๆ ภู่นั่ง ๆ ลาวว่า”

“บ่เป็นกังวล (ตอบอย่างมั่นใจ เสียงสูง) หมอว่า ปวด แม่คืออารมณ์ดีแะ อ้าว มันได้เกิดกับแล้วเนาะ กะบ่ซีเรียสแล้วมันได้เกิดกับแล้วเนาะ มีแต่ฉั่นอยากหัว กะว่าอยู่ยากันดี ๆ มีแต่อยากหัวละ (หัวเราะ) เลี้ยวจิ้งจิก บ่สิกว่าจะเป็นจิ้งจิกเนาะอยู่ยากันลาวบ่มีอาการ”

3. การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาคะเผชิญ ผู้ดูแลในครอบครัว นอกจากจะต้องยอมรับตอบสนองต่อการเผชิญความทุกข์ ภาวะวิกฤตของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแล้ว ต้องมีการปรับตัว ปรับแนวคิด เพื่อให้คงสภาวะความสมดุลของการใช้ชีวิตในครอบครัว ซึ่งต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนทั้งทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และด้านจิตใจ ด้วยวิธีการ ดังนี้

3.1 พึ่งตนเอง พบว่า ในด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการผู้ดูแลจะพึ่งตนเอง ตั้งแต่การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถตนเองหรือการจ้างเหมา ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลก็ไปเยี่ยม เฝ้า ดูแลเองค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลก็ใช้เงินเก็บออมที่มีอยู่ ขายสินทรัพย์บางส่วน เช่น ทองรูปพรรณ โครเกอร์ป้อ ผลผลิตทางการเกษตร ข้าว มันสำปะหลัง เป็นต้น อาหารสำหรับผู้ป่วยก็จัดเตรียมตามธรรมชาติที่มีในหมู่บ้าน มีผัก มีปลาเป็นส่วนใหญ่

ตัวอย่างคำพูด “ค่าใช้จ่ายได้จากเงินสูงวัยกะ 600 กะพิการนำ เท่งพ่อเท่งแม่ กะขายข้าวควายเม็ดคอกนึ่ง ควายหก เจ็ดโต เกลี้ยง” (ภรรยา อายุ 64 ปี คุณแลสาม 3 ปี)

“เสียค่ากินค่าอยู่ ช่วงแรกแกลกินข้าวไม่ได้ก็ไปซื้อน้ำผลไม้มาให้ พวกน้ำองุ่น แอปเปิ้ล น้ำผักผลไม้ ให้กินอย่างเดียวทีละ 200-300 มาอัดใส่ตู้เย็น แกลกินข้าวได้นิดหน่อยก็เลยเอาพวกนี้มาเสริมให้ เราก็พอมีอยู่เราก็อยุไป เราก็พอมีกิน เก็บผักไปเราก็คิดแบบนี้ละ...ตอนที่เขาทำงานมีเงินเก็บมีทองก็เลยขาย เอาออกมาใช้หมด ชายหมด” (ภรรยา อายุ 60 ปี ดูแลสามี 2 ปี)

3.2 แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ นอกจากผู้ดูแลและพึ่งตนเองแล้ว ยังแสวงหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ที่ได้รับรู้และพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย ในส่วนของสถานบริการภาครัฐได้รับการสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้พิการ ของใช้จำเป็น (ผ้าอ้อมอนามัย) จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) การติดตามเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. และซีจีในการดูแลความสะอาดร่างกาย บ้านเรือน การนัดพ่อนคลาย และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ในส่วนญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หน่วยงานบริการภาครัฐ และสิ่งเหนือธรรมชาติตามความเชื่อ ได้แก่ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร ใช้น้ำมันกดนวด การนวดกล้ามเนื้อพ่อนคลาย การรับประทานอาหารเสริม การขอหมากับผีบรรพบุรุษ ผีปอบ การแสวงหาที่พึ่งทางใจ เช่น การสวดมนต์ การไปหาหมอ

ตัวอย่างคำพูด “ลาวตั้งออก (สายให้อาหารทางจมูก) โอ๊ะซึ่งซึ่งกะเลยพอกินได้ทีแรกกะใส่ขวดนมให้ดูดเลยดูดคือเด็กน้อยดูดไปๆเขาบาดหนิลาวบ่มีเลยหุงข้าวเหลมาใส่เป็นของรสไกรสหมูกะไปซื้ออยู่ตลาดเงินเดือนลาวบ่พอดอกอัน 600 นะเด็กน้อยกะเอาไปละ” (น้องสาวอายุ 58 ปี ดูแลพี่ชายที่นอนติดเตียง)

“เว้าจั่งซี่ละ สมมติว่าหะแปดพ่อลาวแม่ลาวเนาะ (บิดามารดาที่เสียชีวิตแล้วเป็นสาเหตุในการป่วย) กะหาเพื่อนันกะให้ลูกเต้า ส่วงเขาสะเค้อมีแต่เว้าจั่งซี่....กะเว้าไปซื้อ ๆ นีละ กะแบบว่าอียังเป็นทางใจเว้าไปซื้อ ๆ แห่ว บ่มีแนวสิรักษาเหมเนาะ บาดนี้ลาวคีนมาแล้ว สติมาแล้วเดะ เว้าบ่ได้ หัดเว้า” (เป็นการบอกกล่าวผีบรรพบุรุษด้วยวาจา เพื่อขอขมา)

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบของการวิจัยนี้ ให้ผลชัดเจนถึงสภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในหลากหลายมุมมอง ในบริบทสังคมอีสาน ซึ่งย้ำให้เห็นคุณค่าทางวัฒนธรรม พลวัตของครอบครัว และความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่เป็นปัจจัยเงื่อนไข ตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การอภิปรายผลการวิจัยจึงขอนำเสนอตามแก่นความคิดที่ได้ คือ ความหมายของการดูแล การรับมือกับความท้าทายในการดูแล และการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวมี ดังนี้

1. ความหมายของการดูแล

1.1 การดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความคิดความเชื่อความคาดหวังทางวัฒนธรรมในสังคมไทย-อีสาน ที่ว่าการดูแลถือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นหลัก โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิด สังคมไทย และอีสานให้ความสำคัญกับความกตัญญูเป็นอย่างมาก โดยการดูแลผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยถือเป็นหน้าที่ตามธรรมชาติซึ่งสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของเอเชียอื่น ๆ ซึ่งยึดถือครอบครัวเป็นแหล่งพุ่มพิทักษ์ที่ให้ความรู้สึกปลอดภัยทางสังคม^{19,20}

1.2 การดูแลในฐานะมีความผูกพัน มีความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงภายในครอบครัว ผู้ดูแลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาความผูกพันในครอบครัวที่แน่นแฟ้น โดยมองว่าการดูแลไม่เพียงแต่เป็นความรับผิดชอบเท่านั้น แต่ยังเป็นส่วนที่แท้จริงของความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย การเชื่อมต่อนี้

ถูกมองว่าไม่มีวันแตกหักถูกทำลาย และการดูแลเอาใจใส่จะกลายเป็นวิธีแสดงความรัก กตัญญู และความใกล้ชิดทางอารมณ์ภายในหน่วยครอบครัว²¹

1.3 การดูแลเป็นการแสดงความรักความเห็นอกเห็นใจ (เหลือโตน) ผลการค้นพบนี้ สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนา "เหลือโตน" ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงถึงพันธสัญญาทางศีลธรรมที่จะแสดง ซึ่งสิ่งที่สังคมคาดหวัง ความเห็นอกเห็นใจและความเมตตาต่อผู้อื่น โดยเฉพาะผู้เป็นบุพการี การดูแลในแง่นี้กลายเป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจทางศีลธรรม โดยที่ผู้ดูแลแสดงความเห็นอกเห็นใจอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อผู้ป่วย แม้จะต้องเผชิญกับการเสียสละส่วนตัวก็ตาม คุณค่าทางวัฒนธรรมนี้ อาจช่วยเสริมสร้างความมุ่งมั่นของผู้ดูแล แม้ว่าพวกเขาจะเผชิญความยากลำบากที่ท้าทายก็ตาม²²

1.4 การดูแล คือการทำบุญสร้างกุศลในชีวิต เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำบุญ: ผู้ดูแลหลายคนแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการทำบุญในบริบทไทย-อีสาน พุทธการทำบุญด้วยการเลี้ยงดูถือเป็นวิธีสะสมกรรมดี ความเชื่อในเรื่องรางวัลทางจิตวิญญาณของการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบความหมายที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นในบทบาทของตน ซึ่งอาจช่วยลดภาระทางอารมณ์และจิตใจของการดูแลได้^{22,23}

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความหมายของการดูแลในบริบทสังคมอีสาน ประเทศไทยเป็นการผสมผสานระหว่างหน้าที่ การเชื่อมโยงทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และจิตวิญญาณ ค่านิยมเหล่านี้ไม่เพียงแต่กำหนดวิธีการดูแลเท่านั้น แต่ยังมียุทธวิธีต่อแรงจูงใจเบื้องหลังการดูแลอีกด้วย

2. การรับมือกับความท้าทายในการดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยพึ่งพา นับเป็นภาระต่อผู้ดูแลที่บ้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวใช้กลยุทธ์การรับมือต่อปัญหา ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 “ทำใจ” (ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่น่าอภิมรณ โดยไม่คิดกังวลต่อเรื่องที่เกิดขึ้นมากเกินไป) การ “ทำใจ” นี้ เป็นวิธีการรับมือที่มีความเฉพาะตนของสังคมไทยแนวคิดไทยอันเป็นเอกลักษณ์ที่ หมายถึงการยอมรับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ โดยไม่กังวลหรือวิตกกังวลจนเกินไป กลยุทธ์การรับมือนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับจิตใจให้เข้าใจความจริงที่เกิดขึ้นได้ โดยไม่ปล่อยให้ความเครียดครอบงำพวกเขา การยอมรับข้อจำกัดเป็นวิถีปฏิบัติตาม และท้าทายในการดูแลนี้ ผู้ดูแลระบุว่า ให้มุ่งความสนใจไปที่ปัจจุบันและรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ไว้ ซึ่งแนวคิด “ทำใจ” นี้ ได้รับอิทธิพลคำสอนจากคำสอนทางพุทธศาสนา มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับคำสอนทางพุทธศาสนาที่ส่งเสริมให้คนมีสติและการไม่ยึดติดกับอดีตที่ผ่านมา²⁴

2.2 อยู่กับ “ความหวัง” ใช้ความหวังหล่อเลี้ยงใจ ผู้ดูแลและครอบครัว กล่าวถึงความสำคัญของการรักษาความหวังไว้ว่า “เป็นการสร้างความหวังว่า ผู้ป่วยพึ่งพา สามารถช่วยตนเองได้สักวัน มีการค้นหาวิธีรักษาว่าในอนาคตจะมีสภาพที่ดีขึ้น กลวิธีนี้ช่วยเป็นเกราะป้องกันทางจิตวิทยาต่อความสิ้นหวัง การรักษาความหวังสอดคล้องกับความเชื่อทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่ว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้นในที่สุด แม้จะเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญก็ตาม เป็นการมองโลกในแง่ดีบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ครอบครัวต้องทุ่มแรงกายแรงใจอย่างมากในการรักษาสภาพความพยายาม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

2.3 การสร้างสมดุลระหว่างชีวิต การทำงาน และการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหาในการสร้างสมดุลระหว่างความรับผิดชอบในการดูแลกับด้านอื่น ๆ ของชีวิต รวมถึงงานและเวลาส่วนตัว ผลการศึกษานี้ พบว่า แม้ต้องเผชิญกับความยากลำบาก แต่ผู้ดูแลก็สามารถสร้างความสมดุลได้ สามารถรับมือกับความต้องการของผู้ดูแลได้ดี อย่างไรก็ตาม การที่จะบรรลุความสมดุลนี้ได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ หรือแหล่งข้อมูลในชุมชน ความสมดุลนี้เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน

ภาวะเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟ โดยมีคำแนะนำว่าให้ใช้เวลาในการดูแลเป็นช่วง ๆ ไม่ใช่เวลายาวนานต่อเนื่องจนเกิดความเหนื่อยล้า และควรมีพื้นที่ส่วนบุคคลของผู้ดูแลเพื่อก่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุข²⁵

3. การแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวมีอยู่

แก่นความคิดที่ 3 เป็นเรื่องการแสวงหาแหล่งประโยชน์และใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

3.1 การพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาตนเองเป็นคาถาแห่งความสำเร็จที่ชาวพุทธทุกคนคุ้นเคย เพราะคุ้นคำคุ้นความคิดตั้งแต่เกิด สอดคล้องกับคำผญาสอนใจชาวอีสานว่า “อย่าสรวังสุขย่อนบุญเขาเอามาเผ็ง” และพุทธสุภาษิตที่ว่า “อิตตา หิ อิตตโน นาโถ” หรือ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน จึงเป็นคำสอนกลายเป็นความฝังแน่นทางความคิดการให้คุณค่าของทรัพยากรที่สำคัญในผู้ให้ข้อมูล ผู้ดูแลหลายคนรู้สึกว่าเขาต้องพึ่งพาตนเองในการจัดการงานดูแลประจำวัน แก้ปัญหา และจัดการกับความเครียด ความรู้สึกพึ่งพาตนเองนี้อาจเกิดจากทั้งบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่เน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคลภายในครอบครัวและความท้าทายในทางปฏิบัติ เช่น การเข้าถึงบริการสนับสนุนการดูแลอย่างเป็นทางการที่จำกัดในพื้นที่ชนบท อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการพึ่งพาตนเองสามารถส่งเสริมความสามารถ ในการหยัดยืนด้วยตนเอง แต่อาจนำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหนื่อยล้า ท้อถอยได้หากผู้ดูแลขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ²⁶

3.2 การขอรับความช่วยเหลือจากภายนอก การขอความช่วยเหลือจากภายนอก ได้แก่ บุคลากรจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน องค์การบริหารในพื้นที่ หรือเครือข่ายทางโซเชียล ในบางกรณี สมาชิกในครอบครัวและผู้นำชุมชน มีบทบาทสำคัญในการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลัก โดยการให้การดูแลแบบบรรเทาหรือให้ความช่วยเหลือทางการเงิน อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความพร้อมของการสนับสนุนจากภายนอกไม่สม่ำเสมอ อีกประการหนึ่ง คือ โอกาสการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ การให้ความช่วยเหลือ ยังมีความแตกต่างตามเงื่อนไขทางพื้นที่บริการ การศึกษา และเศรษฐกิจ ความแตกต่างนี้ เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการกระจายบริการสนับสนุนการดูแลอย่างเท่าเทียมกันทั่วประเทศ²⁷

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ เน้นย้ำถึงธรรมชาติของการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ฝังแน่นทางบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยความหมายของการดูแลที่ได้รับอิทธิพลจากหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และความเชื่อทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลใช้กลยุทธ์การรับมือที่หลากหลาย ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดวัฒนธรรมไทย-อีสาน เช่น "ทำใจ" และพยายามสร้างสมดุลระหว่างการดูแลกับความรับผิดชอบในชีวิตอื่น ๆ สุดท้ายนี้ การพึ่งพาความช่วยเหลือทั้งตนเองและภายนอก เน้นย้ำถึงความจำเป็นของระบบการสนับสนุนที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ทรัพยากรการดูแลขาดแคลน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงหรือนโยบายใด ๆ ที่มุ่งสนับสนุนผู้ดูแลควรเข้าใจความเฉพาะทางวัฒนธรรมพื้นที่ ควรมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทั้งเครือข่ายการดูแลครอบครัวทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการพยาบาลในระดับปฐมภูมิในการทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมทั้งรูปแบบการดูแลรักษาแผนปัจจุบันโดยสถานพยาบาล และผสมผสานการแพทย์ทางเลือกการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฟื้นหายเร็วขึ้น ทั้งจากการใช้แพทย์แผนจีน การฝังเข็ม ยาจีน การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้สมุนไพร รวมถึง

การขอขมาต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ตามความคิดความเชื่อของชุมชน เพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยพัฒนาการวางแผนการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในรายโรคอื่น ๆ ได้ เพื่อการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้ความคิดความเชื่อแบบเดิมและแบบใหม่

References

1. Kim J, Olaiya MT, De Silva DA, Norrving B, Bosch J, De Sousa DA, et al. Global stroke statistics 2023: Availability of reperfusion services around the world. *Int J Stroke* 2024;19(3):253-70.
2. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2024 [Internet]. Geneva: WHO;2024[updated 2024; cited 2024May 2]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
3. Majavong M. Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society* 2019;18(1):59-74. (in Thai)
4. Seesawang J, Rungnoi N. Nursing care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Nursing Science Journal of Thailand* 2016;34(3):10-8. (in Thai)
5. Nilnate N. Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20:51-7. (in Thai)
6. Poovatanaruk N, Nakawiro P. Prevalence and associated factors of caregiver burden among stroke patients. *Journal of preventive medicine association of thailand* 2020;10(1):1-11. (in Thai)
7. Chantra R, Sansuwan R, Heeaksorn C. Care for stroke patients with a multidisciplinary team. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18:49-55. (in Thai)
8. American Stroke Association. Effects of stroke [Internet]. USA: American Stroke Association; 2019[updated 2021; cited 2021 March 1]. Available from: http://www.Stroke Association.org/Strokeorg/About Stroke/Effects Stroke/ Effect-of stroke_UCM_308534+ subhome page.jsp
9. Stroke Association. Effects of stroke [Internet]. UK: Stroke Association; 2021[updated 2021; cited 2021 March 1]. Available from: <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke>
10. Owolabi MO. Impact of stroke on health-related quality of life in diverse cultures: the Berlin-Ibadan multicenter international study. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:81.
11. Auai Nang. Take a chance on Sai Nan in Khulu Nang Ua, in arts and culture. *Silpa* 1995;16(8):45-47. (in Thai)
12. Jongudomkarn D, Forgeron P, Siripul P, Finley A. My child you must have patience and kreng jai: thai parents and child pain. *Journal of Nursing Scholarship* 2012;44(4):323-31.

13. Jongudomkarn D, Camfield L. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. *Social Indicators Research* 2006;78(3):489-529.
14. Chirawatkul S. Qualitative research in nursing profession. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Offset Press; 2012. (in Thai)
15. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 9th ed. Chichester: Wolters Kluwer Health; 2018.
16. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4th ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2017.
17. Denzin NK. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. London: Routledge; 2017.
18. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *N Dir Eval* 1986;1986(30):73-84.
19. Kitreerawutiwong N, Anders RL. Family caregivers of elderly stroke survivors in Thailand: an integrated review of the literature. *J Aging Health* 2007;19(1):4-14.
20. Liu M, Tinker A. Family caregiving for the elderly in China and Thailand: a comparative study. *Ageing Int* 2001;26(1-2):54-73.
21. Phongtankuel V, Adelman RD. Caregiving for older adults: a role for cultural factors in shaping perceptions and behavior. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(7):1372-9.
22. Wachholtz A, Sambamthoori U. National trends in prayer use as a coping mechanism for health concerns: changes in prayer use between 2002 and 2007. *J Relig Health* 2013;52(4):1356-68.
23. Phongphit S, Hewison K. Thai Buddhism and well-being: an analysis of merit-making in Thai communities. Chiang Mai: Silkworm Books; 2001. (in Thai)
24. Chunharas S, Davies D. The concept of "Tam Jai" in Thai caregivers of persons with dementia: acceptance as a coping mechanism. *Dementia* 2019;18(7-8):2639-52.
25. Thammatacharee N, Tisayaticom K. Barriers to and facilitators of providing care for stroke survivors: a qualitative study of Thai family caregivers. *Asian Nurs Res* 2014;8(3):197-202.
26. Thanakwang K, Soonthorndhada K. Perceived roles and caregiving challenges among Thai family caregivers of older adults with chronic illness. *J Cross Cult Gerontol* 2011;26(3):243-55.
27. Inthiran T, Srithamrongsawat S. Social networks and healthcare-seeking behavior of family caregivers of stroke patients in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2015;46(4):659-70.