

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในครอบครัว: โสเหล่เสวนาเพื่อภารกิจพิชิตใจตนเอง*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**

ขวัญสุตา บุญทศ ปร.ด.*** พิมชญา วิเศษสิทธิกุล พย.ม.***

บทคัดย่อ

นำเสนอประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในครอบครัว โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้จากประสบการณ์ในฐานะนักวิชาการการพยาบาลครอบครัว และในฐานะผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ ทั้งนี้ ข้อมูลสำคัญทั่วโลกชี้ให้เห็นอันตรายในปัจจุบัน นอกเหนือจากโรคระบาดนานาชนิดนอกจากโควิด 19 แล้ว ยังมีภัยคุกคามที่เป็นเพศฆาตเงียบทางระบาดวิทยา คือ โรคไม่ติดต่อ โดยพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพเรื้อรังร่วมกับภาวะสูงวัยก่อให้เกิดภาวะพิการ ทุพพลภาพของคนทั่วโลกถึงร้อยละ 15 หรือประมาณ 44 ล้านคน โดยมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของความพิการมากที่สุด มีความบกพร่องทางร่างกายจิตใจ การรับรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารและประสาทสัมผัส กลายเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น นำมาซึ่งการสูญเสียวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตตามปกติที่บุคคลเคยมี เพราะต้องกลายเป็นคนพึ่งพา ขาดซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ยังนำมาซึ่งภาระในครอบครัวที่ต้องดูแลอีกด้วย นับเป็นภาวะวิกฤตและความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลที่ต้องรับมือกับภาวะสูญเสียความสมดุลในชีวิตเกิดกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งหากขาดความเข้าใจอาจนำมา ซึ่งการล่มสลายของชีวิตครอบครัว เพราะไม่สามารถปรับตัวรับมือต่อภาวะวิกฤตในชีวิตครอบครัวได้ ดังนั้น ประสบการณ์ที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงนี้ อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้หรือต่อยอดทางวิชาการวิจัยให้เกิดประโยชน์แก่สังคมต่อไปได้

คำสำคัญ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในครอบครัว การรับมือภาวะวิกฤต ประสบการณ์การพิชิตใจตน

วันที่รับบทความ 1 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 สิงหาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 12 สิงหาคม 2567

*บทสนทนารายการวิทยุ FM 103 มข. เรื่อง “สุขใจเมื่อสูงวัย” ออกอากาศในวันที่ 27 เมษายน 2567

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้รับผิดชอบบทความ อีเมล darjon@kku.ac.th

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Caring for bedridden family members: Discussing the mission to win over one's heart*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Kwansuda Boontos Ph.D.*** Pimchaya Visetsittikul M.S.N.***

Abstract

Describing the firsthand challenges of caring for bedridden family members, drawing from insights gathered through both scholar research in family nursing and personal caregiving experiences. The article highlighted prevalent global health hazards beyond the COVID-19 pandemic, including the underrecognized menace of non-communicable diseases. It underscored the correlation between persistent health issues and advancing age as contributors to disability. Globally, approximately 15 percent, or around 44 million individuals, experience disability, predominantly attributed to non-communicable diseases. These disabilities encompassed physical, mental, sensory, cognitive, communicative, and perceptual impairments, leading individuals to rely on others for assistance. Consequently, this dependence entailed the loss of one's previous lifestyle and quality of life, stripping away personal autonomy and dignity. Moreover, it placed significant burdens on the affected individuals' families. The strain placed on families to provide care constituted a crisis, as the emotional and physical toll on caregivers disrupted the equilibrium of their lives, triggering a grieving process. Without proper comprehension and support, this could ultimately result in the breakdown of family dynamics, as caregivers struggle to adapt to the challenges within their family. Hence, the insights gleaned from sharing knowledge about such real-life experiences could prove invaluable to those seeking to implement effective coping strategies and could prove advantageous for individuals interested in applying or advancing scholarly research aimed at benefiting society in the future.

keywords: caring for bedridden patients in the family; crisis response; experience of overcoming personal challenges

Received 1 August 2024 Revised 10 August 2024 Accepted 12 August 2024

*Scripted conversation on FM 103 Khon Kaen University radio program, titled "Elderly Well-being", airing on April 27, 2024

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: darjon@kku.ac.th

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

“ไม่ต้องห่วงครับจะไม่ให้ใครเดือดร้อนด้วย ไม่เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงให้ลูกเมียพี่น้องต้องมาดูแลมาป้อนข้าวป้อนน้ำ จะจัดการตนเองให้ไปก่อน (อัตวินิบาตกรรม) แน่นอน (ฮา...เสียงหัวเราะชอบใจของพรรคพวกในวงเหล้า)”

ข้างต้น เป็นตัวอย่างคำพูดที่ได้จากประสบการณ์ การสังเกตพฤติกรรมคำพูดในกิจวัตรประจำวันของผู้เล่นกีฬาย่างต่อเนื่อง ณ คลับเฮาส์แห่งหนึ่งในจังหวัดภาคอีสาน คล้ายกับการให้คำมั่นในตนเองของเหล่านักดื่มหรือนักเสี่ยงที่แสดงถึงความมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขป้องกันได้ทุกปัญหาจากความเสี่ยงเป็นเรื่องส่วนตัว แต่ในความเป็นจริงชีวิตวิกฤตของผู้คนไม่ได้จัดการและลงตัวได้ง่ายเช่นนั้น เพราะเมื่ออยู่ในสภาพพึ่งพิงสิ่งที่เคยทำได้ด้วยตนเองล้วนเปลี่ยนไปหาได้เป็นเรื่องส่วนตัวไม่ แล้วในที่สุดสิ่งที่คาดคิดไว้ก็เป็นไปตามสังกรรมแห่งชีวิตที่หนีไม่พ้นและคนที่ต้องแบกรับ คือ คนในครอบครัวสังคมนั่นเอง

ภาพปรากฏการณ์ที่พบเห็นได้ทั่วไปในสังคมอีสาน คือ ภาพล้อมวงกินดื่มในเพลาแดดลุ่มลมตกทั้งที่บ้าน ร้านอาหาร สถานหย่อนใจในลักษณะต่าง ๆ ยามอาทิตย์อัสดงกำลังจะลาลับขอบฟ้า คล้ายประหนึ่งคำอามลาของนักกินดื่มมีพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้

นอกจากนี้ ยังมีพฤติกรรมใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ อาทิ การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ประเภท ลาบ ก้อย ซอย แซ เนื้อสัตว์ทั้งเล็กและใหญ่ จนถึงปลาตัวเล็กตัวน้อย ที่มีความเชื่อว่าเป็นอาหารอายุวัฒนะและให้พลังงาน ทำงานได้ยาวนานขึ้นและพร้อมทั้งมีการดื่มเหล้าควบคู่ไปกับการกินสุก ๆ ดิบ ๆ เพราะเชื่อว่าจะสามารถช่วยฆ่าพยาธิได้ หรือ การปรุงด้วยของเปรี้ยวของเผ็ด เช่น มดแดง มะนาว พริก พืชรสเผ็ด อาทิ พริกสมุนไพรรวมทั้งฆ่าพยาธิได้เช่นกัน พฤติกรรมการกินของสุก ๆ ดิบ ๆ ร่วมกับดื่มสุราเป็นนิมิต สิบบุหรี่ยอดฮิต จนกลายเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างภาระให้กับสังคมและครอบครัวในอนาคตได้อย่างชัดเจน เมื่อคู่สมรสหรือสมาชิกในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาการเกิดความเสี่ยงต่อโรค ที่จะนำไปสู่ปลายทางที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีภาระกิจพิชิตใจตนเองอย่างไร เพื่อให้มีจิตใจไม่อับเฉาจนเกิดภาวะซึมเศร้า ให้เรามีชีวิตที่เดินต่อไปได้อย่างเป็นสุขตามอัตภาพ

ข้อมูลสำคัญชี้ให้เห็นภัยอันตรายในกระแสโลกาภิวัตน์ทางสังคมในปัจจุบัน ที่พบว่า ภัยพิบัติทางสุขภาพที่กำลังคุกคามมนุษยชาติในขณะนี้ นอกเหนือจากโรคระบาดนานาชนิดนอกจากโควิด 19 แล้ว ยังมีภัยคุกคามที่เป็นพิษมหันตภัยทางระบาดวิทยาที่เกิดขึ้น โดยเปลี่ยนจากโรคติดต่อ (communicable disease: CDs) ไปสู่โรคไม่ติดต่อ (noncommunicable diseases: NCDs) นับแต่กลางศตวรรษที่ 19 ถึงกลางศตวรรษที่ 20 โดยพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพเรื้อรังร่วมกับภาวะสูงวัยก่อให้เกิดภาวะพิการ ทุพพลภาพของคนทั่วโลกถึงร้อยละ 15 หรือ ประมาณ 44 ล้านคน โดยมีสาเหตุจาก โรคไม่ติดต่อเป็นสำคัญของความพิการมากที่สุด ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องทางร่างกายจิตใจ การรับรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารและประสาทสัมผัส เกิดวิธีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ มีสรีรวิทยาที่เสื่อมถอยลงจากเดิมที่สามารถช่วยตนเองได้ทุกอย่าง กลายเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น และด้วยวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีที่ช่วยเหลือชีวิตยื้อชีวิตไว้ให้นาน ยืดอายุให้นาน แต่ทุพพลภาพ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง โดยเฉพาะทำให้อัตราส่วนผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ซึ่งภาวะพึ่งพิงนี้ วัดได้จากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (activity daily living: ADL) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว การรับประทานอาหาร รวมไปถึงการกลืนปัสสาวะและอุจจาระ เป็นต้น ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ นำมาซึ่งการสูญเสียวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตตามปกติที่บุคคลเคยมี เพราะต้องกลายเป็นคนพึ่งพา นำมาซึ่งภาระในครอบครัวที่ต้องดูแล ขาดซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ขาดการเข้าสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมและชุมชน¹

ผลจากการทบทวนเอกสารพบข้อมูล นโยบาย และระบบการดูแลจำนวนมาก จนนำไปสู่การมีนโยบายชาติถึงแนวทางการบำบัด เพื่อลดภาวะภัยอันตรายจากหลอดเลือดสมอง แตก ตีบ ตัน ซึ่งเป็นองค์ความรู้กลางน้ำ รวมถึงแนวทางการป้องกันกลุ่มเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดสมอง แตก ตีบ ตัน อันเป็นองค์ความรู้ต้นน้ำ แต่ยังคงขาดองค์ความรู้ปลายน้ำ คือ เมื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้จากภาวะวิกฤต แต่ต้องกลายเป็นบุคคลพิการ ทุพพลภาพ ติดบ้านติดเตียง จะมีวิธีการใดในการช่วยให้บุคคลเหล่านี้ มีชีวิตอยู่ให้ช่วยตนเองได้มากที่สุด อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตพอสมควรตามสภาพ เป็นภาระแก่ครอบครัวผู้ดูแลได้น้อยที่สุด เนื่องจากผลกระทบสำหรับบุคคลที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ผลกระทบต่อร่างกาย 2) เศรษฐกิจสังคม และ 3) ครอบครัวที่ต้องดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และการทำงานของแต่ละบุคคล ความผิดปกติทางร่างกาย ได้แก่ ความอ่อนแอของประสาทสัมผัสทั้งห้า การเผชิญกับการหยุดชะงักและความผิดปกติของประสาทสัมผัส มีปัญหาด้านจิตปัญญา ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้า ความรู้ความเข้าใจและสุขภาพญาณ²⁻³ ในขณะเดียวกัน ครึ่งหนึ่งของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลซึ่งเป็นภาระให้กับครอบครัวผู้ดูแลด้านเศรษฐกิจ⁴

ความพิการของบุคคลอันเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน หรือที่ชาวบ้าน เรียกโรคนี้ว่า “โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต” เป็นโรคที่เมื่อเกิดแล้วแม้ไม่สิ้นชีวิต และรอดชีวิตมาได้ แต่มักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพนำมา ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแล เมื่อครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ภาระครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดูพ่อแม่สูงวัยตามลำพัง ครอบครัวที่มีเด็กเล็กและคนพิการ เกิดปัญหาค่าใช้จ่าย มีหนี้สินเกิดความเครียดจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย⁵ ทั้งนี้ โรคหลอดเลือดสมองแบบสมองขาดเลือด มีปัจจัยเสี่ยงสำคัญมักพบร่วมกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ หรือเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เครียด ต้มแอลกอฮอล์ ติดบุหรี่ มีภาวะอ้วน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น จากสถิติในปี พ.ศ.2561 คนไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 331,086 คน คิดเป็นอัตรา 506.20 ต่อประชากร 100,000 คน⁶ โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองที่แตก (hemorrhagic stroke) ตีบ หรือ ตัน (ischemic stroke) ซึ่งหากมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือตันนี้ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทเฉพาะจุด และถ้าหากอาการดังกล่าวหายเป็นปกติ ภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า transient ischemic attack (TIA)⁷ เมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดแตกตีบตัน ก่อให้เกิดการขาดเลือดของเนื้อสมองหรือก้อนเลือดที่แตกเปื่อยคดเนื้อสมอง จึงส่งผลกระทบต่ออวัยวะที่เนื้อสมองส่วนนั้น ๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงาน มีอาการสำคัญอย่างใดอย่างหนึ่งที่ต้องรีบไปโรงพยาบาล คือ “พูดลำบาก ปากตก ยกไม่ขึ้น” โดยผู้ป่วยจะมีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก ส่วนใหญ่มีภาวะอ่อนแรงครึ่งซีก หลายคนต้องกลายเป็นบุคคลทุพพลภาพ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกชีวิตไร้ค่า เป็นภาระแก่ครอบครัวต้องดูแล

ปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ดูแลและผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

มีข้อค้นพบจากการวิจัย ศึกษาความอยู่ดีมีสุขตามการรับรู้ของครอบครัวไทย เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ดีมีสุขตามวงจรชีวิตครอบครัว⁸ พบว่า ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงและครอบครัวมีความยากลำบากในการดำรงชีวิต มีความทุกข์กายใจของผู้ป่วย มีความยุ่งยากของผู้ดูแล ปัญหาด้านรายได้ ค่าใช้จ่ายและด้านสวัสดิการที่สนองตอบต่อความต้องการที่สำคัญ โดยมีข้อมูลผลการสำรวจเชิงปริมาณทั่วประเทศ พบว่า มีครอบครัวดูแลผู้พิการทั่วประเทศ 610 ครอบครัว (จากจำนวน 6,158 ครอบครัว) เฉลี่ยมีจำนวนผู้ทุพพลภาพ/พิการ 1.09 คน/ครอบครัว โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 10 ระบุว่า ไม่มีบัตรสวัสดิการผู้พิการ

จำนวนผู้ทุพพลภาพที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น พบได้ใน 408 ครอบครัว จำนวนเฉลี่ยมีผู้ทุพพลภาพที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น 1.16 คน/ครอบครัว และมีครอบครัวที่มีผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 196 ครอบครัว จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียงเฉลี่ย 1.30 คน/ครอบครัว และข้อมูลการศึกษาเดียวกัน ในระยะที่ 3 การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า 1) ส่วนใหญ่ผู้ทุพพลภาพในภาวะยากลำบาก เป็นเพศหญิง แหล่งรายได้หลักของครอบครัวผู้ทุพพลภาพในภาวะยากลำบากทั้งหมด อันดับ 1 มาจากเบี้ยยังชีพผู้ทุพพลภาพ 600–800 บาทต่อเดือน อันดับ 2 มี 8 ครอบครัว ที่ลูกและหลานให้เงินใช้จ่าย 500–2,000 บาทต่อเดือน อันดับ 3 แหล่งรายได้หลักของครอบครัวผู้ทุพพลภาพยากลำบาก มี 4 ครอบครัวที่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพคนพิการ 800 บาทต่อเดือน 2) ครอบครัวที่ต้องดูแลคนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ทุพพลภาพต้องพึ่งพิง แม้จะได้รับสวัสดิการด้านหลักประกันสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่มีปัญหาค่าใช้จ่ายเมื่อออกจากสถานบริการต้องใช้เงินจำนวนมาก ในการใช้วัสดุทางการแพทย์ วัสดุสิ้นเปลือง ในสภาวะที่ไร้เงินสำรองเพื่อดูแลเมื่อเจ็บป่วย สมาชิกครอบครัวที่ถูกมอบหมายให้ดูแลต้องหยุดการทำงานหารายได้มาทำหน้าที่ผู้ดูแลหลัก โดยไร้สวัสดิการการจ้างงาน ไร้ระบบสนับสนุนผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพกายใจ และผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถ/พิการ/ติดเตียงจำนวนหนึ่ง ถูกทอดทิ้งให้เผชิญชะตากรรมเพียงลำพังแบบชั่วคราวหรือถาวร เมื่อสมาชิกครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลได้

นอกจากนี้ ผลจากการทบทวนเอกสารวิจัยย้อนหลัง 20 ปี⁹ โดยการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่มีภาวะเจ็บป่วยศึกษางานวิจัย ในช่วง พ.ศ.2538-2557 พบว่า มีงานวิจัยที่คัดเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยในโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 14 เรื่อง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยในครอบครัว ดังนี้

1. เพศของผู้ดูแล ร้อยละ 84 ของงานวิจัยระบุว่าเพศของผู้ดูแล เป็นเพศหญิง เป็นผู้ที่มียุทธศาสตร์ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยดำรงหลายบทบาท ทั้งบทบาทภรรยา บทบาทผู้เลี้ยงดูบุตร บทบาทบุตร ซึ่งผู้ดูแลบางคนยังต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัวด้วย สำหรับเหตุผลในการเข้าสู่บทบาทผู้ดูแล คือ ความกตัญญูต่อเวทีกี ความรัก ความผูกพัน ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจ และเป็นหน้าที่รับผิดชอบ

2. ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดเป็นสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวกับผู้ป่วยทั้ง พ่อแม่ พี่น้อง บุตร สามภรรยา หรือเครือญาติที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน

3. ระยะเวลาที่ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉลี่ยวันละ 9-16 ชั่วโมง ส่วนผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตใช้เวลาการดูแลเฉลี่ย 16.65 ชั่วโมงต่อวัน และ 6.7 วันต่อสัปดาห์

4. การรับรู้เรื่องโรค/การเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรค การรับรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลคู่สมรสที่เจ็บป่วย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัว ที่มีภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกและการรับรู้ความเจ็บป่วยของครอบครัว ส่งผลให้เกิดการตอบสนองของครอบครัว 4 แบบ คือ 1) การจัดการตามสถานการณ์ 2) การจัดการความเสี่ยง 3) การจัดการการเปลี่ยนแปลง และ 4) การจัดการชีวิตส่วนตัว

5. สัมพันธภาพในครอบครัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกคือความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท และสัมพันธภาพในครอบครัว ยังมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความเครียดจากการดูแล เป็นปัจจัยร่วมที่มีอิทธิพลในการทำนายความต้องการของผู้ดูแลและสามารถทำนายพลังอำนาจของผู้ดูแลได้ และสัมพันธภาพในครอบครัวนั้น เกิดจากความรักความห่วงใยกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ความปรองดอง และการได้มีเวลาพักผ่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน เมื่อมีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว สมาชิกต่างให้ความสนใจเอาใจใส่ดูแล แต่การดำรงหลายบทบาทของผู้ดูแล ทำให้มีเวลาให้ตัวเองลดลง ส่งผลให้ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวลดน้อยลง

6. ภาวะสุขภาพ/ความพร้อมด้านร่างกายของผู้ดูแล ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลทางด้านร่างกายที่เห็นชัด คือ ปัญหาสุขภาพทรุดโทรม ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า ปวดหลัง ปวดเอว มีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ภาวะสุขภาพและความพร้อมด้านร่างกายของผู้ดูแล ความพร้อมในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาท ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ดูแลมีผลทำให้ความเครียดน้อยลง และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพลังอำนาจของผู้ดูแล

7. รายได้ของครอบครัวและความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจมีมากที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น รายได้ลดลง จนทำให้เกิดหนี้สิน และผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภายในครอบครัวที่มีภาวะป่วยของสมาชิก ทั้งนี้ ปัญหาหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือชุมชนคือปัญหาทางการเงิน นอกจากนี้ ยังพบว่าเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแล

8. การปรับตัวต่อบทบาทผู้ดูแล ปัญหาที่พบ คือ ผู้ดูแลไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะสม การปรับตัวที่ดีของผู้ดูแล ในช่วงการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง จะนำสู่ความสมดุลในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ทุกครอบครัวต้องปรับวิถีชีวิต ผลัดเปลี่ยนกันเฝ้าดูอาการ รวมถึงรับภาระแทนสมาชิกที่เฝ้าดูอาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว มีการประคับประคองสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อบรรเทาผลกระทบอันอาจเกิดกับสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ

9. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาท ควรช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อน ยอมรับและเข้าใจ สนับสนุนให้ใช้กลไกเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ จะช่วยให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม และจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

10. ความเชื่อและค่านิยมครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่อถือ ในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่เหนือธรรมชาติ ยังคงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและการตัดสินใจของครอบครัวผู้ป่วย กลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาบทบาทครอบครัวคือการผสมผสานความเชื่อในการดูแลของครอบครัวกับทีมสุขภาพ

11. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

12. ความพร้อมด้านข้อมูลของผู้ดูแลและการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลการดูแลอยู่ในระดับมาก แต่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพ อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ผลการศึกษาเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวแสวงหาข้อมูลความเจ็บป่วยโดยการสอบถามสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ แต่ไม่กล้าถามพยาบาล เนื่องจากเห็นพยาบาลเร่งรีบปฏิบัติงานตลอดเวลา

ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา: การกิจพิชิตใจในภาวะวิกฤต

เมื่อสมาชิกในครอบครัวอยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างกระชั้นชิด ด้วยภาวะหลอดเลือดสมองแตก/ตีบ/ตัน ภาวะที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตเฉียบพลันนี้ มีผลให้สมาชิกครอบครัวที่ใกล้ชิดมีปฏิกิริยาเป็นกระบวนการรับมือต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นแบบไม่คาดคิด¹⁰ คือ

ระยะไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น (denial) เป็นกลไกรักษาสภาพจิตใจของผู้กำลังเผชิญกับภาวะสูญเสีย มีปฏิกิริยาในความคิดของผู้เผชิญวิกฤติ คือ การไม่ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น โดยการแสดงออกที่เป็นการปฏิเสธ ในสภาพของผู้ป่วยปฏิเสธการพูดคุยหรือการสนทนาในหัวข้อสนทนา เรื่องของผู้ป่วยและไม่ยอมรับว่าครอบครัว กำลังจะสูญเสียผู้ป่วยไปในไม่ช้านี้

ระยะโกรธ (anger) – ความคิดที่วนเวียนอยู่ในความคิดของผู้เผชิญกับภาวะวิกฤติ คือ การย่ำคิดย่ำทำ จนไม่สามารถหลุดจากภาวะโกรธ ได้คือคำถาม “ทำไมจะต้องเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นกับตนเอง ครอบครัวตนเอง หรือเกิดขึ้นกับคนที่เรารัก?” กลไกระยะโกรธนี้เกิดขึ้นหลังจากที่เวลาทอดน่านออกไป ให้ข้อมูลแก่ผู้เผชิญการสูญเสีย สักระยะ การแสดงอาการโกรธบางครั้งเหมือนไร้เหตุผลความชอบธรรมในการพาดหัวพาดหาง โกรธตั้งแต่ตนเอง คนใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สุขภาพ บางคำพูดอาจสร้างอารมณ์สะเทือนใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ดังตัวอย่าง “เธอ (น้องสะใภ้) ช่วงนี้ ดุมีน้ำมีนวล ดูท่าสบายใจที่ “โอ้.....(น้องชาย) มันนอนติดเตียงแบบนี้ ไม่ต้องห่วงมัน ออกเที่ยวกลางคืนอีกแล้ว”

ระยะต่อรองกับโชคชะตา (bargaining) – สิ่งที่คุณเผชิญกับภาวะวิกฤติ รับรู้ถึงความรู้สึกที่หมดหวัง และ กำลังจะสูญเสียบุคคลที่รักในครอบครัวไป คือ ตอรองกับโชคชะตา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองเคารพ การต่อรองบนบานศาลกล่าว กราบไหว้วางวงขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์บันดาลปาฏิหาริย์ เลื่อนการสูญเสียคนที่รักนี้ออกไป

ระยะซึมเศร้า (depression) – สิ่งที่คุณเผชิญกับภาวะวิกฤติ และกำลังจะสูญเสียบุคคลที่รักในครอบครัวไป คือ การเว้นระยะห่างออกไปได้ เผชิญภาวะวิกฤติด้วยการอยู่ในภาวะซึมเศร้า ยากจะทำใจยอมรับได้ อาการที่แสดงออก คือ รู้สึกเศร้า หดอวลตายอยากในชีวิต ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉยเมยต่อสิ่งกระตุ้น ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไร้กำลังใจ ขาดพลัง กระสับกระส่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกผิด

ระยะยอมรับความจริง (acceptance) -ในที่สุดเมื่อถึงวาระที่ต้องสูญเสีย ผู้เผชิญกับภาวะสูญเสียเหล่านี้ ก็สามารถทำใจยอมรับความจริงได้ว่า การสูญเสียได้เกิดขึ้นจริง ๆ แล้วและคิดว่าสมควรให้เวลาผู้ป่วย “ได้พัก ด้วยความสงบก่อนการออกเดินทางไกลอีกครั้งหนึ่ง” หรือ การยอมรับความจริงอีกนัยหนึ่งเป็นการตระหนักว่า “สมาชิกครอบครัว” คนเดิมที่แข็งแรง สุขภาพดีไม่ต้องพึ่งพิงคนอื่น ไม่มีอีกต่อไปแล้ว

หากพิจารณาจากสถานการณ์จริง เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญกับการสูญเสีย “ร่างกายที่สมบูรณ์” เกิดปฏิกิริยาตามคำบอกเล่าของเจ้าของประสบการณ์ ซึ่งผู้เขียนมีโอกาสเข้าชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ในช่วง พ.ศ.2564-2565 เพื่อสนับสนุนข้อมูลการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เป็นกรณีผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านจากโรงพยาบาล แต่ข้อมูลตกหล่นจากระบบ ทำให้ขาดการประสานงานจากโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับตติยภูมิส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิปลายทาง ทำให้ผู้ป่วยเคืองแค้นเมื่อกลับถึงบ้าน ตามคำบอกเล่าของ นาย ส. ผู้ป่วยชาย อายุ 56 มีปัญหาการเคลื่อนไหว จากปัญหาความผิดปกติของระบบประสาท ดังนี้ “เมื่อผมกลับบ้านวันแรก...ผมกับแม่บ้าน (ภรรยา) พากันนั่งกับสภาพตนเอง ว่าต่อจากนี้ จะใช้ชีวิตอยู่อย่างไร จากที่เคยไปได้มาได้ เคยเป็นคนขับรถเร่ขายอาหารตามหมู่บ้าน เป็นมัคนายก เป็นโฆษกงานในชุมชน เป็นแกนนำชุมชน แต่เมื่อป่วยและออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้ เกิดความรู้สึกหดหู่อย่างบอกไม่ถูก รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว เชื่อไหม ตอนกลับถึงบ้าน งงกับชีวิตตนเอง ตอนนั้นถ้ามีปืนและมีแรงยิง ผมคงยิงตัวตายไปแล้ว รู้สึกไม่มีศักดิ์ศรีเหลืออยู่เลยที่ต้องกลายเป็นคนต้องพึ่งพาคนอื่น เดิมผมอยู่ภาคกลาง มาได้เมียอยู่ที่นี้ก็กลายเป็นเขยบ้านนี้...พออยู่ ๆ ไป เราได้แต่คิดว่าตอนที่เราร่างกายดี ๆ อยู่ เราทำงานให้ชุมชนงานบวช งานแต่ง งานบุญ งานวัด สารพัดงาน แต่พอป่วยเหมือนเราถูกทอดทิ้ง สิ่งที่ทำมาไร้ค่ามาก... พออยู่มาได้อาทิตย์นึง เรียกลูกชายที่ไปทำงานที่อื่นกลับมาอยู่บ้าน เราก็คิดหาทางฟื้นฟูร่างกาย ให้เขาทำรอกเหนือที่นอนให้ดึงขาออกก้างกาย ใช้มือดึงตัวลุกขึ้นนั่ง เพื่อปัสสาวะเองได้

อย่างกางเกงขาสั้นที่นุ่งอยู่ก็กรีดปลายขาให้กว้างให้เปิดเป้าปัสสาวะได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ให้ลูกชายฝึกนวดกับคนที่เราจ้างมานวดทุกวัน ช่วยนวดฟั้นพุงเส้นเอ็นของเรา ทุกวันนี้ก็ฟั้นพุงได้ดีขึ้นหน่อยครับ”

จากตัวอย่าง การเผชิญภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัวรายนี้ เมื่อประยุกต์ใช้กับรูปแบบการเผชิญภาวะวิกฤตภายใต้ข้อสมมติฐานว่า “ทุกการสูญเสีย (loss) นำมาซึ่งความเศร้าโศก (grief) และมีกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งเป็นปฏิกิริยาต่อการสูญเสียนั้น ๆ” ประกอบด้วย 5 ระยะ ตามที่กล่าวมาแล้ว คือ ไม่ยอมรับ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้า และ ยอมรับ ดังนั้น เห็นได้ว่าสถานการณ์ที่เผชิญของ นาย ส. มีความสอดคล้องกับรูปแบบกระบวนการดังกล่าว ซึ่งแต่ละระยะอาจคล่อมกัน/ซ้อนกัน/หรือย้อนกลับไปได้ ดังนี้

ไม่ยอมรับ: (สูญเสียร่างกายที่สมบูรณ์) พิจารณาจากคำบอกเล่าที่ว่า “...เมื่อผมกลับบ้านวันแรก... ผมกับแม่บ้าน (ภรรยา) พากันงัดกับสภาพตนเองว่าต่อจากนี้จะใช้ชีวิตอยู่อย่างไร จากที่เคยไปได้มาได้ เคยเป็นคนขับรถเร่ขายอาหารตามหมู่บ้าน เป็นมัคนายก เป็นโฆษกงานในชุมชน เป็นแกนนำชุมชน แต่เมื่อป่วยและออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้ เกิดความรู้สึกหดหู่อย่างบอกไม่ถูก รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว เชื้อโหม ตอนกลับถึงบ้าน งงกับชีวิตตนเอง ตอนนั้นถ้ามีปืนและมีแรงยิง ผมคงยิงตัวเองไปแล้ว รู้สึกไม่มีศักดิ์ศรีเหลืออยู่เลยที่ต้องกลายเป็นคนต้องพึ่งพาคนอื่น...”

โกรธ: (ทำไมเป็นเราที่ทำมาตลอด) พิจารณาจากคำบอกเล่าที่ว่า “...แต่เมื่อป่วยและออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้ เกิดความรู้สึกหดหู่อย่างบอกไม่ถูก รู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปแล้ว เชื้อโหม ตอนกลับถึงบ้าน งงกับชีวิตตนเอง ตอนนั้นถ้ามีปืนและมีแรงยิง ผมคงยิงตัวเองไปแล้ว รู้สึกไม่มีศักดิ์ศรีเหลืออยู่เลยที่ต้องกลายเป็นคนต้องพึ่งพาคนอื่น...”

ต่อรอง (ชีวิตต้องดำเนินต่อไป): พิจารณาจากคำบอกเล่าที่ว่า “...พออยู่มาได้อาทิตย์นึง เรียกลูกชายที่ไปทำงานที่อื่น กลับมาอยู่บ้าน เราก็คิดหาทางฟั้นพุงกำลังกาย...”

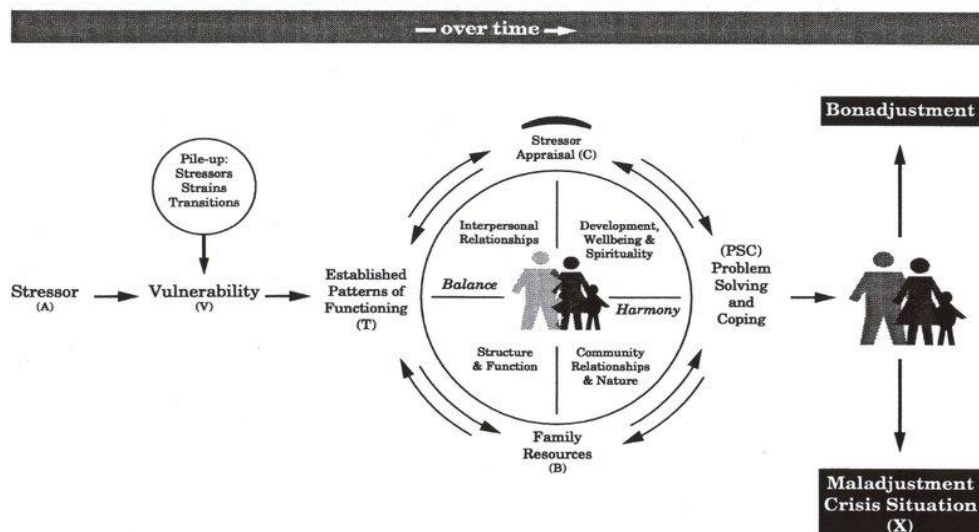
ซึมเศร้า: (ตัดพ้อ ต่อว่าสังคม) พิจารณาจากคำบอกเล่าที่ว่า “...เราทำงานให้ชุมชนงานบวช งานแต่งงานบุญ งานวัด สารพัดงาน แต่พอป่วยเหมือนเราถูกทอดทิ้ง สิ่งที่ทำมาไร้ค่ามาก...”

ยอมรับ: (ชีวิตต้องสู้ สู้ต่อไป) พิจารณาจากคำบอกเล่าที่ว่า “...เราก็คิดหาทางฟั้นพุงกำลังกายให้เขาทำรอกเหนือที่นอนให้ตั้งขาออกกำลังกาย ใช้มือดึงตัวลุกขึ้นนั่งเพื่อปัสสาวะเองได้ อย่างกางเกงขาสั้นที่นุ่งอยู่ก็กรีดปลายขาให้กว้างให้เปิดเป้าปัสสาวะได้สะดวกขึ้น นอกจากนี้ ให้ลูกชายฝึกนวดกับคนที่เราจ้างมานวดทุกวัน ช่วยนวดฟั้นพุงเส้นเอ็นของเรา ทุกวันนี้ก็ฟั้นพุงได้ดีขึ้นหน่อยครับ”

สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าด้วยกระบวนการรับมือกับวิกฤตแห่งการสูญเสียของมนุษย์ ต้องการระยะเวลาและพื้นที่ให้สมองและหัวใจทำงาน เพราะเมื่อผ่านขั้นตอนการที่รับไม่ได้และความโกรธต่อผู้เกี่ยวข้องแล้วสภาพปฏิกิริยาทางจิตใจย่อมคลี่คลายลง

นอกจากนี้ ยังมีอีกแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความสมดุลของจิตใจในการรับมือกับสภาวะวิกฤตครอบครัว คือ รูปแบบรีซิเอนซ์ของครอบครัว (family resiliency model)¹¹ หรือ ผู้เขียนเรียกเป็นภาษาไทยว่า “รูปแบบ/ทฤษฎีครอบครัวหนึ่งสติก” คือ รูปแบบครอบครัวยืดหยุ่น¹² แนวคิดนี้ พัฒนามาจากคำถามที่ว่า ทำไมบางครอบครัวพบปัญหาวิกฤตแล้วปรับตัวรับมือไม่ได้ ในขณะที่บางครอบครัวสามารถทำได้และเข้าสู่ภาวะสมดุล แม้ว่ามีสภาพปัญหาที่ครอบครัวทั้งสองเผชิญมีความคล้ายคลึงกันก็ตาม องค์ประกอบของรูปแบบแบ่งเป็นสองระยะ คือ ระยะแรกของการปรับเปลี่ยน เมื่อเผชิญภาวะวิกฤตและระยะที่สองของการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตแบบสะสม ในที่นี้ผู้เขียนขอเขียนอธิบาย เฉพาะส่วนระยะแรกของรูปแบบนี้ ซึ่งองค์ประกอบของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) เหตุการณ์ (a) ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลและครอบครัวต่างมีองค์ประกอบที่ช่วย/เป็นอุปสรรคที่จะให้เกิดความยืดหยุ่นต่อการปรับตัว ได้แก่ 2) ปัจจัยความเปราะบาง/แข็งแกร่งของครอบครัว (v) ที่ครอบครัวมีอยู่ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ

การศึกษา ศักยภาพของครอบครัว 3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งมีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว การทำบทบาท การทำหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านชุมชนที่อยู่อาศัย ก่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว (t) ร่วมกับ 4) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของบุคคลและครอบครัว (b) 5) ปัจจัยการรับรู้/การตีความ (c) ต่อเหตุการณ์ (a) ที่เกิดขึ้น หากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีคุณลักษณะทางบวกร่วมกับ 6) การเผชิญปัญหาทางบวก (psc) ย่อมก่อให้เกิดผลการปรับเปลี่ยนของบุคคลและครอบครัวออกมาดี ไม่เกิดวิกฤตในชีวิตครอบครัว (bon adjustment) แต่หากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีข้อจำกัดย่อมเป็นอุปสรรคการปรับเปลี่ยนให้เข้าสู่สมดุล (maladjustment) เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตได้ วิธีการทำงานกับรูปแบบนี้ คือ การประเมินปัจจัยที่มีอยู่ แล้วปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ให้เป็นผลบวกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนสู่ภาวะสมดุลของครอบครัว นั่นเอง



ภาพที่ 1 The adjustment phase of the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation¹¹ .

ดังตัวอย่าง การประยุกต์ใช้กับกรณี นาย ส. และครอบครัว

- เหตุการณ์ (a) ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต นาย ส.และครอบครัว คือ ภาวะเจ็บป่วยระบบประสาทที่ทำให้มีปัญหาการเคลื่อนไหวส่วนล่างของร่างกายทั้งหมด
- ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของบุคคลและครอบครัว (b) นาย ส. คือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีเงินเก็บ มีทรัพย์สินที่สามารถนำออกมาใช้เพื่อการดูแลสุขภาพได้
- ปัจจัยการรับรู้/การตีความ (c) ต่อเหตุการณ์ (a) ที่เกิดขึ้น นาย ส. และครอบครัว มองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นเรื่องเหตุสุดวิสัยที่ไม่อาจหลีกเลี่ยง
- ปัจจัยความเปราะบาง/แข็งแกร่งของครอบครัว (v) ของครอบครัว นาย ส. ปัจจัยด้านนี้ของ นาย ส. และครอบครัว ไม่มีความเปราะบาง มีข้อมูลและการศึกษาดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง
- มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งมีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว การทำบทบาท หน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านชุมชนที่อยู่อาศัย ก่อให้เกิดความสมดุลในครอบครัว (t) นาย ส. และครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดี มีการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว การทำบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากหมอนวดพื้นบ้าน รวมถึงการจัดทำกายอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

สรุปได้ว่า ปัจจัยต่าง ๆ ของนาย ส. และครอบครัว มีคุณลักษณะทางบวก ก่อให้เกิดผลการปรับเปลี่ยนของบุคคลและครอบครัวออกมาดี ไม่เกิดวิกฤตในชีวิตครอบครัว (bon adjustment) นาย ส. และครอบครัว เกิดผลบวกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนสู่ภาวะสมดุลของผู้ป่วยครอบครัวได้

ทางเลือก ทางรอดในการแสวงหาความช่วยเหลือ

“ขอขอบพระคุณชาวมหาวิทยาลัยขอนแก่น และพี่น้องกัลยาณมิตรทุกท่านค่ะ เมื่อวานเป็นวันที่ยาวนานมากจากตีหนึ่งกว่า ๆ จนมืดค่ำของอีกวัน คุณหมอสรุปข้อห่วงใยหลัก ๆ สี่แห่ง ที่หนักสุด คือ สมองเลือดออกสมองน้อย แต่รอสัญญาณชีพมันคงเพียงพอ หรือมีบ่งชี้ว่า ทำแล้วเกิดประโยชน์ หรือฉุกเฉินที่จะกดการหายใจ จึงจะทำที่เหล็กรอกการฟื้นตัว จุดสองที่ปอดที่ซี่โครงหักซ้ายหลายอันที่มึนปอดเจาะระบายน้ำไว้ จุดสาม ช่องท้องที่เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เจอฟองอากาศ เมื่อวานเข้าผ่าตัดเพื่อลดปัญหาช่อง แต่ไม่พบอวัยวะฉีกขาดมีซ้ำ ๆ บางส่วน ส่วนจุดสี่ คือ ขาซ้ายหักหลายท่อนใส่เฝือกประคองไว้ก่อนจะผ่าตัดในอนาคต คุณหมอให้รอดูการเปลี่ยนแปลงค่อย ๆ แก้ไข ขอบคุณทุกท่าน ที่แสดงความห่วงใยในรูปแบบต่าง ๆ ในยามยาก ขอบคุณ ทีมแพทย์ พี่น้องพยาบาลที่เอื้ออาทรมากมาย ซาบซึ้งใจมากค่ะ กาลข้างหน้าจะเป็นอย่างไร ยังอุ่นใจที่มีพี่น้องญาติมิตรอาทร ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง/ครอบครัว...” (11 เมษายน 2559)

ข้างต้นเป็นข้อความที่ประกาศขอบพระคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านทางเฟซบุ๊ก ที่ให้ความอนุเคราะห์ต่อการเกิดเหตุฉุกเฉินทางรถยนต์ที่รถตกข้างทาง มีเลือดออกในสมองเฉียบพลันของหัวหน้าครอบครัวของผู้เขียน มีการเดินทางเข้าบริจาคเลือดจากรุ่นน้องเกือบหนึ่งร้อยคน นับเป็นความทรงจำที่ยากจะลืม...กลางดึกวันนั้น...เมื่อได้รับโทรศัพท์ตามให้มาดูญาติที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาล...ขับรถมาคนเดียวพร้อมโทรศัพท์และกระเป๋าเงิน คิดได้เท่านี้ สัมยาประจำตัวที่จะต้องกินในตอนเช้า หลังจากฟังแพทย์เวร แจ้งให้ทราบถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะต้องดำเนินการกับผู้ป่วยต่อไป ญาติคนนี้ก็ได้นั่งหน้าแผนกฉุกเฉินแบบเงียบ ๆ บนเก้าอี้สแตนเลสที่รู้สึกถึงความเย็นและหนาวเหน็บถึงชั่วหัวใจ คิด คิด และคิดถึงอนาคตอันยาวไกล ที่จะต้องมีชีวิตต่อไปอย่างไรดี ถือถุที่พยาบาลมอบให้เป็นถุงพลาสติกใส่ใส่เสื้อสีแดงเลือดหมู กางเกงขาสั้นสีฟ้า และรองเท้าหุ้มส้นสีฟ้าคู่เก่ง (เป็นครั้งแรกที่คิดออกว่าเป็นสีของสองคณะพอดี ช่างบังเอิญจริง) ทุกชิ้นเปื้อนเลือดแบบเปียกโชก นั่งกอดโทรศัพท์ จะโทรหรือไลน์หาใครในยามวิกาลที่ผู้คนหลับไหล...ได้แต่รอเวลาฟ้าสาง จึงเริ่มส่งข่าวถึงลูก ๆ

หากถามถึงกระบวนการเผชิญกับภาวะสูญเสีย ตามรูปแบบของ Kubler Ross¹⁰ หรือไม่ คงไม่แตกต่าง คงต่างเป็นเรื่องราวระยะเวลาที่สั้นหรือยาวในบางขั้นตอน ซึ่งคงไม่น่าเสนอในที่นี้ เพราะอาจไม่เกิดประโยชน์กับผู้อื่น สิ่งที่น่าจะเป็นประโยชน์กับท่านอื่น ๆ คือ เมื่อเกิดปัญหาต้องมีการรับมือกับภาวะวิกฤต ผู้เผชิญปัญหาต้องกล้าแสวงหาการช่วยเหลือ เราจะเผชิญหน้าภาวะวิกฤตได้อย่างไรในความเป็นจริง เมื่อเกิดวิกฤตขึ้นในบุคคลและครอบครัวย่อมมีผลกระทบ มีผลลัพธ์แตกต่างไปตามแต่ละคน วิธีการแก้ไขที่ประสพผลดีของคนหนึ่งครอบครัวหนึ่งอาจไม่สามารถนำมาเปรียบหรือเลียนแบบได้ทุกประการ ชีวิตใครต่างมีความเฉพาะ “ไม่สามารถเหมาเข่ง ยกโหลได้” แต่ทั้งมวลของวิกฤตนำมาซึ่งผลกระทบต่อร่างกายเสมอ อาทิ การกิน ความอยากอาหาร การนอน อารมณ์ ความรู้สึกไร้เรี่ยวแรง มีปัญหาสุขภาพตามมามากมาย โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความเครียดสะสม หรือโรคที่เป็นผลจากอารมณ์กดดัน อาทิ ความดันโลหิตสูง

เมื่อบุคคลและครอบครัวเผชิญกับภาวะวิกฤต ไม่ใช่ทุกคนจะต้องได้รับการบำบัด/รักษา แต่การแสวงหาความช่วยเหลือ เพื่อการจัดการที่ดีกว่า ลดผลกระทบจากความรู้สึกเศร้าโศกสำหรับบุคคล และอาจจะเรียนรู้ประสบการณ์ผู้อื่นใช้เป็นบทเรียน เรียนรู้ความทุกข์ยากของผู้อื่นทางด้านอารมณ์ มาเป็นประสบการณ์ชี้แนะตั้งเป้าหมายว่าเราจะป้องกัน สภาวะที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลพลอยได้ เป็น

ผลกระทบอันเนื่องมาจากการบวนการเศร้าโศกนั้น ซึ่งจะนำมาซึ่งการทำลายสุขภาพ เพื่อความอยู่ดีมีสุขของเราอย่างไร ซึ่งเราสามารถแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคล ที่ใกล้ชิดต่าง ๆ ได้แก่ เพื่อนสนิท ญาติใกล้ชิด บุคลากรสุขภาพ และสุขภาพจิต เป็นต้น การทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกของตนเอง เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตจะต้องทำอย่างไร

1) รู้เท่าทันกระบวนการเศร้าโศกอันเนื่องมาจากความสูญเสียใด ๆ เพราะเตรียมการรับมือกับปัญหา โดยเฉพาะ เมื่อแต่ละคนมีภูมิหลังที่เฉพาะแตกต่างกัน ชีวิตต้องดำเนินต่อไปให้ได้

2) สร้างกิจวัตรในชีวิตประจำวันให้ใจตัวเอง คือ กินให้ดี อยู่ให้ดี มีกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะ การทำสิ่งดี ๆ เพื่อสังคมให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าในการมีชีวิตอยู่ การออกกำลังกายตามสภาพ

3) จัดกิจกรรมวันสำคัญแก่ผู้ป่วย เพื่อความทรงจำที่ดี วันเกิด วันครบรอบของครอบครัว วันประเพณีต่าง ๆ

4) แม้ต้องมีภาระกิจดูแลผู้ป่วย แต่เราสามารถแสวงหาความสุขในชีวิตได้ สร้างกิจกรรมที่ให้ความหมายในชีวิต ให้เกิดความภาคภูมิใจเล็ก ๆ ที่ “แม้ไม่มากแต่ภาคภูมิใจ”

5) การดูแลสภาพผู้ป่วยเมื่อกลับมาอยู่บ้าน หลักการเบื้องต้น คือ ตามสภาพและอาการวันต่อวัน ในระยะสองปีแรก มีความพยายามทุ่มเทเต็มที่ให้การฟื้นฟูสภาพสมองและร่างกายให้กลับมาทำงานได้เอง ด้วยการจัดโปรแกรมการบำบัดด้วยนักอาชีวะบำบัดและกายภาพบำบัด แต่เมื่อเวลาผ่านไปไม่มีความคืบหน้า จึงเหลือเพียงการรักษาสภาพร่างกายด้วยกายภาพบำบัดทุกวัน อย่างน้อยด้วยสภาพร่างกายผู้ป่วยนอนติดเตียง จาก พ.ศ.2559 จนถึงปัจจุบัน ไม่มีผลกดทับ และเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้เขียนออกแบบและจดอนสิทธิบัตร นวัตกรรมเตียงอาบนํ้าคนพิการ การจัดหาและดัดแปลงเครื่องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพิการ และได้ซื้อที่ดินที่อยู่ติดกัน สร้างบ้านใหม่ ออกแบบสร้างบ้านเพื่อรองรับผู้สูงวัยในครอบครัวที่อาจติดเตียงในอนาคตเพิ่ม รวมถึงได้จัดทำห้องดูแลและห้องนํ้าผู้ป่วยที่ช่วยตนเองไม่ได้ ให้สะดวกในการดูแล

6) แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้ดำเนินการ โดยในช่วงปีแรก ๆ เพื่อเตรียมตัวและย้าเตือน ผู้ดูแลได้เขียนเป็นใบประกาศไว้เตือนใจผู้ดูแลที่จ้างมา แต่ช่วงหลังทำเป็นอัตโนมัติแล้ว ไม่ต้องย้าเตือน ดังนี้ “ข้อที่ 1 พึงรักษาจิตใจให้คิดบวกคิดลบ (คิดบวกทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย หากมีปัญหาอะไรให้มาคุยกันได้เสมอ) ข้อที่ 2 ประคองกายคล้ายตั้งให้ปั้งปั้ง (ข้อนี้มีนักกายภาพบำบัดมาทำทุกวัน) ข้อที่ 3 ความสะอาดกายสบายตัวหัวจรดเท้า (ผู้ป่วยได้อาบน้ำทุกวันเหมือนคนปกติเว้นแต่มีเหตุการณ์พิเศษ) ข้อที่ 4 กินดีมีแะงไวไม่สลัก (ผู้ป่วยกลืนเองไม่ได้ ต้องให้อาหารทางสายยาง เน้นย้าเรื่องเทคนิคการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง) ข้อที่ 5 พาหายใจโล่งปอดโปร่งเคาะเคลื่อนเสมหะไม่คั่งค้าง (มีนักกายภาพมาทำให้ทุกวันเน้นการเคาะปอด ระบายเสมหะเนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลม)

7) เมื่อนั่งทบทวนความทรงจำ พบว่าในช่วงสามปีแรกของการรับผู้ป่วยกลับคืนสู่การดูแลในครอบครัว ผู้เขียนคาดหวังระดับการฟื้นฟูของผู้ป่วย และได้วางแผนออกแบบเครื่องมือการช่วยในการดำเนินชีวิตผู้ป่วย ในกรณีที่หากสมองของผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟู ได้พัฒนานวัตกรรมไม้เท้าช่วยเดินสองแบบ และแปรงสีฟันสำหรับคนพิการที่สามารถแปรงฟันได้เอง เพื่อสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในเอง ซึ่งในกรณีแปรงสีฟันนี้ได้จดอนสิทธิบัตรซึ่งเป็นกิจกรรมของวิชานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาปีสี่ ส่วนไม้เท้าช่วยเดินสองชิ้นไม่ได้จดอนสิทธิบัตร

8) การรักษาสมดุลระยะห่างกับการสร้างรู้สึกเหมือนคนในครอบครัวกับผู้รับจ้างดูแลผู้ป่วย ในวิถีชีวิตประจำวันช่วงที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลได้ระยะหนึ่งเป็นเหมือนระยะคลื่นลมสงบที่ครอบครัวต้องคิดวางแผนเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน แม้เป็นผู้มีความรู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงมาระดับหนึ่ง แต่เมื่อต้องรับผิดชอบคนในครอบครัวเองเป็นความไม่ปกติในชีวิตที่เคยสมดุล ต้อง

วางแผนการปรับปรุงที่อยู่อาศัยที่สะดวกในการดูแลโดยเฉพาะเมื่อครอบครัวเราตัดสินใจจ้างผู้ดูแลจากศูนย์บริการเอกชนมาทำหน้าที่รื้อยเปอร์เซ็นต์ ต้องคำนึงถึงความเป็นสัดส่วน ความเป็นส่วนตัวของผู้รับจ้าง เพื่อให้เขาอยู่กับเราได้นาน ๆ การรักษาสมดุลระหว่างการรักษาระยะห่างกับการสร้างรู้สึกเหมือนคนในครอบครัว การว่าจ้างที่เคารพต่อสัญญาจ้างเคร่งครัด การมีน้ำใจแก่ผู้รับจ้างตามควร การพูดคุยทั้งต่อหน้าและลับหลังที่ไม่สร้างรอยร้าวความสัมพันธ์กับผู้รับจ้าง สิ่งนี้อาจเกิดปัญหาการวางตัว คือ ความสัมพันธ์กับญาติ ๆ ที่มาเยี่ยม แต่ผู้รับจ้างอาจมีความพยายามสร้างสัมพันธภาพเพื่อบางจุดประสงค์ หรือญาติอาจมีความรู้สึกที่ไม่ได้ดูแล แล้วพยายามขดเชยความรู้สึกด้วยบางคำพูดหรือการกระทำที่ไม่เป็นผลดีต่อสัมพันธภาพทุกฝ่าย อันนี้พึงระวัง เพราะเมื่อมีปัญหาและนำไปสู่การเปลี่ยนคนดูแล ทำให้ต้องเริ่มนับหนึ่งใหม่ได้

8) หัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ การดูแลด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและสมาชิก ดูแลอารมณ์ ดูแลจิตใจจิตวิญญาณปัญหาแต่ละระยะแตกต่างกัน ในระยะแรก ๆ ญาติพี่น้องเพื่อนฝูงอาจมาเยี่ยมกันคึกคัก ซึ่งอาจต้องมีการบริหารจัดการเพิ่มบางประการ แต่โดยทั่วไปพอเข้าปีที่สาม ญาติมิตรสหายเพื่อนสนิทต่างพากันหายหน้า เหลือเพียงคนในครอบครัวที่ต้องดูแลกันต่อไป

9) กรณีผู้ป่วยนอนติดเตียงที่สื่อสารได้ กับ กรณีสื่อสารไม่ได้ ก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์กันทางอารมณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ

10) โดยส่วนตัวผู้เขียน เมื่อพบปัญหาที่ต้องตัดสินใจ อาจไม่ถึงขั้นวิกฤตในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาในครอบครัว มีวิธีรับมือ ด้วย 4 วิธี ซึ่งสามารถปฏิบัติการแบบเชิงเดี่ยวหรือร่วมได้ ดังนี้

ก) ถ้าพิจารณาแล้วทำไม่ได้ก็ลดความคิดที่จะทำ และไม่อาลัยอาวรณ์กับสิ่งที่ทำไม่ได้ คือ ผีตกใจเป็นคนตัดใจ ทำใจให้เร็วเพื่อลดผลกระทบต่องิตใจเราเอง

ข) ถ้าพิจารณาแล้วน่าจะทำได้เพิ่มความพยายาม ไปให้ถึงเป้าหมาย เรื่องนี้อาศัยความมุ่งมั่นส่วนบุคคลที่ทำเต็มที่กับทุกเรื่องที่อยู่ตรงหน้า

ค) การจัดการกับความกดดันที่ถาโถมด้วยการมีกิจกรรมเบี่ยงเบนความเครียด แต่โดยทั่วไปหากมีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ ทำงานแต่เนิ่น ๆ จะสามารถลดปัญหานี้ลงได้

ง) ทัศนคติใหม่ การตีความใหม่เป็นสิ่งที่ใช้ได้ ใช้อย่างในวิถีพุทธ โดยเฉพาะเรื่องการชดใช้กรรมเป็นกรรมเก่า โดยเฉพาะในกรณีการต้องทำอะไรบางอย่างที่ไม่ควรต้องทำหากมีพฤติกรรมที่ดีของอีกฝ่ายแล้วต้องเยียวยาจิตใจตนเองด้วยการทำให้ตีความใหม่จะช่วยลดความทุกข์ลงได้ เฉากเช่นเพลงที่กำลังดังในขณะนี้คือ “สายแนนหัวใจ” ตามความเชื่อในบริบทอีสาน

อย่างไรก็ดี เมื่อเกิดผลกระทบของภาวะวิกฤตจากการสูญเสีย แม้ผู้เขียนสามารถใช้เทคนิคต่าง ๆ และการรู้เท่าทันกระบวนการเศร้าโศกที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ แต่ไม่อาจปฏิเสธถึงร่องรอยความบอบช้ำที่เกิดขึ้นในใจ แม้เราจะบอกตนเองอยู่เสมอว่า เราไม่สามารถแก้ไขอดีตได้ แต่เราต้องไม่ยอมให้อดีตส่งผลกระทบต่อใจตนเอง ซึ่งความบอบช้ำจากความรู้สึกในอดีตยังคงผุดโผล่ขึ้นมาเป็นระยะ เนื่องจากเหตุการณ์สูญเสียนี้ นำมาซึ่งการเสียและขาดโอกาสหลายอย่างในชีวิต แต่ขณะเดียวกันต้องพิจารณาถึงว่าเป็นด้านบทเรียนเช่นกันว่าเป็นประสบการณ์และแบบทดสอบที่ทำให้ชีวิตเติบโตขึ้น “เหรียญย่อมมีสองด้านเสมอ”

บทส่งท้าย

บทความรับเชิญนี้ ได้นำเสนอประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเตียงในครอบครัว โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้จากประสบการณ์ในฐานะนักวิชาการการพยาบาลครอบครัว และในฐานะผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ติดเตียง ซึ่งมีข้อมูลของทั่วโลกชี้ว่ากำลังเป็นภัยคุกคามสังคมและครอบครัวในปัจจุบันที่ต้องแบกรับภาระในการดูแลคนทุพพลภาพ มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยง และจากโรคไม่ติดต่อเป็นสำคัญ

ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตและความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ที่ต้องรับมือกับภาวะสูญเสียความสมดุลในชีวิตเกิดกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งหากขาดความเข้าใจอาจนำมาซึ่งการล่มสลายของชีวิตครอบครัว เพราะไม่สามารถปรับตัวรับมือต่อภาวะวิกฤตในชีวิตครอบครัว จึงหวังว่าประสบการณ์ที่ได้จากบทความนี้อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้หรือต่อยอดทางวิชาการ วิจัย ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมต่อไปได้

References

1. World Health Organization. WHO international classification of functioning, disability and health (ICF) [Internet]. Geneva: WHO; 2021. [updated 2021; cited 2021 January 17]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
2. Ottiger B, Lehnick D, Pflugshaupt T, Vanbellinghen T, Nyffeler T. Can i discharge my stroke patient home after inpatient? neurorehabilitation LIMOS cut-off scores for; stroke patients “living alone” and “living with family”. *Front Neurol* 2020;11:601725.
3. Broussy S, Rouanet F, Lesaine E, Domecq S, Kret M, Maugeais M, et al. Post-stroke pathway analysis and link with one-year sequelae in a French cohort of stroke patients: the PAPASePA protocol study. *BMC Health Serv Res* 2019;19(1):770.
4. Anderson JL, Heidenreich PA, Barnett PG, Creager MA, Fonarow GC, Gibbons RJ, et al. ACC/AHA statement on cost/value methodology in clinical practice guidelines and performance measures: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(21):2304-22.
5. Boonpakdee N. Family is not an institution, but it is a set of relationships: New glasses to look at Thai families in an era without definition [Internet]. 2018. [updated 2021; cited 2021 June 25th]. Available from: <http://www.thee111.world> (in Thai)
6. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Non-communicable disease information [Internet]. Nonthaburi: Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2018 [updated 2018; cited 2020 February 22]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020>
7. Muangpaisarn W. Neurological emergencies common in the elderly. In: Muangpaisarn W, editor. *Emergency management for the elderly*. Bangkok: Pappim; 2014;p. 134-66. (in Thai)
8. Phupaibul R, Nitayasuthi D, Deoisres W, Jongudomkarn D, Kumhom R, Tejagupta C, et al. The development of Thai family well-being (FWB) scale. *JFONUBUU* 2020;28(1):26-37. (in Thai)
9. Jongudomkarn D, Wacharasin C, Deoisres W, Surakarn P, Phupaibul R. Families and health care of family members with illnesses: proposals from document research. *Journal of Nursing Sciences and Health* 2015;38(4):92-9. (in Thai)
10. Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan; 1969.

11. McCubbin LD, McCubbin HI. Resilience in ethnic family systems: a relational theory for research and practice. In: Handbook Fam Resilience. New York, NY: Springer; 2013;p.175-5.
12. Jongudomkarn D. Family health nursing: concept and theory implications for crisis intervention. 5th ed. Khon Kaen: Khlangnanawitaya; 2023. (in Thai)